CIENCIA E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

El presente volumen está conformado por valiosos resultados de investigación en diversas ramas de la ciencia y la tecnología, que se socializan en cada encuentro de la Red de Investigadores de la Ciencia y la Técnica (Redincitec). Se organiza en capítulos que se corresponden con las ciencias investigadas, entre las que sobresalen: las pedagógicas, sociales y humanísticas, técnicas, económicas, médicas y aplicadas. Evidencia el incansable interés de hombres y mujeres de ciencia de Cuba y Latinoamérica, por encontrar soluciones pertinentes a las disímiles problemáticas que enfrentan hoy nuestras realidades sociales.



VOLUMEN VII

EDACUN
EDITORIAL ACADÉMICA UNIVERSITARIA

OBRA COMPLETA
ISBN: 978-959-7225-26-3

VOLUMEN VII
ISBN: 978-959-7225-51-5

Colectivo de autores

Ciencia e innovación tecnológica

EDITORIAL ACADÉMICA UNIVERSITARIA

CIENCIA E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

Colectivo de autores



© Ciencia e innovación tecnológica. Volumen VII

Colectivo de autores

ISBN: 978-959-7225-26-3 (Obra completa)

ISBN: 978-959-7225-51-5 (Volumen VII)

Primera edición, octubre 2019

Sello Editorial Edacun (978-959-7225)

Coedición: Opuntia Brava

Comité editorial

Dr. C. Ernan Santiesteban, director Edacun, Opuntia Brava y Redincitec

Dr. C. Anabel González Sánchez, coordinador del capítulo Redincitec en Matanzas

Dr. C. Kenia María Velázquez Avila, coordinadora del capítulo Redincitec en Las Tunas

Dr. C. Yamila Velázquez Reyes, editora del grupo EdacunOb

MSc. Miriam Gladys Vega Marín, editora del grupo EdacunOb

MSc. Ana de la Luz Tirado Benítez, editora del grupo EdacunOb

MSc. Yunior Rodríguez Rodríguez, diagramación del grupo EdacunOb

MSc. Osmany Nieves Torres, diseño del grupo EdacunOb

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. ATENCIÓN MATERNO INFANTIL

LITERATURA Y SALUD BUCAL, APORTE AL DESARROLLO DEL COMPONENTE CULTURAL DEL ESTOMATOLOGO GENERAL INTEGRAL 1

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE TALLERES PARA PREVENCIÓN DE DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL A MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, MUNICIPIO MATANZAS 9

NECESIDADES DE APRENDIZAJE EN PREVENCIÓN DE HIDROCEFALIA CONGÉNITA EN CONTRIBUCIÓN AL DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA..... 19

CAPÍTULO 2. AVANCES Y RETOS EN LA PROMOCIÓN DE SALUD, LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE ENFERMEDADES

PROMOCIÓN DE SALUD EN LA PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA COMUNIDAD..... 28

PROPUESTA DE ACCIONES DOCENTES Y EXTRADOCENTES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO, EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA 37

PROPUESTA DE UN SISTEMA DE ACTIVIDADES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA 45

RESULTADOS ALCANZADOS CON LA APLICACIÓN DE LA ESTOMATOLOGÍA INTEGRATIVA EN TRATAMIENTO DE NEURALGIA DEL TRIGÉMINO..... 54

AISLAMIENTO DE SETAS COMESTIBLES CON POTENCIAL TERAPÉUTICO EN MATANZAS, CUBA 63

CAPÍTULO 3. ENVEJECIMIENTO, LONGEVIDAD SATISFACTORIA

APOYO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN AL EXAMEN PERIÓDICO DE SALUD 71

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL ADULTO MAYOR 82

CAPÍTULO 4. INNOVACIÓN Y CALIDAD EN LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

ESTRATEGIA DE DESARROLLO PARA LOS LABORATORIOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MATANZAS..... 92

EVALUACION DE COMPETENCIAS INVESTIGATIVAS E INNOVATIVAS. CONTRIBUCIÓN A LA INTRODUCCION DE RESULTADOS CIENTIFICOS EN LA EDUCACION MÉDICA 102

HERRAMIENTA MATEMATICA PARA IDENTIFICAR LAS VERTEBRAS LUMBARES II, III Y VI..... 113

LA IRIDOPLASTIA PERIFÉRICA COMO TRATAMIENTO DEL CIERRE ANGULAR PRIMARIO 123

MEJORA DEL EXAMEN PERIÓDICO DE SALUD BASADO EN PROCESOS Y EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS 130

PROPUESTA DE UNA METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN INTERSECTORIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD..... 140

ELEMENTOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD..... 147

CAPÍTULO 5. LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y LAS TRANSFORMACIONES EN EL SECTOR DE LA SALUD

CONTRIBUCIÓN A LA EDUCACIÓN AMBIENTAL DE LOS DIRECTIVOS Y PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MATANZAS 155

EL DESEMPEÑO PROFESIONAL POR COMPETENCIAS DEL TUTOR EN LA CARRERA DE ENFERMERÍA: ESTRATEGIA PARA SU IMPLEMENTACIÓN 163
FORMACIÓN VOCACIONAL EN CIENCIAS MÉDICAS CON ESTUDIANTES DESDE EL NIVEL MEDIO HASTA EL MEDIO-SUPERIOR EN MATANZAS 173
LA INFLUENCIA EDUCATIVA DEL DOCTOR JUAN GUITERAS GENER EN LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PÚBLICA CUBANA 183
LAS IMÁGENES COMO RECURSO PARA LA ENSEÑANZA Y EL APRENDIZAJE DE LA HISTOLOGÍA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MATANZAS 194
PROPUESTA DE MODIFICACIONES AL TRATAMIENTO DEL CONTENIDO PUERICULTURA EN EL PLAN "D" DE MEDICINA 202
REQUERIMIENTOS METODOLÓGICOS PARA EMPLEAR RECURSOS TECNOLÓGICOS EN LAS CLASES DE FÍSICA DE LAS CARRERAS TÉCNICAS DE LA SALUD 210
SISTEMATIZACIÓN TEÓRICO PRACTICA SOBRE LA FORMACIÓN DE HABILIDADES INVESTIGATIVAS EN LAS CARRERAS DE TECNOLOGÍA DE LA SALUD 220
UNA FACETA DEL PENSAMIENTO PEDAGÓGICO DE CARLOS DE LA TORRE Y DE LA HUERTA: LA FORMACIÓN DE UNA ESCUELA CUBANA DE NATURALISTAS 230
VALIDEZ PREDICTIVA DEL TRABAJO DE CONTROL DE ONTOGENIA HUMANA Y SOMA DE LOS RESULTADOS DEL EXAMEN FINAL 239

CAPÍTULO 6. LA GESTIÓN UNIVERSITARIA EN LE EDUCACIÓN MÉDICA. PROCESOS SUSTANTIVOS

ASPECTOS DISTINTIVOS DEL EXAMEN DE GRADUACIÓN DE RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EN CUBA 247
LITERATURA Y SALUD BUCAL, APORTE AL DESARROLLO DEL COMPONENTE CULTURAL DEL ESTOMATOLOGO GENERAL INTEGRAL 257
CONTRIBUCIÓN DE LA AUDITORÍA ACADÉMICA A LA CALIDAD DE LA CIENCIA Y LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD 265
LAS HABILIDADES INVESTIGATIVAS EN LAS CIENCIAS MÉDICAS Y EL ROL DEL PROFESOR EN EL PROCESO DE FORMACIÓN 272
ORIENTACIÓN –FORMACIÓN VOCACIONAL DESDE LA UNIVERSIDAD MÉDICA HACIA EL PREUNIVERSITARIO VOCACIONAL CARLOS MARX. MATANZAS 282

CAPÍTULO 7. CIENCIAS PEDAGÓGICAS

O VALOR DO MODO CONJUNTIVO EM PA: UMA ABORDAGEM SEMÂNTICA COM BASE REFERENCIAL EM PE 292
CURIOSIDADES: A ARTE DE UTILIZAR OS DEDOS PARA EFECTUAR A OPERAÇÃO DA MULTIPLICAÇÃO 302
USO DA COMUNICAÇÃO NOS MORADORES PARA FACILITAR A REDUÇÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS NA CENTRALIDADE DO DUNDO 312
ESTRATEGIA PEDAGÓGICA PARA LA ORIENTACIÓN PROFESIONAL DOCENTE EN EL NIVEL UNIVERSITARIO A TRAVÉS DE LA TUTORÍA 324
LA ALFABETIZACIÓN INFORMACIONAL: UN ESTUDIO DE CASO DE LOS DOCENTES DE TENA-ECUADOR 334
LA MADUREZ NEUROPSICOLÓGICA EN NIÑOS CON BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LA PARROQUIA HUAMBALÓ, PROVINCIA TUNGURAHUA, ECUADOR 343

CAPÍTULO 8. CIENCIAS MÉDICAS

INCIDENCIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL ÁREA DE SALUD JOBABO 2018 352

ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 359

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA DE CÁNCER CERVICO-UTERINO POLICLÍNICO GUILLERMO TEJAS. 2019 370

LA DIRECCIÓN EN EL PROCESO ADMINISTRATIVO. LIDERAZGO EN ENFERMERÍA. 377

INVESTIGACIONES ACTUALES DEL USO MEDICINAL DE ALOE VERA 386

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES HIPERTENSOS. CONSULTORIO 17. AÑO 2018. 394

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON PIE DIABETICO TRATADOS CON HEBERPROT-P. MAJIBACOA 2018 402

REPERCUSIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN EL ADULTO MAYOR. POLICLÍNICO GUILLERMO TEJAS. 2018. 410

LA ENFERMERA Y SU ACCIONAR EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL HOSPITAL PEDIÁTRICO PRIMER TRIMESTRE 2019 416

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA. HOSPITAL PEDIATRICO. 2018 423

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES. SECUNDARIA BÁSICA CALIXTO SARDUY. 431

LA COMUNICACIÓN Y LA RELACIÓN ENFERMERO-PACIENTE GERIÁTRICO HOSPITAL GENERAL GUILLERMO DOMÍNGUEZ LÓPEZ. ENERO-JUNIO 2019 439

PROTAGONISMO DE LA ENFERMERA EN EL MANEJO DEL NIÑO CON SÍNDROME SÉPTICO 447

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. POLICLINICO MARIO POZO. 2018 456

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GERONTES DIABÉTICOS CONSULTORIO 17. POLICLÍNICO GUILLERMO TEJAS. 2017 463

INTERVENCIÓN FAMILIAR SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA CON EL MODELO DE CUIDADO PROPUESTO POR NOLA PENDER. 470

ENFERMEDAD DE PARKINSON, FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN 480

CARACTERIZAR EL RIESGO GENÉTICO PRENATAL EN EL ÁREA DE SALUD DE VÁZQUEZ. 489

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MUJERES SOBRE EL PROGRAMA DE CÁNCER CERVICOUTERINO, MAJIBACOA 2017-2018 496

ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMAS Y AUTO EXAMEN DE MAMAS 504

REPERCUSIÓN DEL INICIO DE LACTANCIA ARTIFICIAL EN EL PRIMER AÑO DE VIDA. LAS TUNAS. 2017-2018 512

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA RELACIÓN HÁBITO DE FUMAR Y COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. 519

LABOR DE LA ENFERMERA EN LA PESQUISA ACTIVA PRECOZ DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO. 526

OZONOTERAPIA: TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS SUBPROTESICA GRADO I. AÑO 2019 533
EFECTIVIDAD DE UN ESTUDIO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCODENTAL EN ESCOLARES DE EDUCACIÓN PRIMARIA 541
SALUD BUCODENTAL EN EL ADULTO MAYOR. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA..... 549
SISTEMA ESTOMATOGNATICO. CAMBIOS MORFOLOGICOS QUE INTERVIENEN EN EL TRATAMIENTO PROTESICO DEL ADULTO MAYOR 557
CARACTERIZACIÓN DE LOS DIENTES CANINOS ECTÓPICOS EN NIÑOS DE 9 A12 AÑOS 566
SINDROME DE DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. COMPORTAMIENTO EN EL SISTEMA MASTICATORIO 575
COMPORTAMIENTO DE LAS EMBARAZADAS CON GINGIVITIS EN LA CLÍNICAESTOMATOLÓGICA DEL POLICLÍNICO “AQUILES ESPINOSA SALGADO” 584
CARACTERIZACIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL EN PACIENTES MAYORES DE 35 AÑOS. DICIEMBRE 2016-MAYO 2019 591
CARACTERIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES EN ESCOLARES INTERNOS. MANATI, 2016-2018..... 599
SITUACIÓN DE SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES DEL HOGAR DE ANCIANOS “DR. CARLOS E. FONT PUPO” LAS TUNAS, 2019 607
COMPORTAMIENTO DE LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA AL MENOR DE 19 AÑOS CLÍNICA 3 DE OCTUBRE. RESULTADOS POR 5 AÑOS..... 616
INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE CARIES DENTAL EN NIÑOS DE PRIMARIA MUNICIPIO PUERTO PADRE. 625
PAREJAS INFÉRTILES EN EL AREA DE SALUD DE DELICIAS (JUNIO DE 2018 - MARZO DE 2019). 632
FACTORES DE RIESGODE MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE 3-5 AÑOSEN 4 CONSULTORIOS PERTENECIENTESAL POLICLINICO “DR. MARIO POZO OCHOA”. 2017-2019. 640
EL OLEOZÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS CRÓNICA EDEMATOSA EN PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS. 646
EFECTIVIDAD DEL DENTOFAR EN LA MEDICACIÓN INTRACONDUCTO..... 654
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES 663
ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE: EFECTIVIDAD DEL ALIVIHO-TRAUMA. 672
LAS LESIONES BUCALES Y EL HÁBITO DE FUMAR 681
SECUENCIA METODOLÓGICA PARA EL TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO EN TRAUMATISMOS BUCALES. MUESTRA DE SU APLICACIÓN 688
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA CARIES DENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES 699
FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA PREVALENCIA DE CANINOS ECTÓPICOS EN NIÑOS DE 9 A12 AÑOS DE EDAD..... 707
CARACTERIZACIÒN DEL BRUXISMO EN MAYORES DE 15 AÑOS. LA GUINEA, MANATI. 2016-2018 716

ALGUNAS VARIABLES CLÍNICO_EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS LESIONES DE LA CAVIDAD BUCAL..... 723
MORTALIDAD POR CÁNCER BUCAL EN LAS TUNAS ENTRE 2015 – 2018..... 732
CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON ALVEOLITIS DENTAL DEL POLICLÍNICO MANUEL AQUILES ESPINOZA SALGADO..... 739
CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON PRÓTESIS DENTAL EN EL ADULTO MAYOR 747
ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA DETERMINAR RIESGOS DE MALOCLUSIONES DENTARIAS DESDE LA DENTICIÓN TEMPORAL EN LA CARRERA ESTOMATOLOGÍA..... 755
CARACTERIZACIÓN DE LOS HÁBITOS DEFORMANTES BUCALES EN ESCOLARES. COMUNIDAD DE VEGUITA. POLICLÍNICO GUILLERMO TEJAS..... 761
COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMDADES GINGIVALES AGUDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESTOMATOLOGICAS 768
CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES..... 778
LA DISFUNCIÓN MASTICATORIA EN LA EDAD COMPRENDIDA DE 35 A 60 AÑOS EN EL PUERTO DE MANATÍ 785
CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCAL DE LOS NUEVOS..... 792
ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DEL ESTOMATÓLOGO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL..... 800
PREVALENCIA DE LA CARIES DENTAL EN PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS. JESUS MENENDEZ..... 810
ANOMALÍAS DE LA OCLUSIÓN EN SENTIDO ANTERO POSTERIOR EN EDADES PEDIATRICAS. 816
COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES Y PERIODONTALES EN ESCOLARES DE LA ESCUELA PRIMARIA “JULIO ANTONIO MELLA” VEDADO3 824
EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LA SALUD BUCAL DE ESCOLARES DE 8 A 11 AÑOS. 829
FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA VARIABILIDAD EN LA CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN DENTARIA..... 838
IMPACTO DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA EN ESCOLARES DE PRIMARIA CON MALOCLUSIONES 847
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ELEVAR PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS..... 856
CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON ESTOMATITIS AFTOSAS RECURRENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DEL POLICLINICO “AQUILES ESPINOSA”.... 864
ANGIOSARCOMA DE LA MAMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO..... 871
COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DEL CÁNCER DE COLON EN PACIENTES DEL HOSPITAL Dr. ERNESTO GUEVARA..... 877
INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LA TENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS..... 884
FACTORES DE RIESGO DEL ACCIDENTE EN EL HOGAR EN EDAD PEDIÁTRICA..... 891
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ELEVAR NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SU PREVENCIÓN..... 899

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA FLUOROSIS DENTAL EN ESCOLARES DE ZONA RURAL DE MAJIBACOA..... 908
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS DE FACTORES DE RIESGO MATERNO DEL BAJO PESO AL NACER..... 916
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DIABETES GESTACIONAL EN PACIENTES DE PUERTO PADRE..... 923
CARACTERIZACIÓN DEL USO DE TROMBÓLISIS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO..... 932
FACTORES DE RIESGO DEL BAJO PESO AL NACER EN EL ÁREA DE SALUD DE VÁZQUEZ..... 939
CARACTERIZACIÓN CLÍNICA - EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE CURSAN CON TROMBOCITOPENIA EN NIÑOS..... 950
ACCIONES DIRIGIDAS A INCREMENTAR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR..... 955
INTERVENCIÓN EDUCATIVA AL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL DEL CMF # 17 SIRVEN, OCTUBRE 2017 A JUNIO 2019..... 965
INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA..... 972
INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA DISMINUIR LA PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN LA ESPERANZA, MAJIBACOA..... 982
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA..... 990
INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EMBARAZADAS CON RIESGO DE DIABETES MELLITUS..... 996
INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES..... 1006
ACCIONES PARA MODIFICAR EL ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA CMF PALO SECO..... 1013
INFLUENCIA DEL NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS EN LOS MANIPULADORES CUENTAPROPISTAS..... 1020
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: LAS NANOTECNOLOGÍAS, NANOMEDICINA Y SU APLICACIÓN EN LA SALUD..... 1028
CARACTERIZACIÓN DEL CÁNCER EN EDAD PEDIÁTRICA MUNICIPIO PUERTO PADRE EN EL PERIODO ENTRE JULIO DEL 2017 Y MARZO DEL 2019..... 1038
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA. UN RETO EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA..... 1047
EL AMOR A LA PROFESION EN LA FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL MÉDICA..... 1057
INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ELEVAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MUJERES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN UN CONSULTORIO MÉDICO DE LA FAMILIA..... 1065
FACTORES DE RIESGO DE HTA EN ADOLESCENTES. POLICLÍNICO DOCENTE “7 DE NOVIEMBRE” MAJIBACOA..... 1072
MEJORANDO EL CONOCIMIENTO SOBRE LAS HIPERLIPIDEMIAS EN EL POLICLÍNICO MARIO POZO OCHOA..... 1079
ESTRATEGIA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA ELEVAR NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INTENTO SUICIDA EN EL CMF 21..... 1086

INTERVENCIÓN DE ALCOHOLISMO EN PACIENTES MENORES DE 35 AÑOS EN EL CMF DE SIRVEN..... 1091
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ADULTOS MAYORES SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL..... 1099
TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS CON ALBAHACA MORADA..... 1106
CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS CON DEMENCIA.. 1114
BUPIVACAÍNA Y FENTANILO SUBARACNOIDEO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO PARA CIRUGÍA DE ABDOMEN INFERIOR..... 1121
INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y MÉTODOS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL 1131
ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES 1140
CARACTERIZACIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN LA MATERNA GRAVE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS 1149
INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR EL COMPORTAMIENTO DE LOS ADOLESCENTES FUMADORES EN LA COMUNIDAD DE LA CALERA..... 1156
CARACTERIZACIÓN DEL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES DEL POLITÉCNICO “OSCAR A. ORTEGA” Y EL PREUNIVERSITARIO “ASALTO AL POLVORÍN” DE DELICIAS 1163
CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA DEL CONSULTORIO DEL MEDICO DE FAMILIA DE LOMA COLORADA 1172
EL DIVERTÍCULO DE MECKEL Y SUS COMPLICACIONES EN EL DECENIO 2006-2016 EN LAS TUNAS..... 1178
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES..... 1185
PANCREATITIS AGUDA EN UNIDADES DE ATENCIÓN AL GRAVE EN EL HOSPITAL ERNESTO GUEVARA 1193
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DIDÁCTICA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANIFICADO 1200
CÁNCER CERVICOUTERINO: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR LOS FACTORES DE RIESGO 1208
FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA LACTANCIA MATERNA..... 1217
ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EVITAR COMPLICACIONES EN PACIENTES HIPERTENSOS.. 1224
CARACTERIZACIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL PRIMER SEMESTRE 2018 1233
ASMA BRONQUIAL EN LA EDAD PEDIÁTRICA. SU CARACTERIZACIÓN..... 1239
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA..... 1246
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES ALCOHOLICOS EN EL CMF DOS HERMANOS JOBABO 2017-2019..... 1255
CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL GESTACIONAL..... 1261
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE UN CONSULTORIO MÉDICO..... 1269
USO DEL MISOFAR COMO MÉTODO PREINDUCTIVO EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN..... 1277

PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SEXUALIDAD Y EMBARAZO PRECOZ EN LA ADOLESCENCIA..... 1285
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA MODIFICAR FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL..... 1293
ALTERACIONES DEL NEURODESARROLLO. ALGUNAS VARIABLES MATERNAS EN SU APARICIÓN..... 1299
USO DE LA SUTURA INTESTINAL EN UN PLANO EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DR. ERNESTO GUEVARA..... 1305
ALTERACIONES DEL NEURODESARROLLO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA..... 1311
LA DIABETES MELLITUS Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES VASCULARES PERIFÉRICAS..... 1317
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN HÍDRICAS EN EL CMF-25 LAS PARRAS..... 1323
FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER CÉRVICO-UTERINO. DELICIAS 2014 – 2018..... 1329
MELANOMA. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LA EDAD PEDIÁTRICA..... 1339
COMPORTAMIENTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL HIPOTIROIDISMO EN PACIENTES DE UN CONSULTORIO MÉDICO..... 1349
CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE UN CONSULTORIO MÉDICO VÁZQUEZ..... 1356
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN MUJERES MENORES DE 25 AÑOS..... 1365
DESEMPEÑO DE LOS ROLES PROFESIONALES EN LA FORMACIÓN DEL MODO DE ACTUACIÓN MÉDICO..... 1375
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA MODIFICAR EL COMPORTAMIENTO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CONTRA LA MUJER EN EL CMF LAS TABLAS..... 1380
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA, COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN EL CONSULTORIO DE LA FAMILIA DE CASCARERO..... 1388
CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA APACIENTES ALCOHÓLICOS DE LA COMUNIDAD DEL CANAL..... 1396
INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ELEVAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL..... 1403
EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR PRECOZ EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR..... 1411
LA INFERTILIDAD COMO PROBLEMA DE SALUD EN EL POLICLINICO AQUILES ESPINOSA..... 1421
INTERVENCIÓN COMUNITARIA SOBRE LOS EFECTOS NOCIVOS Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL..... 1427
CARACTERIZACIÓN DEL ALCOHOLISMO EN PACIENTES DEL CONSULTORIO MÉDICO DE FAMILIA LA HERRADURA..... 1433
SEPSIS INTRAABDOMINAL EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL ERNESTO GUEVARA DE LA SERNA. ENERO 2016-2019..... 1439
CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES REINTERVENIDOS EN EL HOSPITAL ERNESTO GUEVARA DE LA SERNA..... 1450

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DR. ERNESTO GUEVARA 1459
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE INFECCIÓN VAGINAL EN ADOLESCENTES 1469
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO DEL ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA CMF 45 EN EL PERIODO 2017-2019..... 1476
INTERVENCIÓN EDUCATIVA AL RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CMF 12 – JOBABO..... 1486
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ANAFILAXIA APLICADA A MÉDICOS DE MANATÍ, 2018 1493
INTERVENSIÓN EDUCATIVA SOBRE HABITOS DIETÉTICOS EN EL ADULTO MAYOR HIPERTENSOS DEL CONSULTORIO Nº 31 CAÑADA HONDA 1502
EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LA HIPOACUSIA INDUCIDA POR RUIDO EN ACINOX, LAS TUNAS..... 1511
CARACTERIZACIÓN DE LA MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS. MUNICIPIO PUERTO PADRE 1520
INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL CMF BRACITO..... 1528
INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES DIABÉTICOS EN LA COMUNIDAD DEL CONSULTORIO NO. 3, LA VICTORIA, LAS TUNAS..... 1538
INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE ALCOHÓLICO CMF#26 DE LAS PARRAS MUNICIPIO MAJIBACOA 1548
ACTUALIZACIÓN DE LA OPERACIÓN CESÁREA. UN RETO PARA LA OBSTETRICIA MODERNA..... 1557
FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN ADULTOS MAYORES 1568
LECCIONES APRENDIDAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, MUNICIPIO JESÚS MENÉNDEZ, LAS TUNAS, CUBA..... 1576
PROYECTO GESTIÓN PARTICIPATIVA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA CONTRIBUIR AL DESARROLLO LOCAL. MUNICIPIO JESÚS MENÉNDEZ 1585
CARACTERIZACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EDAD PEDIÁTRICA. HOSPITAL “RAYMUNDO CASTRO” PUERTO PADRE 1594
CARACTERIZACIÓN DE LA APENDICITIS AGUDA DURANTE EL EMBARAZO EN LA PROVINCIA DE LAS TUNAS 1601
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER. POLICLÍNICO GUILLERMO TEJAS SILVA 1608
CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS CON VIH/SIDA. LAS TUNAS..... 1617
SINDROME PARINAUD. A PROPOSITO DE UN CASO..... 1625
FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA RELACIÓN HÁBITO DE FUMAR Y COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL..... 1633
RELACIÓN ENTRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES 1639

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA 1649
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR. POLICLÍNICO GUSTAVO ALDEREGUÍA, LAS TUNAS 1657
DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON RINOSINUSITIS POLIPOIDEA 1665
COMPORTAMIENTO DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR DROGAS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO MÁRTIRES DE LA TUNAS 1674
INCIDENCIA DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL ÁREA DE SALUD MARIO POZO OCHOA 2019 1681
BAJO PESO Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS LAS TUNAS. ENERO- AGOSTO DE 2018 1691
CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD EN EL ÁREA DE SALUD DE DELICIAS 1702
TUMOR DE INTESTINO DELGADO COMPLICADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO 1710
CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS CON APENDICITIS AGUDA 1716
MELANOMA MALIGNO DE COROIDES. REPORTE DE UN CASO 1724
SÍNDROME DE RADIUS-MAUMENEE. PRESENTACIÓN DE UN CASO 1731
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL CMF#28 DE LAS PARRAS 1738
DESAFÍOS COMUNICACIONALES EN EL ENFRENTAMIENTO AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LOS JÓVENES 1745
ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA FORMACIÓN DE UNA CULTURA DE SALUD EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA 1753
INTERVENCIÓN COMUNITARIA SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADULTO MAYOR 1759
BAJO PESO AL NACER. UN PROBLEMA DE SALUD PERINATAL 1766
LA INDUCCIÓN DEL PARTO CON OXITOCINA EN LA ADOLESCENTE 1775
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES ENTRE 12- 49 AÑOS 1785
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL CONSULTORIO 35, MAJIBACOA, LAS TUNAS 1795
HISTERECTOMIA OBSTETRICA DE EMERGENCIA. UN DILEMA EN LA PRÁCTICA MÉDICA 1804
COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES PERTENECIENTES AL POLICLÍNICO "GUILLERMO TEJAS SILVA", LAS TUNAS 1814
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES DEL CMF# 11. LAS TUNAS 1821
ZIKA. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTA ARBOVIROSIS 1827
NUEVA TERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES CEREBRALES 1838
PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. POLICLÍNICO DOCENTE “7 DE NOVIEMBRE” MAJIBACOA. 2019 1845

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES DEL CMF MARGARITA SEGUNDA 1851
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ALCOHOLISMO EN EL CMF MARGARITA TERRAPLÉN, JOBABO 2017-2019 1858
CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE DEFECTOS CONGÉNITOS EN LAS TUNAS 1866
ZIKA: ESTRATEGIA EDUCATIVA EN EL CONSULTORIO MEDICO DE FAMILIA 14 EN EL AÑO 2019 1873
COMPORTAMIENTO DEL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA EN EL ÁREA DE SALUD DEL POLICLÍNICO MARIO POZO OCHO..... 1878
LA PROMOCIÓN DE SALUD SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA BÁSICA..... 1886
LA PROMOCIÓN DE SALUD SOBRE CÁNCER CERVICOUTERINO..... 1894
CORRELACIÓN CLÍNICO-IMAGENOLÓGICA Y ANATOMOPATOLÓGICA EN PACIENTES CON NÓDULOS DE TIROIDES MENORES DE 1CM 1904
EVALUACIÓN FINAL DEL INTERNADO ROTATORIO DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL..... 1914
CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES OPERADOS DE CÁNCER TIROIDEO EN LAS TUNAS 1923
CÁNCER DE COLON. RETOS Y PERSPECTIVA EN LA PROVINCIA LAS TUNAS 1930
DESARROLLO DE COMPETENCIAS COMUNICATIVAS PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN LA FORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA..... 1936
EVALUACIÓN DE PROCESO DEL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DEL BAJO PESO AL NACER.... 1947
COMPORTAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE PULMÓN EN LA COMUNIDAD DE VEDADO 5. JESÚS MENÉNDEZ. LAS TUNAS 1955
CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES ADMITIDOS EN LA UCI DEL HOSPITAL DR. ERNESTO GUEVARA LAS TUNAS 1961
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL..... 1969
RIESGO PRECONCEPCIONAL EN LA ADOLESCENCIA 1977
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN DIGESTIVA EN ESTUDIANTES DE 6TO GRADO 1987
CARACTERIZACIÓN DE LOS ADOLESCENTES FUMADORES DEL PREUNIVERSITARIO ERNESTO GUEVARA DE LA SERNA..... 1995
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA 2003
LA ECOGRAFÍA DOPPLER Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA GESTACIONAL..... 2013
CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DEL ASMA BRONQUIAL EN ADOLESCENTES. MANATÍ, 2018..... 2023
CARACTERIZACIÓN CLINICO-EPIDEMIOLOGICA DE LA RINOSINISITIS POLIPOIDEA..... 2032
INTERVENCIÓN SOCIO FAMILIAR EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ALCOHÓLICO EN EL MUNICIPIO JESÚS MENÉNDEZ 2041

CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME MONONUCLEÓSICO EN LAS TUNAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE 2016 A 2019 2050
CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN NIÑOS EN LAS TUNAS: 2012-2019 2055
LA FORMACIÓN PRAXIOLÓGICA EN LUCHA ANTI VECTORIAL: UNA NECESIDAD EN LOS PROFESIONALES DE CIENCIAS MÉDICAS 2062
CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON GENODERMATOSIS EN LAS TUNAS. 30 AÑOS DE ESTUDIO 2069
CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA ANGUILA 2078
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ALCOHÓLICO 2087
COMPORTAMIENTO DEL TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES DE VEDADO 3, JESÚS MENÉNDEZ 2093
CARACTERIZACIÓN DEL ASMA BRONQUIAL EN LOS ADULTOS ASMÁTICOS DE UN CONSULTORIO MÉDICO DEL ÁREA DE SALUD DE VÁZQUEZ 2101
FACTORES ASOCIADOS A LA FARINGITIS CRÓNICA. LAS TUNAS NOVIEMBRE 2016 - ENERO 2019 2109
APLICACIÓN DE LA SANGRÍA Y LA ACUPUNTURA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN EL CMF EL COROJO EN EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DEL 2017 A MAYO DEL 2019 2116
FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER EN EDAD PEDIÁTRICA 2124
INTERVENCIÓN EDUCATIVA A PADRES DE NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS CON RIESGO DE ANEMIA 2131
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DEL AEDES AEGYPTI. ÁREA DE SALUD “ROMÁRICO ORO PEÑA” 2141
ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PACIENTES EN ESTADO DE COMA 2148
CARACTERIZACIÓN DE LOS RIESGOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN EL CONSULTORIO MÉDICO DE FAMILIA DE LA YAYA 2156
PREVALENCIA DE INFERTILIDAD Y FACTORES DE RIESGO EN PAREJAS EN EDAD FÉRTIL EN EL MUNICIPIO LAS TUNAS 2164
OSTEOSARCOMA EN EDAD PEDIÁTRICA 2172
COMPORTAMIENTO ANTROPOMÉTRICO EN NIÑOS CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO DEL SEMINTERNADO RAFAEL MARTÍNEZ, MUNICIPIO LAS TUNAS 2187
COMPORTAMIENTO DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA EN LA ASIC MILLA, MÉRIDA, VENEZUELA 2195
ARBOVIRUS: SU PREVENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO 2203
COMPORTAMIENTO ANTROPOMÉTRICO DE LAS DEFORMIDADES PODÁLICAS EN NIÑOS DEL SEMINTERNADO RAFAEL MARTÍNEZ MARTÍNEZ DEL MUNICIPIO LAS TUNAS 2213
CARCINOMA RENAL CON METÁSTASIS CEREBRAL ÚNICA 2221
LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO PARA PREVENIR Y TRATAR DIFERENTES TIPOS DE ENFERMEDADES 2228

FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA PREVENCIÓN PRIMORDIAL DE ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES COMO CONTENIDO EN LA FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE DE ESTOMATOLOGÍA..... 2241
HERNIA DE AMYAND EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE KARTAGENER. A PROPÓSITO DE UN CASO 2251
LA EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES, DESDE LA ORIENTACIÓN FAMILIAR..... 2258
TALLERES DE ORIENTACIÓN PROFESIONAL PARA EL TECNÓLOGO DE LA SALUD..... 2267
PROPUESTA DIDÁCTICA PARA PERFECCIONAR LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA INVESTIGATIVA EN EL POLICLÍNICO DE VÁZQUEZ. 2278
Dr. LUIS GERALD SIMÓN ESCALONA: UN PARADIGMA PARA LA REAFIRMACIÓN DE VALORES EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS MÉDICAS..... 2286

CAPÍTULO 1. ATENCIÓN MATERNO INFANTIL

LITERATURA Y SALUD BUCAL, APORTE AL DESARROLLO DEL COMPONENTE CULTURAL DEL ESTOMATOLOGO GENERAL INTEGRAL

LITERATURE AND BUCCAL HEALTH, CONTRIBUTION TO THE DEVELOPMENT OF THE CULTURAL COMPONENT OF THE INTEGRAL GENERAL STOMATOLOGIST

Larisa Hernández Falcón (lhfalcon.mtz@infomed.sld.cu)

María Isabel Garay Crespo (mtz0116@infomed.sld.cu)

Mirian Rodríguez Casas (mmrodriguez.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

Emplear la literatura universal es una herramienta para revolucionar la enseñanza, una nueva forma de exponer los conocimientos, de transmitir la historia y la cultura de los pueblos. El objetivo de este trabajo es valorar el aporte de la utilización de la literatura universal en la asignatura Historia de la Estomatología, al desarrollo del componente cultural de los estudiantes de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Se realizó una búsqueda bibliográfica en libros artículos en soporte digital, encontrados en Internet con el buscador Google académico y con el uso de descriptores como literatura universal, salud bucal, cultura. La utilización de forma activa de textos de la literatura universal en el proceso docente educativo de la asignatura Historia de la Estomatología aporta a la formación del valor social desde lo histórico y cultural.

PALABRAS CLAVES: literatura universal, salud bucal, cultura.

ABSTRACT

To use the universal literature is a tool to revolutionize the teaching, a new form of exposing the knowledge, of transmitting the history and the culture of the towns. Few studies exist on this topic, with the result that the objective of this work is to value the contribution of the use of the universal literature in the subject History of the Stomatology, to the development of the cultural component of the students of the University of Medical Sciences of Matanzas. Considering these aspects is carried out a bibliographical search in books articles in digital support, found in Internet with the searching academic Google and with the use of describers like universal literature, buccal health, culture. The use in active way of texts of the universal literature in the educational process of the subject History of the Stomatology, contributes to the formation of the social value from the historical and cultural.

KEY WORDS: universal literature, oral health, culture.

INTRODUCCIÓN

En las universidades de Ciencias Médicas en Cuba, donde se forman los futuros profesionales de la salud, tiene el encargo social de preservar, crear y difundir la cultura de la humanidad, por lo que entre sus objetivos educativos está contribuir al desarrollo cultural de estudiantes que en ellas se educan. Debe asumir las transformaciones en sus planes de estudio como única forma de respuesta a las actuales condiciones de globalización del conocimiento, transformaciones que deben estar dirigidas a fortalecer

lo mejor del ser humano en su formación; sus valores, a la vez que hace posible una mayor flexibilidad del conocimiento para un aprendizaje permanente.

La educación sintetiza la política, la cultura, la historia y el desarrollo de los seres humanos y la sociedad, la transmite y la transforma. Ha sido un factor determinante en los procesos de desarrollo de la sociedad y la humanidad a lo largo de la historia. A través de ella, se han dado procesos de inculturación y transformación; su concreción en los diferentes ámbitos de actuación de los sujetos ha servido de mediadora de sus posibilidades reales y perspectivas, donde el docente es un actor principal según, Nieva (2016).

Se considera a la cultura como la suma de las creaciones humanas acumuladas en el transcurso de los años. Así,

> (…) la cultura personal depende en porcentaje inocultable de la cultura de un grupo o clase, como la cultura de grupo a su vez depende de la sociedad general ya que en todo esto hay comunicación e interrelaciones continuas, no es posible que los hombres hubiesen podido hacer nada sin lo que recibieron de sus antepasados o sus contemporáneos (López, 2015).

La cultura hace que las personas sean más humanas, racionales, críticos y éticamente comprometidos, a través de ella, designamos valores y efectuamos opciones, el ser humano toma conciencia de sí mismo, reconociéndose como proyecto inacabado poniendo en cuestión sus propias realizaciones, busca nuevas significaciones y crea obras que lo trascienden. Es el eje de referencia que da unidad y dinamismo al resto de factores, ya que consolida los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias, lo que significa que no puede existir un desarrollo que satisfaga las necesidades cada vez más crecientes de la sociedad si no utiliza la cultura. “Se puede decir que la cultura es el conocimiento trasmitido de generación en generación que incluye costumbres, tradiciones y creencias” (Rodríguez, 2015).

La Estomatología como ciencia está vinculada con el desarrollo de la civilización, ella es, en sí misma un resultado del desarrollo del conocimiento humano dirigida a lograr la salud del complejo bucal. Hubo una época en que la población llegó a considerar al dentista no como un médico capaz de curar afecciones bucodentales, sino como un artífice, dedicado exclusivamente a hermosear y enriquecer la dentadura de sus clientes, como evocación de aquella época en que los dientes sanos servían como adornos, artísticamente engarzados con piedras preciosas (Companioni, 2010).

Se considera a la literatura universal como un medio de enseñanza de la historia de la Estomatología, si se analiza desde la función de transmisión de información, ofrece a los estudiantes experiencias de aprendizaje, acceder a realidades, acontecimientos, fenómenos o situaciones que resultan desde su marco vital difícilmente alcanzables por la lejanía en el tiempo o en el espacio (Peguero, 2017).

La integración de la literatura universal como fuente y medio de enseñanza del proceso docente educativo rebasa los medios tradicionales y permite ampliar las vías de adquisición del conocimiento, así como en su selección como medio de enseñanza resulta imprescindible la consideración por el docente de la factibilidad de su uso, para

alcanzar los objetivos propuestos en cualquier forma de organización de la docencia (Díaz, 2012).

Utilizar la literatura universal de forma activa en el contexto social del proceso docente de los estudiantes de la carrera de estomatología se convierte en una herramienta para revolucionar la enseñanza, una nueva forma de exponer los conocimientos, de transmitir la historia y la cultura de los pueblos. Se ha evidenciado su importancia en el desarrollo histórico de la sociedad, transmisora de la cultura que le ha antecedido en cada época (Núñez, 2012).

Existen pocos estudios sobre este tema, de ahí que el objetivo de este trabajo es valorar el aporte de la utilización de la literatura universal en la asignatura Historia de la Estomatología, al desarrollo del componente cultural de los estudiantes de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Para alcanzar este propósito se procedió a una revisión documental del programa de la asignatura del curso propio: Historia de la Estomatología, el cual tiene en su plan temático, el tema VI: El arte en la salud bucal, que incluye como objetivo: identificar cómo en diversas obras de destacados artistas de la literatura se atesoran referencias importantes a la cavidad bucal. Considerando estos aspectos, se realiza por las autoras una búsqueda bibliográfica en artículos y libros en soporte digital, encontrados en Internet con el buscador Google académico y con el uso de descriptores como literatura universal, salud bucal, cultura, sobre pasajes literarios sobre salud bucal y su contribución al proceso docente educativo.

La bibliografía obtenida de diversas obras literarias son empleadas en conferencias panorámicas para motivar la clase y orientación del estudio individual que tiene su escenario fuera del aula, suscitando el profesor a que se realice una investigación que tribute al seminario en el que cada estudiante debe poner su cuota de búsqueda y razonamientos para producir su propio texto. Por todo lo anteriormente expuesto mostramos:

Algunos pasajes de la literatura universal relacionados con salud bucal

En siglos diferentes se identifican textos que se han enfocados en aspectos relacionados con estructuras anatómicas y patológicas del complejo bucal y su salud, ofrecemos varios fragmentos de obras literarias de autores tales como: Miguel de Cervantes y Saavedra, Ernest Hemingway, Gabriel García Márquez, Isabel Allende, Noah Gordon, que muestran lo anteriormente expresado:

En la obra El ingenioso Hidalgo don Quijote de la Mancha, el insigne escritor Miguel de Cervantes y Saavedra reúne numerosas referencias literarias de carácter estomatológico, destinadas fundamentalmente a destacar la importancia de los dientes desde el punto de vista estético, higiénico y funcional, entre las que se encuentran:

Capítulo XIII: “Sus cabellos son de oro, su frente campos Elíseos, sus cejas arcos del cielo, sus labios corales, perlas sus dientes” (Cervantes,)

Capítulo XXIII “la boca grande, pero colorados los labios; los dientes, que tal vez los descubría, mostraban sus ralos y no bien puestos, aunque eran blancos como unas peladas almendras” (Cervantes,)

En estos pasajes se realiza alusión a la posición de los dientes, describiendo su tamaño irregular y su posición anormal en la arcada. En contraposición a las perlas de Dulcinea, en esta ocasión para exaltar la belleza y color de los dientes, la encuentra en el aspecto blanquecino de las almendras peladas.

En otros partes de la obra, se hace referencia a los términos de embotar y entumecer los dientes, en un claro símil a la falta de apetito de Don Quijote, por la pérdida de su dentadura., tales como:

Capítulo XVII: “De algún descomunal gigante, y asentome una puñalada en las quijadas, tal, que las tengo todas bañadas en sangre... Levántate Sancho… y procura que se me dé un poco de aceite, vino, sal y romero, para hacer un salutífero bálsamo (Cervantes,)

Capítulo XVIII “Pero dame acá la mano y atiéntame con el dedo y mira bien cuantos dientes y muelas me faltan de este lado de la quijada alta…. ¡Sin ventura yo!, dijo Don Quijote” (Cervantes,)

Capítulo XIX: “Y créame que le digo verdad, porque le prometo a vuestra merced, señor, que le hace tan mala cara el hambre y la falta de muelas, que como le tengo dicho, se pondrá muy bien excusar la triste pintura…” (Cervantes,)

Otro autor como Ernest Hemingway en su obra: Por quién doblan las Campanas cuenta:

> (…) La muchacha puso en el suelo la paellera de hierro, frente a él, y Jordán vio que tenía bonitas manos de piel bronceada. Entonces ella le miró descaradamente y sonrió. Tenía los dientes blancos, que contrastaban con su tez oscura, y la piel y los ojos eran del mismo color castaño dorado. Tenía lindas mejillas, ojos alegres y una boca llena, no muy dibujada (Hemingway,).

En un fragmento de Retrato en Sepia, del libro de Isabel Allende se describe:

> (…) Un chino viejo vestido con túnica y anchos pantalones de algodón le salió al encuentro cojeando. Los ojillos rojos apenas asomaban entre las arrugas profundas de la cara, tenía un bigote mustio y gris, como la trenza flaca que le colgaba a la espalda, todas las uñas, menos la del pulgar y el índice, eran tan largas que se enrollaban sobre sí mismas, como colas de algún antiguo molusco, la boca parecía un hueco negro y los pocos dientes que le quedaban estaban teñidos por el tabaco y el opio (Allende,)

En la narrativa de García Márquez en El general en su laberinto, se relata:

> (…) El General se las puso y se afeitó gobernando la navaja con igual destreza de la mano izquierda como de la derecha, pues era ambidiestro natural…. se pulió los dientes perfectos con polvo de carbón en un cepillo de seda con mango de plata (García,).

En otro sentido, el escorbuto, enfermedad que tiene sus secuelas en la cavidad bucal, es recreada en la novela Chamán de Noah Gordon:

> (…) Los hombres padecían de escorbuto, aunque estaban anémicos, no tenían apetito. Les dolían las articulaciones, le sangraban las encías, se le caían los dientes y sus heridas no cicatrizaban … Rob estaba ocupado la gente de los alrededores se las había arreglado sin médico y él, los primeros meses intentando corregir los efectos de la falta de atención y de los remedios caseros. Se cansó de arrancar muelas picadas. Cuando

> arrancaba una muela picada sentía lo mismo que cuando amputaba un miembro; detestaba quitar algo que nunca podría volver a poner (Noah Gordon,).

Referencias sobre el tema hallamos en la obra El cuerno de caza, donde el autor aparece bajo el seudónimo de Sarbán:

> (…) Tenían las cabezas y cuellos cubiertos por un apretado casco de piel moteada que se alzaba a los lados como las orejas redondas del leopardo, pero no cubría el óvalo de la cara. Cuando aquellos rostros se volvían a la luz, veía en ellos siempre la misma mueca; unos labios rojos entreabiertos, que mostraban unos dientes fuertes y blancos, y un par de ojos con el brillo pálido de la locura. Los agudos chillidos eran ahora como el canto de un lunático y el balbuceo parecía un discurso enloquecido y tumultuoso (Hernández, 2017).

Aportes de la literatura al desarrollo cultural del proceso docente

En la universidad del siglo XXI, se asocia la cultura a la vida y la dignidad del ser humano y la formación de individuos que posean información y tecnología. Se realiza ciencia con conciencia, difundiéndose la cultura al servicio de la comunidad.

El papel determinante de la educación en la sociedad y la dinámica de interrelaciones que en ella acontecen no se limitan a lo educativo, sino que tienen implicaciones en la concepción del deber ser, la percepción y resolución de problemas de la sociedad que trascienden el inmediato presente. Estas interrelaciones abarcan a la persona en particular y sus aportes a la construcción de la sociedad, dan lugar a nuevas prácticas, nuevas cosmovisiones, modos específicos de afrontar los retos que le van imponiendo los cambios emergentes de su contexto, su historia y cultura desde la interacción con sus congéneres, dadas sus potencialidades como sujeto particular y social.

La universidad cubana tiene el encargo social de preservar, crear y difundir la cultura de la humanidad, desempeña un rol activo en la formación profesional de pregrado y postgrado. Trabaja para garantizar el desarrollo integral de su personalidad, mediante la preparación científico-técnica, humanística y política ideológica de los egresados, que les posibilite un comportamiento basado en una correcta educación en valores, independencia, creatividad y alto nivel de compromiso social. El lado social y más netamente humano del desarrollo, plantea a estas alturas la exigencia de una cultura superior en su cabal acepción (Hart, 2005).

Rodríguez (2015) hace referencia sobre el papel estratégico que desempeña la educación superior por su capacidad para generar conocimientos e innovaciones tecnológicas ,así como inductora del desarrollo endógeno, la que se dedica, en mayor parte, a explorar el desenvolvimiento tecnológico, función que hoy más que nunca, está íntimamente ligada al progreso económico y social; por lo que las universidades ofrecen un gran cúmulo de información cultural, social, económica y proporcionan un impacto social y estratégico trascendental.

Alvarado (2013) alude que "en la educación como proceso, desde las prácticas pedagógicas toma sentido la identidad, se reflexiona sobre la cultura con fundamentos éticos y políticos que son aprendidos y desarrollados y contribuyen a resolver problemas educativos y sociales¨ (Alvarado, 2013).

En el proceso docente educativo la función del docente no se reduce a reproducir la cultura y sus componentes, sino que implica procesos de asimilación, construcción, reconstrucción y mejora de la actividad, fruto de las interacciones de las personas, la sociedad y la historia.

Nievas (2016) enfatiza en la importancia de una formación docente capaz de asumir los retos que emergen de los procesos sociales, de la cultura y sus dinámicas, que implican una transformación social. Una formación que tiene en cuenta no sólo los aspectos externos sino también a la persona como sujeto integral, en el devenir con sus congéneres y en un proceso de búsqueda, que no se agota en el quehacer del aula, sino que transciende las barreras de lo inmediato para abordar la condición humana como potencialidad, en el rol determinante de transmisor de cultura y transformador de la sociedad: ser docente en esta historicidad.

El docente como sujeto del proceso formativo determina y expresa en el acto educativo sus particularidades como ser social. Mediante la relación e intercambio con sus estudiantes propicia el desarrollo de éstos, su implicación en los problemas sociales y la participación en su transformación cultural. “Se trata de que la educación forme parte de la cultura, tanto educador como educando se implican en el proceso de su construcción y reconstrucción, en su perpetuidad y desarrollo” (Martín, 2015).

Es evidente el aporte cultural e histórico reflejado en los textos literarios; la literatura sobrepasa su mero círculo o límite creativo-artístico y vive fuera de los libros. Podría pensarse, que lo que la literatura universal describe y enseña se halla muy distanciado del perfil profesional del estomatólogo general que hoy se forma, pero nada más alejado de la realidad consideramos a la literatura universal como fuente de información y conocimiento, medio para enriquecer el acervo cognoscitivo y cultural de los futuros profesionales de la estomatología (Núñez ,2018).

Las autoras de este estudio estiman la importancia del papel activo del docente desde sus potencialidades con carácter autotransformador y transformador de la sociedad, su historia, desarrollo y cultura, de la cual es portador. Las siguientes reflexiones destacan las implicaciones que puede tener la lectura literaria y el empleo de estos textos por el docente, como exponente y recurso de transmisión cultural teniendo presente que la adquisición del aprendizaje es más que una formación de hábitos y habilidades, puesto que exige el conocimiento de recursos de creatividad y utilizar la literatura es fuente adecuada para fomentar tal creatividad.

El profesor debe estimular la independencia cognoscitiva y el pensamiento creador en las clases, mediante una atmósfera participativa; que propicie la reflexión y el debate de diversos textos de la literatura universal a partir de una adecuada utilización de diversas fuentes del conocimiento; de forma tal que contribuya a su formación cultural y al enriquecimiento personal de los estudiantes

El trabajo docente con textos seleccionados de la producción literaria despierta interés en el estudiante, contribuye a la apertura y ampliación de sus conocimientos y una motivación hacia la lectura. Los textos literarios aportan diversos aspectos gramaticales,

funcionales, comunicativos, culturales, para el aprendizaje y la historia de la profesión (Cisterna ,2019).

La literatura es el testimonio de la vida y de la humanidad, es una expresión social y cultural del ser humano, por lo que es preciso que el profesor desarrolle una especial sensibilidad con la literatura universal, para que sepa transmitir aspectos sobre salud bucal en la que se inserta la literatura, debe dominar estrategias para que desde la clase desarrolle un diálogo intercultural que favorezca el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Historia de la Estomatología.

CONCLUSIONES

La utilización de forma activa de textos de la literatura universal que abordan pasajes sobre salud bucal en el proceso docente educativo de la asignatura Historia de la Estomatología aporta a la formación del valor social desde lo histórico y cultural confiriendo un aprendizaje significativo y desarrollador del futuro estomatólogo general integral.

REFERENCIAS

Alvarado, V. (2013). Práctica pedagógica y gestión de aula. aspectos fundamentales en el quehacer docente. *Revista UNIMAR*, 31(2), pp. 99-113. Recuperado de http://www.umariana.edu.co/RevistaUnimar/index.php/revista-unimar-ve

Cisterna, V. (2019). *La Evolución de la odontología en el cine: propuesta para un taller de Lectura Crítica con estudiante de Odontología*. Latin American Journal of International Affairs, 9(2). Recuperado de http//www.lajia.net/lajia/article/view/94

Companioni, F.A. (2010). Contribución a la Historia de la Estomatología Cubana. La Habana: *Ciencias Médicas*.

Díaz, H. (2012). *Los medios de enseñanza de la Historia. Algunas consideraciones y sugerencias de trabajo*. En: Didáctica de las Ciencias Sociales. (pp. 96 – 136). La Habana: Pueblo y Educación.

Hart, A. (2005). *Marx, Engels y la condición humana. Una visión desde Cuba*. La Habana: Ciencias Sociales.

Hernández, L.; Garay, M.; Suárez, R.; Arencibia, M.; Suárez, R.; & Hernández, N. (2017). Apuntes históricos de la Literatura Universal y su vinculación social con estudiantes de estomatología. *Revista Médica Electrónica*, 39(2), 392-399. Recuperado de http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2205/3399

López, R. (2015). *Educar para la investigación-creación: áreas de trabajo, tipos de conocimiento y problemas de implementación*. A contratiempo. Revista de música en la cultura, 25. Recuperado de http://www.musigrafia.org/acontratiempo/?ediciones/revista-5/artculos/educar-para-la-investigacin-creacin-reas-de-trabajo-tipos-de-conocimiento-y-problemas-de-implementac.html.

Martín, D.R. (2015). *La formación docente universitaria en Cuba: sus fundamentos desde una perspectiva desarrolladora del aprendizaje y la enseñanza*. Estudios Pedagógicos, 41(1), pp. 337-349. Recuperado de: http://www.scielo.cl/pdf/estped/v41n1/art20.pdf

Nieva, J.A.; Martínez, O. (2016). Una nueva mirada sobre la formación docente. *Revista Universidad y Sociedad,* 8(4), 14-21. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202016000400002&lng=es&tlng=es

Núñez, B.M.; Peguero, HA. (2012). La prótesis dental en la literatura. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(4), 546-555. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000400015&lng=es&tlng=es

Núñez, B.M.; Peguero, H.A.; Morales, D.R., & Grau, I.B. (2018). Utilización de la Literatura Universal como medio de Enseñanza en la carrera de Estomatología. *Educación Médica Superior*, 32(3), 208-218. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000300017&lng=es&tlng=es

Peguero, A.; Núñez, BM.; Morales, DR (2017). *El uso de la literatura universal en la clase para la formación histórica. Una experiencia en la Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez*. V Jornada Virtual de Educación Médica 2017. Recuperado de http://edumed2017.sld.cu/index.php/edumed/2017/paper/view/154

Rodríguez, N.; Leal, E.; Menéndez M.; Bermúdez, E.; Pérez, BR., & Fernández, J. (2015). *La internacionalización de la cultura: contribución a la formación integral de profesionales de la salud*. EDUMECENTRO, 7(1), 76-88. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742015000100007&lng=es&tlng=es.

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE TALLERES PARA PREVENCIÓN DE DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL A MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, MUNICIPIO MATANZAS

IMPLEMENTATION OF THE WORKSHOP SYSTEM FOR PREVENTION OF ABDOMINAL WALL DEFECTS TO PRIMARY CARE PHYSICIANS, MUNICIPALITY MATANZAS

Yasmín Rodríguez Acosta (yazmin.mtz@infomed.sld.cu)

Grecia Martínez Leyva (greciamartinez.mtz@infomed.sld.cu)

Felipe Hernández Ugalde (felipehu.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

Los defectos de pared abdominal constituyen un espectro de malformaciones estructurales de etiología diversa, severidad y pronóstico variable. Con elobjetivo de implementar un sistema de talleres que contribuya a incrementar los conocimientos en prevención de defectos de pared abdominal de los médicos de atención primaria del municipio Matanzas, en el período comprendido desde enero 2017- enero 2019; se realizó una intervención entre enero 2017 y enero 2019, se diagnosticó el nivel de conocimientos sobre prevención de estos defectos en médicos de Atención Primaria a través de encuesta, previa prueba piloto para cálculo de confiabilidad y validez (coeficientes Alpha de Cronbach y de determinación de la regresión lineal). El nivel de conocimiento de los médicos fue bueno después de aplicado el producto, con diferencias altamente significativas. Como conclusión se comprueba la eficacia del sistema de talleres al constatarse el desarrollo de conocimientos en médicos de atención primaria.

PALABRAS CLAVES: defectos congénitos; sistema de talleres; prevención.

ABSTRACT

Abdominal wall defects constitute a spectrum of structural malformations of diverse etiology, severity and variable prognosis. Objective:To implement a system of workshops that contributes to increase knowledge in prevention of abdominal wall defects of primary care physicians in the Matanzas municipality, in the period January 2017- January 2019. An intervention was carried out between January 2017 and January 2019, the level of knowledge about prevention of these defects in Primary Care physicians was diagnosed through a survey, prior pilot test to calculate reliability and validity (Cronbach's Alpha coefficients and of determining linear regression). The level of knowledge of the doctors was good after applying he product, with highly significant differences. Conclusions: The effectiveness of the workshop systemis verified by verifying the development of knowledge in primary care physicians.

KEY WORDS: congenital defects; workshop system; prevention

INTRODUCCION

No hay placer comparado en el mundo con el que experimenta una madre al ver por primera vez al fruto de su vientre, es por eso que el nacimiento de un nuevo ser es un regocijo familiar y social que implica una de las preocupaciones más frecuentes entre

los padres que están esperando un hijo: que pueda tener algún defecto (Santos et al, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define los defectos congénitos (DC) como

> (…) toda anomalía del desarrollo estructural, funcional, metabólico y de la conducta presentes al nacer, resultantes de una embriogénesis defectuosa.A nivel mundial, entre un 2-3 % de todos los recién nacidos presentan algún defecto detectable al nacimiento. Se estima que en Cuba la tasa de prevalencia es de 0,9 x cada 1000 nacidos vivos, lo cual contribuye de forma significativa en la mortalidad infantil del país (Santos et al, 2016).

Otros estudios han confirmado que los defectos de pared abdominal (DPA) conforman un espectro de malformaciones estructurales de etiología diversa, con severidad y pronóstico variable. Todas llevan implícita una eventración de vísceras a través del defecto de la pared del abdomen. Algunas de ellas presentan una incidencia común, mientras otras son de rara aparición. La prevalencia al nacimiento es de 2 a 4 por diez mil nacimientos. Se ubican en cuarto lugar entre todas las malformaciones congénitas(Rodríguez Acosta et al, 2018; Chávez et al, 2013).

Los defectos congénitos (DC) son definidos además, como:

> (…) un grupo heterogéneo de trastornos de origen prenatal, su prevención requiere conocer los riesgos de presentarlos. En ello juega un papel primordial la atención preconcepcional, a fin de garantizar el bienestar de la pareja para lograr un embarazo normal y, consecuentemente, un recién nacido sano (Morales, 2016)

Toda política salubrista en el campo de los defectos congénitos debe encaminarse a lograr la prevención preconcepcional, que esmásefectiva, humana y eficaz, y cuyo objetivo es evitar los factores de riesgo.Sin embargo, los resultados obtenidos son limitados por la complicada etiología de los defectos, que involucra factores genéticos y ambientales de diversa naturaleza, y porque existen barreras como: escasa cultura de planificación del embarazo, falta de conocimiento y percepción de riesgo de defectos congénitos en la población, control preconcepcional deficiente, captación de embarazos en avanzado período de vulnerabilidad, incumplimiento con las recomendaciones del consumo de folatos y pobre labor de promoción y educación para la salud, a decir de Martínez Leyva et al, 2016 y Chagimes et al, 2013).

Por lo cual se hace impostergable propiciar y facilitar la prevención primaria de estos defectos, y otros defectos congénitosconsiderando el importante papel que los médicos de atención primaria de salud (APS) juegan para garantizar una adecuada prevención de estos defectos, por encontrarse en el primer escalón de atención a la población. Se hace necesario, por tanto, el adiestramiento de los profesionales en el temapor lo que un sistema de talleres es una opción científicamente apreciable para lograr este propósito.

Refiriendo como problema científico: ¿Cómo contribuir a incrementar los conocimientos en prevención de defectos de pared abdominal de los médicos de atención primaria del municipio Matanzas? La hipótesis de la investigación es: si se implementa un sistema de talleres a médicos de la atención primaria de salud del municipio Matanzas, entonces incrementará los conocimientos en prevención de defectos de pared abdominal.

Objetivo general: implementar un sistema de talleres que contribuya a incrementar los conocimientos en prevención de defectos de pared abdominal de los médicos de atención primaria del municipio Matanzas, en el período comprendido desde enero 2017- enero 2019.

Diseño metodológico

Se realizó una intervención en tres etapas: la primera descriptiva transversal, de nivel de conocimientos sobre prevención de DPA de los médicos de la APS del municipio de Matanzas, de enero 2017- abril 2017. En la segunda etapa se diseñó un sistema de talleres para el desarrollo de conocimientos sobre DPA destinados a los médicos de APS del municipio Matanzas, mayo 2017- agosto 2017. Y en la tercera se realizó la implementación del sistema de talleres, de septiembre 2017 a enero 2019.

El universo estuvo integrado por 136 médicos de la APS (residentes y especialistas en MGI) de 143, que laboran en consultorios. Se excluyeron 7, los cuales no fue posible su localización en el momento que se realizó el cuestionario.

Las variables fueron estudiadas a través de los ítems de la encuesta:

- Nivel de conocimientos en prevención de defectos de pared abdominal, explorados a través de los ítems de las secciones I, II y III de la encuesta.
- Necesidades educativas sentidasexplorados a través de la sección IV.

Los métodos empíricos empleados fueron la revisión documental y bibliográfica (en Biblioteca Virtual de Salud de Infomed en las bases de datos, Clinical Key, Scielo regional y Scielo Cuba, y consulta de los registros del Programa de Atención Materno Infantil, periodo 2015-2018 en la Dirección Provincial de Salud de Matanzas) y el interrogatorio para la aplicación de la encuesta Prevención de defectos de pared abdominal (Anexo 1), previo consentimiento informado.

Los métodos estadísticos empleados para determinar la confiabilidad del cuestionario, se realizaron a través del calculó el coeficiente Alpha de Cronbach,aceptándose valores superiores a 0.7.La validez de las preguntas se estableció calculando el valor del coeficiente de determinación de la regresión lineal (R^2), que debe ser mayor que 0.7 para ser aceptable, contrastando las variables independientes con la pregunta de control como variable dependiente (considera usted estar capacitado para desempeñarse como promotor en prevención de defectos de pared abdominal).

Se utilizó una escala de valores para evaluar conocimientos y necesidades educativas sentidas. A cada ítem del cuestionario aplicado a los médicos de APS se le asignó un valor cuyo rango osciló entre 1 y 3, llevándose a una escala ajustada para tres categorías de conocimiento (bien, regular y mal) y tres categorías de necesidades educativas sentidas (alta, media y baja). La evaluación general se realizó promediando las puntuaciones obtenidas en cada ítem para cada objeto evaluado. Para correlacionar las variables conocimiento sobre DPA de los médicos de APS y la percepción de los mismos sobre su capacitación para desempeñarse como promotores de salud en el tema, se aplicó Chi^2, con un nivel de confianza 0.05. Para comparación de la media aritmética de conocimiento de los médicos antes y después de implementado el sistema de talleres (prueba de la t de Student (t), con un nivel de confianza 0.05).

Consideraciones éticas: Se cumplió el principio ético de confidencialidad de la información, no se divulgaron datos referentes de los médicos, sino resultados del estudio.

Resultados y discusión.

El cálculo del coeficiente Alpha de Cronbach (α) alcanzó valores de 0.842, por lo cual la encuesta cumple con el supuesto de fiabilidad de la escala, lo que quiere decir que está libre de errores aleatorios.El cálculo del coeficiente de determinación de la regresión lineal, resultó en R^2= 0.795 lo que permitió considerar la encuesta válida.

Tabla 1:Distribución de médicos de APS según conocimientos sobre DPA y su percepción sobre la capacitación para desempeñarse como promotores en prevención de los mismos. Municipio Matanzas,enero 2017-abril 2017.

Conocimiento de los médicos de APS	Percepción de capacitación alta		Percepción de capacitación media		Percepción de capacitación baja		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Bien	-	-	6	100	-	-	6	4.4
Regular	13	10	48	36.9	69	53.1	130	95.5
Mal	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	13	9.5	54	39.7	69	50.7	136	100

Fuente: Procesamiento estadístico $X^2 = 7.723$ GL= 2 $p<0.05$

La tabla 1 relaciona el nivel de conocimiento de los médicos de APS sobre prevención de DPA y la percepción que tenían sobre su capacitación para desempeñarse como promotores en prevención de estos defectos. Prevalecieron las evaluaciones de regular, con valor porcentual de 95.5. En cuanto a la percepción de capacitación como promotor, prevaleció la baja y media con porcientos de 50.7 y 39.7. Al correlacionar ambas variables se constató que a medida que el nivel de conocimiento sobre el tema disminuyó también sucedió con la percepción sobre la capacitación como promotores en el tema y viceversa, con asociación estadística significativa (X^2 = 7.723, GL= 2, $p<0.05$).

Al analizar la evaluación de los conocimientos de los médicos de APS sobre prevención de DPA reflejados en la tabla 1, se corroboró la necesidad inmediata de diseñar materiales académicos que contribuyan a la capacitación del profesional de la Medicina de la atención primaria de salud, para que obtengan y actualicen los conocimientos sobre el tema.

Urbina (2015) considera que,

> (…) los procesos de superación deben ser estrategias organizadas y planificadas a partir de las necesidades de aprendizaje que se identifiquen en los procesos productivos y de prestación de servicios, los que se desarrollan con el propósito de elevar el nivel de actualización científico-técnica, así como también las competencias que deben demostrar los profesionales para el desarrollo de sus funciones y actividades, en dependencia del puesto de trabajo en que se desempeñan (Urbina, 2015).

Para lograr esto se incluyó nociones generales del proceso de desarrollo del aparato digestivo, específicamente la evolución del intestino medio y la formación de la pared abdominal, así como la epidemiología de los DPA y los enfoques modernos sobre Promoción y Educación para la Salud.

De esta forma pueden desempeñarse como promotores en las comunidades donde laboran en la prevención de estos y otros defectos congénitos, y contribuir a modificar, el riesgo reproductivo preconcepcional, considerado hasta el presente el eslabón lábil del Programa de Atención Integral a la Mujer y por supuesto del Programa de Atención Materno Infantil. (Chagimes et al, 2013; Martínez et al, 2016)

Diseño del sistema de talleres.

Si revisamos la definición de Martínez, acerca del sistema de actividades como resultado científico, como " conjunto de actividades relacionadas entre sí de forma tal que integran una unidad, el cual contribuye al logro de un objetivo general como solución a un problema científico previamente determinado" (Martínez, 2006).

Sobre este aspecto, algunos autores apuntan que:

> (…) un sistema de talleres es el conjunto de talleres con un orden lógico, elementos distintivos que se relacionan entre sí en un espacio y tiempo determinado, en ellos se establece una interdependencia que supera las partes, va dirigido a un propósito común y definido, es flexible, permite transformar los modos de actuación de los que participan, se colectiviza el conocimiento a travésdel intercambio, la problematización, actualización, sistematización, profesionalización y contextualización para arribar a conclusiones que conduzcan a la solución de problemas (Rodríguez et al. 2015, 2017); (Juviel y Trujillo, 2015); (Chaos et al, 2015); (Isaac et al, 2017); (Nobalbo et al, 2015)

Estructura del sistema de talleres: objetivo general; requisitos generales para su implementación y funcionamiento; contenido de la actividad (Título de la actividad, objetivo específico, acciones y procedimientos de cada actividad: de preparación previa, de introducción, de desarrollo, de conclusiones, de forma de evaluación y control de la actividad); bibliografía básica de la actividad.

El objetivo general es incrementar los conocimientos de los médicos de APS sobre los DPA, como contribución a su prevención y al control del riesgo reproductivo preconcepcional.

Recursos humanos: Especialista en Embriología y Genética, Máster en Asesoramiento genético o Atención integral a la mujer con categoría docente de asistente o superior.

Recursos materiales: Una computadora con impresora acoplada, hojas de papel y tinta para imprimir encuestas y materiales educativos. Televisor o equipo de proyección de multimedia para facilitar la impartición de las actividades docentes.

Contenido de cada taller.
Generalidades sobre el desarrollo prenatal. Bioética de los inicios de la vida.
Generalidades sobre la evolución del intestino primitivo y formación de la pared abdominal.
Los DPA. Definición. Embriogénesis. Clasificación.
Frecuencia, gravedad y etiología de los DPA.

Prevención de los DPA. Niveles.
Ácido fólico y folato. Antecedentes históricos. Aspectos generales. Absorción y metabolismo. Funciones. Deficiencia. Dosis en el embarazo. Riesgo y beneficio.
Promoción y educación para salud. Intervenciones educativas.
Actividad integradora.
Bibliografía general básica a utilizar:

Artículos científicos actualizados sobre el tema.
Moore K L, Persaud TVN, Torchia M G. (2013).Embriología clínica. 9na Edición: Elsevier Saunders, Barcelona.
Rodríguez Acosta Y. (2016). Sistema de talleres para capacitación en prevención de defectos de pared abdominal a médicos de atención primaria del municipio Matanzas. Tesis de terminación de especialidad. Facultad de Ciencias Médicas ``Dr. Juan Guiteras Gener``, Matanzas.
Saddler TW (Langman). (2016). Embriología Médica con orientación clínica. 13 a Edición. España: Editorial WoltersKluwer.

Tabla 2**:** Valor de la media aritmética calculada para los ítems con calificación más baja en la encuesta aplicada a los médicos de APS sobre prevención de DPA y después de implementado el sistema de talleres. Municipio Matanzas, 2017- 2019.

ITEMS	Antes	Después
El intestino primitivo es la estructura embrionaria que origina todos los órganos del sistema digestivo.	1.33	2.78
La pared abdominal se conforma definitivamente en la quinta semana de gestación	2.04	2.55
Los defectos de cierre de pared abdominal se producen durante el transcurso del primer mes del desarrollo prenatal.	1.99	2.96
El complejo pared abdominal se acompaña de defectos de cierre de tubo neural.	2	2.98
La etiología de la gastrosquisis es genética.	1.93	2.75
La hernia umbilical no se relaciona con síndromes genéticos.	1.52	2.97
El riesgo de recurrencia del onfalocele es entre 1 y 2%.	1.75	2.66
La dosificación de alfafetoproteína en suero materno contribuye a la prevención primaria de todos los defectos de pared abdominal.	1.93	2.91

t= 2,742 GL=14 p< 0,001

La tabla 2 muestra la media aritmética de los ítems con más baja puntuación del cuestionario aplicado a los médicos, antes y después de implementado el sistema de talleres. Las preguntas relacionadas con el desarrollo embrionario del sistema digestivo, frecuencia de las variantes anatomopatológicas, factores de riesgo asociados a estos

defectos congénitos, así como aspectos relacionados con la prevención y sus niveles resultaron las de mayor dificultad.

Después de implementado el sistema de talleres, la media para la variable conocimiento aumentó considerablemente para cada uno de estos ítems, con una puntuación por encima de 2.50, que corresponde a la condición de bien, diferencias estas que resultaron altamente significativas estadísticamente al calcularse la prueba de la t de Student, por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

"Con los estudios de intervención se mejora la calidad de la atención médica, ya que se incrementan los conocimientos de los médicos de la atención primaria de salud" (Achiong, 2014).

CONCLUSIONES

El nivel de conocimientos sobre prevención de defectos de pared abdominal de los médicos de la Atención Primaria de Salud del municipio de Matanzas fue calificado de regular en su gran mayoría.
Se diseñó un sistema talleres que contribuya a incrementar los conocimientos de los médicos en prevención de defectos de pared abdominal.
Después de implementado el sistema de talleres el conocimiento de los médicos fue evaluado de bien, lo cual demuestra la eficacia del mismo.

REFERENCIAS

Achiong, F.; Morales, J.; Acebo, F.; González, Y.; Abreu, E. y Vega, O. (2014). Intervención integral educativa en hipertensiónarterial. Policlínico Héroes del Moncada. *Rev Méd Electrón*, 36(2). Recuperado de http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol2%202014/tema06.htm

Chagimes, Y.; Hernández, A.; Sánchez, A.I.; Marín, M.C. y Rivera, D. (2013). Comportamiento del riesgo preconcepcional genético. *Rev. Ciencias Médicas Pinar del Río*, 17(4), 54-63.Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Chaos, T.; Valdés de la Rosa, C.; Estrada, J. y Llanes, A. (2015). Sistema de tareas docentes para desarrollar habilidades profesionales desde la asignatura Medicina General Integral en 5to año de medicina. *Rev. Arch Med Camagüey,* 19(4). Recuperado de http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3376/2133

Chávez, J.A.; Duarte, L.M.; García, C.; Quiñones, J.; Castro, J.E.; Ramos, Z.R. (2013). *Prevalencia, formas clínicas y factores asociados a defectos congénitos del sistema digestivo*. AMC Camagüey, 17(6).

Isaac, T.A.; Mármol, E. y Zulueta, L. (2017). Sistema de procedimientos para la preparación de asignaturas de formación general en la educación médica. *EDUMECENTRO*, 9(2) p.199-206. Recuperado de http://www.revedumecentro.sld.cu

Juviel, M.N y Trujillo, P. (2015). Sistema de tareas docentes para el trabajo independiente en medicina natural y tradicional. *EDUMECENTRO*, 7(2). Recuperado de http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/450/html_40

Martínez, L. E. (2006) *El sistema de actividades como resultado científico en la maestría en Ciencias de la Educación: ¿ser o no ser?* Tesis en opción del título académico de Máster en Ciencias de la Educación. Universidad Pedagógica Juan Marinello. Matanzas. Cuba.

Martínez, G.; Blanco, M.E.; Rodríguez, Y.; Enríquez, L. y Marrero, I. (2016). De la embriogénesis a la prevención de cardiopatías congénitas, defectos del tubo neural y de pared abdominal. *Rev Med Electr,* 38 (2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000200012

Morales, E. (2016). Los defectos congénitos en la práctica pediátrica. *Revista Cubana de Pediatría,* 88 (1), 5-7. Recuperado de http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v88n1/ped02116.pdf

Nobalbo, Y.T.; Socarrás, S.R.; Pernas, I.A y Hernández, J.E. (2015). La apreciación literaria en la formación socio-humanista del estudiante de Medicina*. Rev Hum Med, 15(3).*

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Anomalías congénitas*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/

Rodríguez, Y.; Blanco, M.E.; Martínez, G.; Luna, E.J.; Perdomo, J.C. y Mestre, J. (2018). Diagnóstico de factores de riesgo asociados a defectos de pared abdominal a mujeres con descendencia afectada. Provincia Matanzas, enero 2013-enero 2016*. Revista Médica Electrónica*,40(4).

Rodríguez, S.C.; Socarrás, S.; Bujardón, A.; Iglesias, N. (2015). *Sistema de talleres con técnicas participativas para el fortalecimiento de la autodirección estudiantil*. *Rev Humanidades Médicas* 15(3), 511-530. Recuperado de http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v15n3/hmc08315.pdf

Rodríguez, S.C.; Socarrás, S.; Bujardón, A.; Iglesias, N. (2017) Sistema de talleres de trabajo educativo para la capacitación del profesor guía de la carrera de Medicina. *Rev Hum Med*, 17(1).

Santos, M.; Vázquez, V.R.; Torres, J.; Torres, CJ:; Vázquez, G.; Aguiar, D.B y Hernández, H. (2016). Factores de riesgo relevantes asociados a las malformaciones congénitas en la provincia de Cienfuegos, 2008-2013. *Medisur*, 14 (6), 737- 747. Recuperado de http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v14n6/ms09614.pdf

Urbina, O. (2015). *La educación de posgrado en las universidades médicas cubanas*. *Educación Media Superior* ,29(2). Recuperado de *http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000200017*

ANEXOS

Cuestionario para médicos de familia. Prevención de defectos de pared abdominal**.**
Estimado colega:El presente cuestionario forma parte de un estudio realizado por la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Gener y permitirá el diagnóstico de los conocimientos generales de los especialistas y residentes de MGI sobre aspectos que serán abordados en el curso: “Prevención de los defectos de pared abdominal”. No necesitamos su nombre, pero si su sinceridad al responder, para el éxito de este trabajo.
Sección I: Sobre los defectos de pared abdominal, marque con una X, para cada característica que se relaciona en la tabla, la alternativa que usted considere correcta:

CARACTERÍSTICAS	ALTERNATIVAS		
	A. De acuerdo	B. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	C. En desacuerdo
1.El intestino primitivo es la estructura embrionaria que origina todos los órganos del sistema digestivo.			
2. El intestino primitivo evoluciona entre la cuarta y la duodécima semana del embarazo.			
3. La pared abdominal se conforma definitivamente en la quinta semana de gestación.			
4. Los defectos de cierre de pared abdominal se producen durante el transcurso del primer mes del desarrollo prenatal.			
5. Los defectos de cierre de pared abdominal son las malformaciones congénitas más frecuentes.			
6. El onfalocele es el defecto de pared abdominal más frecuente.			
7. El onfalocele se asocia a otras malformaciones o síndromes genéticos.			
8. El complejo pared abdominal se acompaña de defectos de cierre de tubo neural.			
9. La etiología de la gastrosquisis es genética.			
10. La hernia umbilical no se relaciona con síndromes genéticos.			
11. Los defectos de cierre de pared abdominal son siempre hereditarios.			
12. Los defectos de pared abdominal asociados a síndromes se producen generalmente por mutación de un gen.			

13. El medio ambiente puede estar involucrado en la etiología de estos defectos.			
14. El riesgo de recurrencia del onfalocele es entre 1 y 2%.			
15. La ingesta preconcepcional de 4mg de ácido fólico reduce el riesgo de ocurrencia de gastrosquisis.			
16. La dosificación de alfafetoproteína en suero materno contribuye a la prevención primaria de todos los defectos de pared abdominal.			

Sección II. Sobre los factores de riesgo asociados a defectos de cierre de pared abdominal, seleccione la opción más correcta.

1. Infección por treponema pallidum y VIH.
2. Hipertensión arterial descompensada.
3. Galactosemia.
4. Ingestión de alcohol.
5. Carencia de ácido fólico
6. Edad materna juvenil.
7. Infección por toxoplasma gondi.
8. Cromosomopatía balanceada.
9. Consumo de AINE (paracetamol, ibuprofeno, ácido acetilsalicílico), descongestionantes nasales, vasoconstrictores.
10. Infección genitourinaria.
11. Consumo de antidepresivos de última generación.
12. Tabaquismo.
13. Deficiencia de vitamina K.
14. Deficiencia de yodo.
15. Desnutrición materna al inicio de la gestación.
16. Contaminación ambiental por herbicidas y plaguicidas.
17. Obesidad y/o sobrepeso previo al embarazo.
18. Consumo de agua de procedencia dudosa.
19. Consumo de misoprostol antes y durante el embarazo.
20. Consumo de omega 6.
21. Solo las opciones 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12,15, 16, 17, 18, 19, 20
22. Solo las opciones 1, 2, 3, 7, 8, 13, 14,
23. Todas las opciones.
24. Ninguna de las opciones.

Sección III. Mencione cinco medidas generales útiles para contribuir a la prevención primaria de los defectos de cierre de pared abdominal.

_____

_____

Sección IV. Considera usted estar capacitado para desempeñarse como promotor en prevención de defectos de pared abdominal. Si ___ No___ Algo___

Muchas gracias por su colaboración.

NECESIDADES DE APRENDIZAJE EN PREVENCIÓN DE HIDROCEFALIA CONGÉNITA EN CONTRIBUCIÓN AL DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

NEEDS OF LEARNING IN PREVENTION OF CONGENIC HYDROCEPHALIA IN CONTRIBUTION TO THE DESIGN OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION

Damarys Hernández Suárez (damaryshdez.mtz@infomed.sld.cu)

Aralys Pérez García (aralys.perez@ucm.mtz.sld.cu)

Marien González Fleitas (marien83@nauta.cu)

RESUMEN

La hidrocefalia congénita constituye un síndrome polimórfico, que conlleva a la discapacidad mental y a la muerte, cuyos factores de riesgo son disímiles y prevenibles, por lo que un conocimiento adecuado es la clave para su prevención. Objetivo: identificar las necesidades de aprendizaje en prevención de hidrocefalia congénita en mujeres en edad fértil con riesgo. Métodos: estudio descriptivo transversal. Se identificaron las necesidades de aprendizaje en 98 mujeres en edad fértil. Se realizó una prueba piloto para cálculo de los coeficientes alfa de Cronbach y regresión lineal para evaluar validez y confiabilidad de la encuesta diseñada. Resultados y discusión: el nivel de conocimientos de las féminas con factores de riesgo fue evaluado de regular y las necesidades educativas sentidas de medias. Conclusiones: en las mujeres estudiadas se identificó un nivel de conocimiento regular en prevención de hidrocefalia congénita, lo que contribuyó al diseño de un programa y material educativos en correspondencia con las necesidades de aprendizaje diagnosticadas.

PALABRAS CLAVES: necesidades de aprendizaje, hidrocefalia congénita, prevención.

ABSTRACT

Introduction: Congenital hydrocephalus constitutes a polymorphic syndrome, which leads to mental disability and death, whose risk factors are dissimilar and preventable, so that adequate knowledge is the key to its prevention. Objective: to identify the learning needs in prevention of congenital hydrocephalus in women of childbearing age at risk. Methods: Descriptive cross-sectional study. Learning needs were identified in 98 women of childbearing age at risk. A pilot test was performed to calculate Cronbach's alpha coefficients and linear regression to assess the validity and reliability of the designed survey. Results and discussion: the level of knowledge of females with risk factors was assessed as regular and felt educational needs of socks. Conclusions: In the women studied, a level of regular knowledge in prevention of congenital hydrocephalus was identified, as well as medium felt educational needs, which contributed to the design of an educational program and material corresponding to the diagnosed learning needs.

KEY WORDS: learning needs, congenital hydrocephalus, prevention.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los defectos congénitos como toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular, presente al nacer (aunque puede manifestarse más tarde), sea interna o externa, familiar o

esporádica, hereditaria o no, única o múltiple, que resulta de una embriogénesis defectuosa (García, 2010). Dentro de los defectos congénitos los del sistema nervioso constituyen la segunda causa de muerte tras los defectos cardiovasculares. Entre los defectos del sistema nervioso se encuentran en segundo lugar la hidrocefalia. Esta,

(…) constituye un síndrome polimórfico, que reúne afecciones diversas que conlleva a la discapacidad física y mental con una elevada mortalidad, cuyos factores asociados pueden ser genéticos o ambientales, es decir ante un genotipo afectado condiciones ambientales desfavorables actúan como desencadenantes de la expresión del defecto (Chauvet, 2011; Uparela, 2018).

Estimaciones a nivel mundial plantean una incidencia de hidrocefalia congénita de 5,9 por cada 10 000 nacidos vivos (Tully, 2015), constatándose que oscila entre 0,48-0,81 por cada 1.000 nacimientos (Chauvet, 2011). En Cuba la tasa de mortalidad en el menor de un año por malformaciones congénitas del sistema nervioso central en 2015 fue 0,1 con siete defunciones, una de las cuales fue por hidrocefalia congénita y en 2016 fue igualmente 0,1 con 10 defunciones, tres de las cuales fueron por hidrocefalia congénita (Anuario estadístico 2016 y 2017). Sus causas son múltiples y comunes, siendo considerados una enfermedad de origen multifactorial (Kutscher, 2015; Li, 2015), por lo que la prevención de los factores de riesgo de este defecto y elevar el nivel de conocimiento por parte de la población, debe ser una prioridad y enfocarse desde el nivel primario o preconcepcional (Jaya, 2016; Alvino, 2015; González, 2016).

A pesar de que las ciencias de la salud han redimensionado el proceso salud-enfermedad, con énfasis en los conceptos de promoción de salud y de salud integral de las personas y grupos de población vulnerables, como el materno infantil, permitiendo que las personas tengan un papel protagónico en el mantenimiento de estados saludables, sigue existiendo desconocimiento sobre los defectos congénitos y su prevención, entre ellos la hidrocefalia (Pupo, 2014).

Por lo que los autores plantean como problema científico: ¿Cuáles son las necesidades de aprendizaje en prevención de hidrocefalia congénita presentes en las mujeres en edad fértil con riesgo, del policlínico José Jacinto Milanés durante el período comprendido de enero de 2017 a junio de 2019?

Como objetivo general plantean: identificar las necesidades de aprendizaje en prevención de hidrocefalia congénita en mujeres en edad fértil, del policlínico José Jacinto Milanés durante el período de enero de 2017 a junio de 2019.

Métodos y medios de diagnóstico

Tipo de estudio: Descriptivo transversal en mujeres en edad fértil del policlínico universitario José Jacinto Milanés, del municipio Matanzas, durante el período enero de 2017 a junio de 2019.

Se identificaron las necesidades de aprendizaje de las mujeres en edad fértil con riesgo, sobre hidrocefalia congénita, a través de la encuesta.

Universo: Estuvo integrado por 98 mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio médico de la familia No. 6 del policlínico universitario ¨José Jacinto Milanés¨.

Variables: Fueron estudiadas a través de los ítems de la encuesta:

- Nivel de conocimientos en prevención preconcepcional de hidrocefalia congénita, explorados a través de los ítems 1 al 4 de la sección III.
- Necesidades educativas sentidas de adquirir los conocimientos, explorados a través de los ítems 1 al 3 de la sección IV.

Procedimientos e instrumentos: Fue aplicada la sección III y IV de la encuesta: "Educación preconcepcional y prevención de hidrocefalia congénita. Encuesta a mujeres en edad fértil". Se confeccionó una Escala de valores para evaluar el nivel de conocimientos y necesidades educativas sentidas en prevención de hidrocefalia congénita: A cada ítem de la encuesta aplicada se le asignó un valor cuyo rango osciló entre 1 y 3, llevándose a una escala ajustada para tres categorías de conocimiento, bien (1 punto), regular (2 puntos) y mal (3 puntos).

La evaluación general se realizó promediando las puntuaciones obtenidas en cada ítem. Los resultados de la media aritmética o promedio general entre 3 y 2,5 se consideraron necesidad educativa sentida alta, entre 2,5 y 2 necesidad educativa sentida media y entre 2 y 1 necesidad educativa sentida baja.

Los métodos empíricos empleados fueron la revisión documental y bibliográfica (en Biblioteca Virtual de Salud de Infomed en las bases de datos, Clinical Key, Scielo regional y Scielo Cuba, revisadas tesis de terminación de residencia de Embriología Médica disponibles en la biblioteca de la Universidad Médica de Matanzas, así como los Anuarios de salud cubanos de 2016 y 2017) y el interrogatorio para la aplicación de la encuesta. Métodos estadísticos: Se realizó una prueba piloto para cálculo del coeficiente alfa de Cronbach (α) y la validez concurrente. Para determinar la confiabilidad de la encuesta, se empleó el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach (α) cuyos valores normales oscilan entre 0 y 1, se consideró una buena consistencia interna cuando el valor fue superior a 0,7. El análisis de validez concurrente se estableció a través del coeficiente de determinación de la regresión lineal, (R^2) que debió ser mayor que 0,7 para ser aceptable. Y se calculó la media aritmética para evaluar necesidades educativas sentidas.

Consideraciones éticas: Se cumplió el principio ético de confidencialidad de la información, no se divulgaron datos referentes a los pacientes sino resultados del estudio.

Resultados y discusión:

Confiabilidad y validez de la encuesta:

El análisis de confiabilidad realizado a la encuesta previo al estudio mediante una prueba piloto, a través del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach (α), dio como resultado 0,8697 por lo que se consideró que la encuesta cumple con el supuesto de fiabilidad. El coeficiente de determinación de la regresión lineal resultó en R^2=1, máximo valor posible, lo cual permitió considerar la encuesta válida.

Tabla 1: Cálculo de confiabilidad y validez de la encuesta confeccionada para el estudio.

Encuesta	Coeficiente Alpha de Cronbach	Coeficiente de Regresión lineal (R1)
Mujeres en edad fértil	0,8697	1

Fuente: Elaboración propia.

Nivel de conocimientos en prevención de hidrocefalia congénita y necesidades educativas sentidas:

Previo al estudio de las necesidades de aprendizaje en las mujeres en edad fértil estudiadas se identificaron factores de riesgo ambiental como: exposición materna a sustancias tóxicas, vivir cerca de vertederos, consumo de medicamentos, infecciones maternas por TORCH y asociación de varios factores de riesgo ambiental, coincidiendo con autores como Sadler (2016), Martínez (2015), Hutson (2015) y Ranjan, (2015). Además, se observó una educación preconcepcional deficiente pues más de 96% de las mujeres no consumieron ácido fólico previo al embarazo anterior, no realizaron chequeo médico preconcepcional, por lo que no planificaron su embarazo, resultados que coinciden con los de Martínez (2015) y Blanco (2018).

En la tabla 2 se observa que 69,38% de las mujeres fueron evaluadas de regular en cuanto a la definición de las malformaciones congénitas; el 44,90% fueron evaluadas de mal en cuanto al conocimiento de las causas de hidrocefalia congénita; y 50% fueron evaluadas de regular en cuanto al conocimiento de la prevención de las malformaciones congénitas.

Se puede observar que alrededor de 80% de las féminas estudiadas fueron evaluadas de regular o mal en todos los ítems relacionados con el conocimiento de hidrocefalia congénita y su prevención, resultados similares fueron encontrados por Enríquez (2016).

Tabla 2: Mujeres en edad fértil según el nivel de conocimiento sobre hidrocefalia congénita y su prevención.

Ítems	Nivel de conocimientos						Total	
	Bien		Regular		Mal			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Definición de las malformaciones congénitas.	16	16,33	68	69,38	14	14,29	98	100
Causa de la hidrocefalia congénita.	20	20,41	34	34,69	44	44,90	98	100
Prevención de las malformaciones congénitas.	18	18,37	49	50	31	31,63	98	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla 3 se observa que el total de mujeres mostraron necesidades educativas sentidas entre alta y media, prevaleciendo la necesidad educativa sentida media presente en 71,43% de las mujeres, lo cual concuerda con los resultados obtenidos por Enríquez (2016).

Tabla 3: Mujeres en edad fértil según la evaluación de las necesidades educativas sentidas sobre prevención preconcepcional de hidrocefalia congénita.

Necesidad educativa sentida	Mujeres en edad fértil	
	No	%
Alta	28	28,57
Media	70	71,43
Baja	-	-
Total	98	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla 4 se observa que todas las preguntas respondidas por las féminas, relacionadas con la variable necesidad educativa sentida, presentaron un puntaje entre 2 y 3; y se observa que la media aritmética general fue 2,42 correspondiendo a la categoría de necesidad educativa sentida media, lo que corrobora lo reflejado en la tabla anterior y coincide con otros investigadores como Enríquez (2016) cuyo puntaje general se aproximó a 3.

En cuanto a los métodos que las mujeres consideraron más adecuados para satisfacer sus necesidades educativas, se destacaron los medios de difusión masiva, seguido de los materiales impresos, lo que concuerda con la necesidad educativa sentida media presente en las mujeres; los autores refieren que es llamativo que casi la totalidad de las féminas no refieren necesidad de la obtención del conocimiento a través de técnicas grupales participativas mediadas por el médico y enfermera de la familia, coincidiendo con los resultados obtenidos por González (2012).

Tabla 4: Valor de la media aritmética calculada para los ítems relacionados con las necesidades educativas sentidas sobre prevención preconcepcional de hidrocefalia congénita.

Ítems de las necesidades educativas sentidas.	Media aritmética o promedio
Información recibida sobre el tema.	**2,26**
Necesidad de adquirir estos conocimientos.	**2,67**
El porqué de la necesidad de adquirir estos conocimientos.	**2,29**
Método más apropiado.	**2,48**
Total	**2,42**

Fuente: Encuesta.

En la tabla 5 se relaciona el nivel de conocimiento en prevención preconcepcional de hidrocefalia congénita, de las mujeres en edad fértil estudiadas y las necesidades educativas sentidas de adquirir los mismos, y se puede observar que 50% de las mujeres presentaron un nivel de conocimiento regular, de ellas 32,65% presentaron necesidad educativa sentida media y 17,35% necesidad educativa sentida alta, predominando la necesidad educativa sentida media de forma general.

Se observa que el nivel de conocimiento regular de las mujeres estudiadas en prevención hidrocefalia congénita, se relaciona con la necesidad educativa sentida media de adquirir los mismos, por lo que se puede referir que a medida que el nivel de conocimiento disminuye las necesidades educativas sentidas aumentan, lo que concuerda con lo planteado por Enríquez (2016).

Pupo y Hernández (2007) plantean que:

(…) toda actividad educativa será más aceptada, en la medida en que responda a las necesidades sentidas de los beneficiarios, por lo que el problema debe ser importante, reflexivo y debe motivar a la participación activa dirigida hacia la búsqueda de soluciones (Pupo, Hernández, 2007).

Mientras que para Pupo Ávila,

> (…) no puede entenderse una política de promoción sanitaria, sin una visión intersectorial y multidisciplinaria, cuyos niveles de participación deben alcanzar lo individual, familiar, comunitario y social, de manera que el sistema de salud debe asumir un rol de liderazgo que abarque desde la producción de información necesaria, hasta la propuesta y ejecución de intervenciones (Pupo, 2014)

Los autores refieren que todo lo anterior evidencia la necesidad de diseñar programas y materiales educativos que contribuyan a la adquisición de conocimientos por parte de las mujeres en edad fértil sobre el tema, incluyendo aspectos sobre riesgo reproductivo, aspectos de gran importancia que contribuirán a la prevención primaria de la hidrocefalia congénita.

Tabla 5: Relación de mujeres en edad fértil según nivel de conocimiento sobre prevención preconcepcional de hidrocefalia congénita en la descendencia y necesidades educativas sentidas.

Nivel de conocimientos	Necesidad educativa sentida alta		Necesidad educativa sentida media		Necesidad educativa sentida baja		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Bien	4	4,08	14	14,29	-	-	18	18,37
Regular	17	**17,35**	32	**32,65**	**-**	**-**	49	**50**
Mal	7	7,14	24	24,49	-	-	31	31,63
Total	28	28,57	70	**71,43**	**-**	**-**	98	100

Fuente: Encuesta.

Por tal motivo los autores consideran impostergable la necesidad de incentivar el trabajo de los profesionales de la salud como eficaces protagonistas en la promoción y educación en salud y diseñaron un programa y material educativos (plegable) en correspondencia con las necesidades educativas diagnosticadas.

Diseño del programa y material educativos:

Objetivo general. Modificar positivamente el nivel de conocimientos sobre hidrocefalia congénita y su prevención.

Bibliografía básica. Plegable.

Responsables. Profesores de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Promotores. Estudiantes de Medicina.

Contenido de las actividades.

- Actividad introductoria. Riesgo reproductivo preconcepcional.
- El embarazo y sus etapas.
- La hidrocefalia congénita. Frecuencia, gravedad y causas.
- Prevención de la hidrocefalia congénita.
- El ácido fólico: riesgo o beneficio.
- Actividad integradora.

Diseño del material educativo: Se diseñó un plegable titulado “Conociendo sobre la hidrocefalia congénita”, con plegado doble (seis caras), con fondo claro y letras oscuras, arial 12 y arial 14 el título. Se utilizaron imágenes relacionadas con el tema tratado.
Validación del material y programa educativos. Hubo aceptación general por el panel de especialistas, de los diferentes aspectos escogidos para su certificación, para lo cual se calculó el coeficiente de variación cuyo valor mientras más se acerque a 0 indica homogeneidad de criterios entre los expertos, lo cual dio como resultado valores bajos, (0,127) para el material educativo y 0,237 para el programa educativo, lo que demostró homogeneidad de criterio entre los expertos, por lo que fueron considerados el programa y material educativos válidos.

CONCLUSIONES

En las mujeres en edad fértil estudiadas se identificó un nivel de conocimiento regular en prevención de hidrocefalia congénita, así como necesidades educativas sentidas medias de recibir los mismos, lo que contribuyó al diseño de un programa y material educativos en correspondencia con las necesidades de aprendizaje diagnosticadas.

REFERENCIAS

Alvino, JL. (2015). *Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal*. Febrero 2015. Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4627

Anuario Estadístico. (2016). Ministerio de Salud pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de salud. Índice de bajo peso al nacer. 1985-2016.Cuba. Recuperado de http://bvs.sld.cu/cgi-bin/anuario/

Anuario Estadístico. (2017). Ministerio de Salud pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de salud. Índice de bajo peso al nacer. 1985-2016 pág. Cuba. Recuperado de http://bvs.sld.cu/cgi-bin/anuario/

Blanco, ME. (2018). Intervención educativa sobre prevención de cardiopatías congénitas en mujeres en edad fértil consultorio médicos 8 y 9 policlínico Samuel Fernández, Municipio Matanzas, 2015-2016. *Revista Médica Electrónica*, 40 (2). Recuperado de http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/issue/view/115

Chauvet, D. (2011). *Tratado de medicina*. 15(3) 1-8. Recuperado de https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1636541011710959

Enríquez, L. (2016). *Intervención educativa sobre prevención de cardiopatías congénitas en mujeres en edad fértil, consultorios médicos 8 y 9, policlínico Samuel Fernández, municipio Matanzas*. 2015-2016. Tesis en opción al título Especialista en Embriología Médica. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Gener. Matanzas. Cuba.

García, Y. (2010). Incidencia de las malformaciones congénitas mayores en el recién nacido. *Revista Cubana de Pediatría*, 78(4).

González, MA. (2012). *Sistema de actividades para elevar los conocimientos sobre ITS-VIH/Sida en el preuniversitario José Luís Dubrocq*, Matanzas 2011- 2012. Tesis en opción al título académico de Máster en Enfermedades infecciosas. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Gener. Matanzas. Cuba.

González, A. (2016*). Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr*, 35(2). Recuperado de http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/71/65

Hernández, ME. (2007*). La Comunicación en Salud*. Escuela Nacional de Salud Pública 2003. [CD-ROM]. Diplomado en Promoción de Salud.

Hutson, SL. (2015). *Patterns of Hydrocephalus Caused by Congenital Toxoplasma gondii Infection Associate With Parasite Genetics*. Clin. Infect. Dis, 61(12), 1831-1834. Recuperado de https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-26405147

Jaya, JO. (2016). *Propuesta de intervención educativa sobre el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil de la comunidad Nueva Esperanza*. Napo, junio 2015-junio 2016. Trabajo para la obtención al título académico de Especialista en Medicina Familiar Comunitaria. Riobamba, Ecuador. Recuperado de http://dspace.espoch.edu.ec/handle/123456789/5892

Kutscher, A. (2015). Adult long-term health-related quality of life of congenital hydrocephalus patients. *Rev Neurosurg Pediatr*, 16(6). Recuperado de https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-26339956

Li, Y. (2015). *Congenital hydrocephalus and hemivertebrae associated with de novo partial monosomy* 6q (6q25.3→qter). Balkan J. Med. Genet, 18 (1), 77-84. Recuperado de https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-26929909

Martínez, G. (2015) *Sistema de talleres para la capacitación en defectos del tubo neural a médicos de la Atención Primaria de Salud del municipio Matanzas*. Tesis en obtención al título académico de Especialista en Embriología. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Gener. Matanzas. Cuba.

Pupo, N L. (2007) *La comunicación efectiva. El mensaje. Medios de comunicación*. [CD-ROM]. Diplomado específico de promoción de salud.

Pupo, NL. (2014) *Promoción y educación para la salud*. En: Álvarez R. Medicina General Integral. Tercera edición. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas. 1(15) 122-124.

Ranjan Tripathy, S. (2015). Aqueductal Stenosis Has a New Dimension—Aspergillosis: A Rare Case Report and Review of the Literature. *World Neurosurgery*, 84 (5). Recuperado de https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1878875015004970

Sadler, TW. (2016) *Embriología Médica con orientación clínica*. 13 Edición. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Tully, HM. (2015). Maternal and Infant Factors Associated with Infancy-Onset Hydrocephalus in Washington State. *Pediatric Neurology*, 52(3), 320-325. Recuperado de https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0887899414006651

Uparela, MJ. (2018). *Hidrocefalia congénita-neonatal: alternativas terapéuticas a la derivación. Una mirada a la terapia celular*. 86(6). Recuperado de http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84466

CAPÍTULO 2. AVANCES Y RETOS EN LA PROMOCIÓN DE SALUD, LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE ENFERMEDADES

PROMOCIÓN DE SALUD EN LA PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA COMUNIDAD

HEALTH PROMOTION IN THE PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION IN THE COMMUNITY

Edelys Pons Barrera (edelysp.mtz@infomed.sld.cu)

Aleidys Pons Rivero (aleidyspons@nauta.cu)

Mercedes Rodriguez Angelino (mrangelino@infomed.sld.cu)

RESUMEN

Las enfermedades crónicas no trasmisibles tienen una alta incidencia en la población. La Hipertensión Arterial en una de ellas y afecta al 31% de los adultos, tiene una alta prevalencia en el poblado de Pueblo Nuevo en matanzas. Se realizó una estrategia de intervención comunitaria en promoción de salud en la Atención Primaria para cambiar estilos de vida no saludables, aumentar el autocuidado en los pacientes y las familias y modificar factores de riesgos que producen un incremento en la probabilidad de padecer dicha enfermedad. En el objetivo se tuvo el propósito de determinar el resultado de un programa de promoción de Salud dirigido a la prevención de la Hipertensión Arterial. Se logró al final de la intervención formar promotores de salud en las diferentes etapas de la vida, con un impacto positivo en la comunidad.

PALABRAS CLAVES: hipertensión, enfermedad crónica, estilos de vida, promoción, atención primaria.

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases have a high incidence in the population. Hypertension in one of them and affects 31% of adults, has a high prevalence in the town of Pueblo Nuevo in massacres. A community intervention strategy was carried out in health promotion in Primary Care to change unhealthy lifestyles, increase self-care in patients and families and modify risk factors that produce an increase in the probability of suffering from such disease. The objective was to determine the result of a Health promotion program aimed at the prevention of Arterial Hypertension. At the end of the intervention, health promoters were achieved at different stages of life, with a positive impact on the community.

KEY WORDS: hypertension, chronic disease, lifestyles, promotion, primary care.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no trasmisibles representan el 85% de todas las muertes en Cuba, las cardiovasculares el 41% del total de muertes. La Hipertensión Arterial afecta al 31% de la población adulta de Cuba y eso significa que alrededor de 2,6 millones de personas mayores de 15 años padecen de la presión alta. La mortalidad prematura (30-69 años) por enfermedades cardiovasculares en Cuba fue de 154 por 100 000 habitantes.(Gijón-Conde et al., 2019)

En el Policlínico Carlos Verdugo del área de salud de Pueblo Nuevo existe una elevada prevalencia de Hipertensión Arterial (33,3%); por lo que es necesario trabajar en la promoción, pesquisa de paciente hipertensos, en su control y en el cambio de estilos

de vida saludables para disminuir la incidencia de ésta enfermedad.(Díaz, Ruiz, Gea, Fernández, & Martínez, 2018). Por lo anterior expuesto surge en el 2016 el proyecto sobre la Hipertensión Arterial, patrocinado por (OPS/OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos: Reducción de Riesgo Cardiovascular a través del control de la Hipertensión Arterial y la Prevención Secundaria, donde uno de sus propósitos es promover mensajes educativos y estrategias de comunicación dirigidas a múltiples niveles: decisores, profesionales de la salud, educadores y la población para reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% para 2025 y evitar muertes por trastornos cardiovasculares en nuestro país.

La alta prevalencia de la hipertensión arterial en el área coincide con el incremento de la misma a nivel nacional e internacional, en la revisión de trabajos de diferentes autores (Suárez, 2011) que han tenido la misma problemática han demostrado experiencia en acciones de promoción de Salud que disminuyen los factores de riesgos que inciden de forma negativa en la incidencia y prevalencia de dicha patología. Las intervenciones dirigidas a modificar los estilos de vida poco saludables, son un área prioritaria dentro de las Políticas de Salud donde la Atención Primaria ocupa un lugar privilegiado (Fernández, Muñoz, Rodríguez, & Alba, 2005). Recomendaciones sobre Estilos de vida uso de técnicas de modificaciones de conductas (González, 2019). Lo anterior coincide con los propósitos de los autores de esta investigación ya que las intervenciones realizadas fueron en instituciones de la atención primaria de salud, donde se logró cambios de estilos de vida saludables en la comunidad.

La promoción de la salud en la comunidad: el papel de la Atención Primaria.

La promoción de la salud es el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de este modo, poder mejorarla(López, & Solar, 2017)Carta de Ottawa, 1986. En la investigación realizada se utilizó la promoción como estrategia de intervención en las áreas demostrativas los participantes se empoderaron de las herramientas necesarias para eliminar los estilos de vida no saludables. La promoción de salud lleva implícito que los ciudadanos y sus organizaciones se sitúen en el papel de verdaderos protagonistas en el cuidado de su salud, precisamente el camino contrario al que se está recorriendo, fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para acceder, comprender y utilizar información con el fin de mantener e incrementar una buena salud.(Usabiaga Terrón, 2014) lo que se corresponde con el resultado del trabajo realizado pues se creó habilidades en los grupos capacitados para llevar información a los pacientes, familias y comunidad y con esto disminuir factores de riesgos que inciden negativamente en la aparición de la Hipertensión arterial.

El desarrollo de actividades de promoción de la salud y de actuaciones preventivas es uno de los pilares sobre los que se fundamenta la Atención Primaria y sus actividades irán dirigidas, por tanto, hacia los cambios de comportamientos en la población y hacia la creación de entornos saludables.(González, 2019) Los resultados de la investigación coinciden con la cita anterior ya que al final de nuestro sistema de actividades realizadas se modificaron comportamientos no saludables de la población intervenida y se crearon en éstas instituciones entornos saludables. La atención Primaria de Salud por sus características de accesibilidad y continuidad, es el lugar privilegiado para el desarrollo de actividades comunitarias, entendidas como todas aquellas que se realizan

con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.(Aguiló & López, 1999). El trabajo realizado en el área de pueblo nuevo municipio de matanzas se realizó con grupos de características y necesidades similares, lo que nos permitió abordar los problemas de los pacientes, familias y comunidad para promover la salud de los mismos, teniendo similitud con el concepto planteado anteriormente.

En general, las actividades de salud comunitaria pueden incluir todos los aspectos relevantes de la salud de las comunidades, a efectos prácticos se pueden dividir en proyectos globales, que afectan al conjunto de la sociedad y proyectos más específicos, dirigidos a grupos seleccionados de la población, con objetivos seleccionados y limitados a un periodo de tiempo.(Castellano, Peñalvo, Bansilal, & Fuster, 2014; González, 2019). Lo que coincide con la estrategia de trabajo realizada, pues era uno de los propósitos llevado a cabo en la reciente investigación. La esencia de la atención Primaria de Salud es la promoción y prevención para el cambio de estilos de vida saludables,(I. A. García et al., 2019)

Recientemente se realizaron diferentes tesis de terminación de año en el Departamento Provincial de Higiene y Epidemiología , donde se estudió la Hipertensión Arterial, prevalencia y factores asociados al control de la misma, demostrando la alta prevalencia de la Hipertensión Arterial en el área y como los estilos de vida no saludables elevaban la aparición de factores de riesgos que contribuían al no control de ésta enfermedad, coincidiendo en el diagnóstico realizado por los autores (Prínce et al., 2017) al inicio de la investigación y permitió a partir del problema encontrado realizar los pasos de ésta intervención. En las encuestas Steps realizadas por profesionales de la Salud del Departamento de Higiene y Epidemiología sobre las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles demostró que el área de salud del Policlínico Carlos Verdugo perteneciente al municipio de Matanzas, existe un incremento en la prevalencia, donde la promoción de salud tiene un papel fundamental en el control por lo que los autores se motivaron en la realización de éste trabajo.

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública.

La hipertensión arterial tiene una alta prevalencia. Es una enfermedad y un factor de riesgo otras enfermedades. Entre los factores de riesgos más frecuente para su aparición está la hipercolesterolemia, obesidad, sedentarismo y el hábito de fumar**.** Existiendo una relación entre los factores de riesgo, los valores de Presión Arterial y las complicaciones cardiovasculares y renales, lo que se cumple para todas las edades y todos los grupos étnicos. La HTA es la elevación de la Presión Arterial Sistólica de 140 mmHg o más, o Presión Arterial Diastólica de 90 mmHg o más, o ambos valores inclusive.(Chobanian et al., 2003) .En los niños están definidas, según su edad, sexo y talla otras cifras o valores de la Presión Arterial. La prevalencia de HTA en Cuba es del 30,9 % en personas de 15 años o más, ligeramente superior en el área urbana (31,9 %) que en la rural (28,0 %), con 31,2 % el sexo masculino y 30,6 % el femenino, mayor prevalencia en las personas de piel negra con un 40,4% que en las de piel blanca con 30,1 %. Con el incremento de la edad aumenta la prevalencia de la misma, observándose que, a partir de los 55 años, 5 a 6 personas de cada 10 tienen cifras de

Presión Arterial elevadas. Existen factores de riesgos que empeoran la enfermedad : tabaquismo en un 23,7 % de los hombres y el 16,4 % de las mujeres; la prevalencia de la diabetes mellitus (DM) es del 10 %, el 24,1 % tenían dislipidemia, el sobrepeso global fue del 44,8 % siendo obesos el 15 %, consumían bebidas alcohólicas el 41,7 % y tenían insuficiente actividad física el 30 % de los hombres y el 51 % de las mujeres.(Nigatu, 2017)

Este panorama de los más frecuentes factores de riesgo nos muestra las características que con frecuencia tienen nuestros pacientes hipertensos y que sin su modificación resultaría imposible disminuir su Riesgo Cardiovascular. (Mahfoud et al., 2013),(Espinola & Armando, 2018; N. C. A. García, Ayala, Aguirre, Rocha, & Perales, 2018)

Se diseñó un programa de promoción y prevención de salud para cambiar estilos de vida saludables en diferentes instituciones de la comunidad en el área de salud pueblo nuevo: círculo infantil¨ pequeños constructores¨, escuela primaria Noel Caamaño, escuela secundaria Generación del Centenario, Círculo de Abuelos del palmar de Junco. Se escogió de cada institución después de desarrolladas las estrategias de trabajos un grupo a participar los cuales tuvieran la disposición a participar y el permiso de sus padres ya que eran menores de edad para ser integrantes de la investigación. El mismo fue creado de forma personalizado teniendo en cuenta la institución y en ésta la edad, el nivel educacional de los participantes y el entorno en que se desarrollaban las actividades. Realizamos en cada área de intervención un previo diagnóstico del conocimiento del tema a tratar y después se programó las frecuencias a intervenir en cada una de las mismas, realizándose mensualmente, con participación activa de los integrantes de cada grupo, con propósitos bien definidos en cambio de estilos de vida saludables para evitar la Hipertensión Arterial y sus complicaciones y se formaran promotores de salud en las instituciones y en la comunidad.

En este programa se incluyó sesiones de conferencias, charlas, encuentros de conocimientos, dinámicas de grupos e intercambios entre las diferentes generaciones para crear herramientas para combatir y disminuir los factores de riesgos más frecuentes en la HTA. En la última sesión se comprobó los conocimientos adquiridos en los diferentes grupos de trabajo.

Tabla# 1: Distribución de los participantes. Noviembre 2016-junio 2019. Círculo Infantil Pequeños constructores. Matanzas.

Institución	Números de participantes	Lugar
Círculo infantil pequeños Constructores	- 32 niños de cuarto año de vida. - 6 profesores. - Consejo de Dirección del centro (6)	Pueblo Nuevo
Total	44 participantes.	Pueblo Nuevo

Fuente: Base de Datos del Proyecto de Hipertensión Arterial Policlínico Carlos Verdugo

En el Círculo Infantil Pequeños Constructores participaron 44 integrantes, explícito en la tabla anterior. El primer paso fue reunirse con el consejo de dirección y las familias de los niños explicándoles la metodología del trabajo, el objetivo y los resultados que se querían lograr al final de la aplicación del mismo. Se realizó una previa preparación de los profesionales protagonistas en desarrollo del trabajo como los profesores y familiares, donde se le explicó lo indispensable del tema a tratar para lograr el apoyo de la institución y familia. En los niños participantes desarrollamos diferentes técnicas de acuerdo a su nivel educacional entendieran los propósitos a alcanzar y donde comprendieran el mensaje educativo y pudieran llevarlo a la familia y comunidad. dentro de ellas: Demostración con plastilina, ilustración con láminas y de forma directa los vegetales, ensaladas y frutas, dibujos, Dramatización, encuentros de conocimientos, charlas educativas e intercambios con los niños, profesores y los familiares, para formar los promotores dentro de la institución y que llevaran a la comunidad estilos de vida saludables. La televisión de la provincia realizó un reportaje en mayo del 2016 donde los profesores y niños demostraron lo aprendido en todo el tiempo de entrenamiento en las actividades de promoción, teniendo resultados muy positivos. (Figura # 1)



Figura # 1

Tabla# 2: Distribución de los participantes por grupo. Noviembre2016-junio 2019. Escuela Noel Caamaño. Matanzas.

Institución	Número de participantes	Lugar
Escuela Primaria Noel Caamaño.	34 niños de primer grado. 32 niños de segundo grado. 33 niños de tercer grado. 31 niños de cuarto grado. 37 niños de 5to grado. 32 niños de sexto grado 2 profesora de cada año. Consejo de Dirección(3)	Pueblo Nuevo
Total	212	Pueblo Nuevo

Fuente: Base de Datos del Proyecto de Hipertensión Arterial Policlínico Carlos Verdugo

En la escuela primaria Noel Caamaño, se realizó en una primera etapa un conversatorio con los padres y profesores de los alumnos explicándoles la esencia de la investigación y obtener el permiso de los niños en la participación en éste trabajo. se incluyeron los niños desde segundo a sexto grado. En esta institución realizamos diferentes modalidades de promoción de salud: charlas educativas, demostraciones, dinámicas e intercambios con los diferentes grupos, audiencias sanitarias en los matutinos de la escuela se explicándosele a los alumnos, profesores y familiares la importancia de conocer la hipertensión arterial, su prevención mediante los hábitos de vida saludables. Realizamos competencia de la preparación del plato más saludable. Se escogió dentro de todos los grupos el mejor preparado en este tema, el grupo de 5to grado donde se realizó capacitación cada 15 días. Se utilizó diferentes técnicas de participación: Audiencias Sanitarias, charlas educativas, dinámicas de grupos, sesiones de dibujos y composiciones con la interpretación de lo realizado, participación en el concursos municipales y provinciales de pioneros apoyados por los profesores y familiares con el tema: prevención de la Hipertensión Arterial en el palacio de los pioneros, demostraciones, intercambios de conocimientos. Con las herramientas aprendidas en la promoción para evitar la Hipertensión Arterial este centro participó en un reportaje de la televisión de la provincia donde los niños llevaron a la práctica los conocimientos adquiridos con las estrategias de trabajo. Al final de la investigación realizada se formaron los promotores encargados de llevar mensajes educativos a las familias y comunidad (Figura # 2)



(Figura # 2)

Tabla# 2: Distribución de los participantes por grupo. Noviembre2016-junio 2019. Escuela Secundaria Básica Generación del Centenario. Matanzas.

Institución	Participantes	Lugar
Secundaria Básica Generación del Centenario	37alumnos de Séptimo Grado 33 Alumnos de Noveno Grado 4 Profesores.	Pueblo Nuevo
Total	74	Pueblo Nuevo

Fuente: Base de Datos del Proyecto de Hipertensión Arterial Policlínico Carlos Verdugo.

En la Secundaria Básica Generación del Centenario cojuntamente con los profesores se prepararon a los alumnos como promotores en la prevención de la HTA.Se realizó diferentes actividades con un grupo de 7mo y 9no grado para que éstos en el mismo centro.Se programaron sesiones de dibujos donde discutieron en el grupo el siginificado de lo realizado , se Interpretaron composiciones escritas por los estudiantes , poemas,intercambios de conocimientos entre los grupos y con directivos OPS/OMS, Ministerio de Salud Pública,provincia, municipio, policlínico, factores de la comunidad y del Departamento de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles.Se intencionó el trabajo teniendo en cuenta los problemas propios de la adolecencia y que constribuyen a la aparición de la HTA como es el Tabaquismo,Alcoholismo,embarazo y la drogadicción. Se utilizó diferentes plegables donde se les explicaron como actuar para disminuir los factores de riesgos más frecuentes identificados por los estudiantes en su lugar de residencia y como llevar mensajes de cambios de estilos de vida saludables para modificar la incidencia de HTA en la comunidad.Los resultados obtenidos fueron positivos y se realizó un reportajes por la televisión nacional y de la provincia para evidenciar lo aprendido por los estudiantes. (Figura # 3).



Figura # 3

Tabla# 4: Distribución de los participantes. Noviembre2016-junio 2019.Círculo de abuelos. Palmar de Junco. Matanzas.

Institución	Número de participantes	lugar
Circulos de abuelos	72 abuelos 1 profesora de cultura física	Palmar de junco.Pueblo Nuevo.
Total	73	Palmar de junco.Pueblo Nuevo.

Fuente: Base de Datos del Proyecto de Hipertensión Arterial Policlínico Carlos Verdugo

En el círculo de abuelos del Palmar de junco,se realiazaron mensualmente secciones de intercambios con los integrantes sobre la Hipertensión Arterial y su prevención .Se debatieron sus experiencias en estilos de vidas saludables y como llevar los mismos a las diferentes familias de pueblo Nuevo. Se realiazaron ciclos de conferencias para entrenar los integrantes del grupo como promotores de salud en técnicas de promoción: charlas, dinámicas de grupos, audiencias sanitarias, poemas, para fortalecer sus conocimientos en la prevención de factores que pueden incidir en la

aparición de la Hipertensión Arterial.Se programaron encuentros con estudiantes de las diferentes enseñanzas donde hicieron énfasis en una alimentación sana y la utilización de la medicina natural y tradicional en ésta patología.Se realizó un programa de la televisión de la provincia donde los abuelos demostraron la importancia de la practica sistemática de ejercicios físicos, la dieta saludable con frutas y vegetales, la aplicación de la medicina natural y tradicional y la importancia de llevar de generación a generación la no aplicación de hábitos tóxicos como es el alcoholismo y el tabaquismo.(Figura # 4)



Figura # 4

Para la realización de ésta investigación se tuvo en cuenta que la ciencia es una actividad humana, en éste caso un sistema de actividades del personal capacitados en el tema, donde mediante leyes ,principios y teorías se estudió una verdad la Promoción de Salud en la prevención de Hipertensión Arterial en la comunidad, por lo que en su práctica se tuvo en cuenta la aplicación de conocimientos tecnológico y las herramientas que permitieron llegar a los resultados alcanzados en los cambios de estilos de vida, que conduzcen a la disminución de la incidencia de la Hipertensión Arterial y sus complicaciones.

La experiencia del resultado logrado en nuestra investigación en éste período de tiempo con las estrategias de promoción empleadas tuvo un impacto positivo, por lo que es necesario realizar un marco teorico educativo donde se utilicen como herramientas en el trabajo las acciones de promoción de salud.

CONCLUSIONES

La aplicación de la promoción de salud en las instituciones de la comunidad constribuyó a la formación de promotores en las diferentes etapas de la vida, lo cual dio como resultado cambios de estilos de vida saludables en las familias y comunidad con la disminución de los factores de riesgos que producen la Hipertensión Arterial.

REFERENCIAS

Aguiló, E.; & López, M. (1999). *Actividades Comunitarias desde la Atención Primaria: Descripción, análisis y reflexiones*. In: 1er Encuentro PACAP.

Castellano, J M., Peñalvo, JL., Bansilal, S., & Fuster, V. (2014). Promoción de la salud cardiovascular en tres etapas de la vida: nunca es demasiado pronto, nunca demasiado tarde. *Revista Española de Cardiología, 67*(9), 731-737.

Chobanian, AV., Bakris, GL., Black, HR., Cushman, WC., Green, LA., Izzo Jr, JL., Wright Jr, JT. (2003). *The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure*: the JNC 7 report. *Jama, 289*(19), 2560-2571.

Díaz, J., Ruiz, M., Gea, A., Fernández, A., & Martínez, MÁ. (2018). Relación entre un índice de estilo de vida saludable y el riesgo de enfermedad cardiovascular en la cohorte SUN. *Revista Española de Cardiología, 71*(12), 1001-1009.

Espinola, S., & Armando, J. (2018). *Efecto De Un Programa Educativo Sobre Estilos De Vida Y Presión Arterial En El Adulto Mayor Con Hipertensión Arterial Del Centro De Salud Liberación Social*, Trujillo.

Fernández, RC., Muñoz, García, IA., Cevallos, HD. V., Romo, MA. B., López, DD., López, EE. C., & Montes, P. E. S. (2019). Importancia de la atención integral con enfoque en salud familiar. *Dominio de las Ciencias, 5*(2), 275-297.

García, NC. A., Ayala, M. A. M., Aguirre, A. Á., Rocha, B. L. R., & Perales, M. S. (2018). Estilo de vida, autoeficacia, consumo de alcohol y tabaco en trabajadore*s*/Lifestyle, self-efficacy, alcohol and tobacco consumption among workers. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa, 5*(9).

Gijón, T., Gorostidi, M., Banegas, J., de la Sierra, A., Segura, J., Vinyoles, E., Ruilope, L. (2019). *Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial* (SEH-LELHA) sobre monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) 2019. *Hipertensión y Riesgo Vascular*.

González, LE. (2019). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Rev Cubana Estomatol, 41*(3), 54-61.

López, L. A., & Solar Hormazábal, O. (2017). *Repensar la Carta de Ottawa 30 años después*. In: SciELO Public Health.

Mahfoud, F., Ukena, C., Schmieder, RE., Cremers, B., Rump, LC., Vonend, O., Zeller, T. (2013). *Ambulatory blood pressure changes after renal sympathetic denervation in patients with resistant hypertension*. *Circulation, 128*(2), 132-140.

Nigatu, B.N. (2017). *Cardiovascular Disease Risk Factor Assessment and Lifestyle Adjustments in African Americans*.

Prínce, A., Claro, J., Salaber, I., Alfonso, I., Morales M., García, D., & Acosta, A. (2017). La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. *Revista Médica Electrónica, 39*(4), 987-994.

Suárez Montes, M. (2011). *Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes de 40 a 65 años, en el Subcentro de Salud Reyna del quinche periodo de enero a diciembre del 2008.* Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas,

Usabiaga, AB. (2014). Programa de Promoción de Salud" Educación en pacientes recién diagnosticados de HTA".

PROPUESTA DE ACCIONES DOCENTES Y EXTRADOCENTES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO, EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA

PROPOSAL OF TEACHING AND EXTRADOCENT ACTIONS FOR THE PREVENTION OF UTERINE CERVICAL CANCER IN MEDICAL STUDENT

Lena Alonso Triana (lenaalonso.mtz@infomed.sld.cu)

Enrique Soto Ramírez (lenaalonso.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentra el cáncer cérvico uterino, el cual constituye una de las principales causas de muerte en la actualidad. En los últimos años, la morbilidad de este tipo de cáncer ha influido notablemente en los indicadores de salud y la calidad de vida de la población femenina mundial. Objetivo: diseñar una intervención educativa para la prevención del cáncer cérvico uterino, en estudiantes de primer año de la carrera de Medicina en la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. La investigación es de Desarrollo en Sistema y Servicios de Salud que clasifica como estudio, observacional, descriptivo, transversal. Resultados: la mayoría de los estudiantes reflejan como estado civil solteros o bajo unión consensual, el comienzo de las relaciones sexuales tiene mayor incidencia en edades de 14 a 15. En cuanto a la presencia de factores de riesgo del cáncer cérvico uterino como múltiples compañeros sexuales, uso de tabletas anticonceptivas, presencia del hábito de fumar así como Infecciones de Transmisión Sexual se evidenciaron con cifras más significativas. Conclusiones: los estudiantes presentan riesgo de padecer del cáncer cérvico uterino. Se diseñó la propuesta de acciones para su prevención.

PALABRAS CLAVES: prevención; cáncer cérvico uterino; factores de riesgo.

ABSTRACT

Chronic non communicable diseases include cervical cancer, which is one of the leading causes of death today. In recent years, the morbidity of this type of cancer has significantly influenced the health indicators and the quality of life of the world's female population. Objective: to design an educational intervention for the prevention of cervical cancer, in first-year students of the Medicine career at the University of Medical Sciences of Matanzas. Results: the majority of the students reflect as civil status single or under consensual union, the beginning of the sexual relations has greater incidence in the ages of 14 to 15 years although it is significant the number of adolescents that between the 16 and 17 years that begin sexual relations Regarding the presence of risk factors for cervical cancer as multiple sexual partners, use of contraceptive tablets, presence of smoking as well as sexually transmitted infections were evidenced with more significant figures multiple sexual partners and the use of contraceptive tablets. Conclusions: students are at risk of cervical cancer. The educational intervention proposal was designed.

KEY WORDS: prevention; cervical cancer; risk factor's.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un serio problema de salud para la humanidad. Serra afirma que las mismas "traen consigo impactos físicos, sociales y psicológicos, a la vez que provocan recaídas e incapacidades de consideración, así como cambios patológicos en mucho de los casos irreversibles" (Serra, 2017).

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentra el cáncer cérvico uterino, Villafuerte (2019) refiere que:

> (…) el cáncer de cérvix es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa (Villafuerte, 2019)

Cabrera (2016) refiere que,

> (…) entre las principales causas de muerte en la actualidad, tanto a nivel nacional como internacional, se encuentra esta enfermedad. En los últimos años, la morbilidad de este tipo de cáncer ha influido notablemente en los indicadores de salud y la calidad de vida de la población femenina mundial, afirma que la solución debe sustentarse en la aplicación de medidas organizativas, el conocimiento de la epidemiología de la afección y el perfeccionamiento de los métodos de detección temprana y tratamiento del proceso, todo lo cual reviste una importancia práctica y real (Cabrera, et al., 2016).

Según Hernández (2015)

> (…) el cáncer cérvico uterino es el segundo cáncer más frecuente de distribución mundial que se presenta en la población femenina, con una estimación de 530 232 casos nuevos, de los cuales aproximadamente el 86 % (453 531 casos) se presenta en los países en desarrollo (Hernández, et al., 2015).

La incidencia de esta enfermedad, desde edades cada vez más tempranas, impone la necesidad inminente de promover conocimientos y experiencias sobre la salud, en particular en lo que concierne a la prevención de esta enfermedad, utilizando a las instituciones docentes como agencias socializadoras fundamentales, capaces de promover conductas saludables. Tales intenciones establecen un serio compromiso para los docentes, quienes precisan actuar como importantes mediadores en el proceso de la asimilación y objetivación de estos contenidos socialmente necesarios, los cuales favorecen la integración al contexto social y la participación consciente y saludable en el desarrollo tanto personal como colectivo.

La atención estatal a la salud por parte de las instancias gubernamentales establecidas para dar cumplimiento efectivo a esta importante función social, es parte esencial de la política establecida en la República de Cuba, reflejada en la Carta Magna de la Nación para bien de todos los cubanos. Esta política se ha extendido a otros países latinoamericanos y del mundo, como un verdadero símbolo de internacionalismo, por lo que se requiere de una preparación consecuente de los futuros médicos, quienes deben de estar preparados para ejercer funciones de atención a la salud, tanto en Cuba como en otros países hermanos del mundo.

El Héroe Nacional de la República de Cuba, José Martí consideró que salvarse es prever. Destacando la importancia de llevar a cabo acciones preventivas, el apóstol

afirmó con toda claridad, que: “prever es vencer… en prever está el arte de salvar” (Valdés, 2004:543) La autora asumió, como punto de partida de su investigación, la revisión exhaustiva de documentos oficiales de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, a fin de corroborar la atención que se le ofrece, de esta instancia, a la problemática de salud comunitaria, en particular a todo lo relacionado con el cáncer cérvico uterino.

Como antecedentes de su problema de investigación, los que seguidamente se presentan:

Se pone de manifiesto una inconsistencia marcada en el trabajo de la Cátedra de Educación Sexual de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, sobre la promoción de la salud sexual dirigida al cáncer cérvico uterino, sus causas y consecuencias.

Se manifiesta ausencia de proyectos investigativos dirigidos a profundizar en el cáncer cérvico uterino, en la situación de salud de esta patología a nivel nacional e internacional y en el conocimiento de los modos de vida necesarios para evitar la posible adquisición de esta difícil enfermedad.

Existe una carencia total de proyectos comunitarios por parte del Departamento de Extensión Universitaria de la Universidad, dirigidos a la prevención del cáncer cérvico uterino y a educar a la población estudiantil y comunitaria en ese sentido.

Lo expresado genera una contradicción entre las exigencias actuales del Ministerio de Salud Pública acerca de la prevención de los tumores malignos en el país y en la provincia de Matanzas y las dificultades para enfrentar, desde el punto de vista educacional, la puesta en marcha de acciones coordinadas concretas, dirigidas a garantizar comportamientos adecuados para alcanzar una mejor calidad de vida en la población, en particular en lo concerniente a la prevención del cáncer cérvico uterino.

El objetivo trazado por la autora estuvo encaminado a elaborar una estrategia educativa para la prevención del cáncer cérvico uterino en estudiantes de primer año de la Carrera de Medicina en la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Según Casañas (2012) el enfoque marxista, desde la perspectiva de la filosofía de la educación, sienta las bases para emprender una profunda reflexión sobre el fenómeno educacional, cuestión esencial para asumir una labor que se sustente y desarrolle en términos de una verdadera concepción del mundo. Ello requiere, además, de que el proceso educativo en cuestión se corresponda, objetivamente, con las peculiaridades del momento histórico en el cual se contextualiza.

Lo anterior precisa la importancia de los contextos educativos, siendo de especial interés el sistema de influencias que dimana de dicho contexto, lo que se corresponde con la visión vigotskiana denominada “situación social del desarrollo”, la cual se sume en la presente investigación.

En correspondencia con lo expresado, se hace necesario la disponibilidad de toda una fundamentación que, desde el punto de vista teórico, propenda a un accionar cotidiano que se sustente, científicamente, con el fin de lograr alcanzar resultados positivos que se vinculen a conductas sexuales verdaderamente responsables.

Los tumores malignos constituyen un problema de salud a nivel mundial y ocupan la segunda causa de muerte en Cuba. Solo en 2017 se reportaron en el país 25 194 defunciones por esta causa, mientras que en 2016 fallecieron un total de 24 345 personas. En la provincia de Matanzas, durante el mismo año 2017, el número de defunciones producto de tumoraciones de esta naturaleza, alcanzó la cifra de 1 707. (Anuario Estadístico de Salud, 2017).

Según estudios epidemiológicos realizados por Cordero y García (2015), el cáncer cérvico uterino ocupa el segundo lugar de muertes en el sexo femenino, frecuencia establecida a nivel mundial con más de 500,000 casos cada año. Según este autor, el 75% de los diagnósticos corresponden a países en vías de desarrollo, donde llega a representar entre el 20 y el 30% de los cánceres femeninos. Sánchez, et al., (2017) afirma que el cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres de todo el mundo. En el contexto mundial, las tasas de incidencia y mortalidad por CCU son respectivamente de 15,2 y 7,8 por 100 000 mujeres. En las regiones en desarrollo representa 13% de todos los casos nuevos de cáncer de causa ginecológica, aproximadamente 17,54% de todos los casos nuevos de cáncer en mujeres. Capote, et al., (2017) entiende por factores de riesgo, aquel elemento que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad como el cáncer, planteando la existencia de patrones de comportamientos de riesgo, que está dado por la sumatoria de conductas no saludables.

Descripción de materiales y métodos de investigación utilizados

Se realizó una Investigación de Desarrollo que clasifica como un estudio observacional, descriptivo, transversal, que se inserta en el Programa Ramal Enfermedades Crónicas no Transmisibles, en estudiantes de primer año de la carrera de Medicina en la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, durante el período septiembre 2017-mayo 2018. El objetivo de la investigación estuvo dirigido a: diseñar una intervención educativa para incrementar conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer cérvico uterino.

El universo de estudio representado por 720 estudiantes que cursaban el primer año de la carrera de medicina, se seleccionó la muestra representada por 246 estudiantes esta fue seleccionada por muestreo simple aleatorio. Se escoge la 3ra parte del universo y se procede a seleccionar al azar por sorteo el # 3 de una relación nominal de estudiantes y a partir de ello se obtiene la muestra a estudiar.

Como técnica de obtención de información directa se seleccionó encuestas. Las variables utilizadas fueron: estado civil, edad de inicio de las relaciones sexuales, la presencia de múltiples compañeros sexuales, uso de tabletas anticonceptivas, presencia del hábito de fumar así como la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

La encuesta contó con 7 preguntas, de ellas cerradas 5, de selección de alternativas y abiertas 2. Se elaboró la escala para medir los conocimientos.

La encuesta fue aplicada en las aulas de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Para el análisis de los resultados se utilizaron los métodos de la estadística descriptiva como las frecuencias absolutas y relativas. Los resultados fueron procesados con el empleo de una Pentium IV con ambiente de Windows XP. Los textos y tablas se procesaron con Word XP. Los resultados de la investigación son presentados en tablas estadísticas.

Aspectos éticos: se consultaron los principios de la declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial y el Código Internacional de Ética Médica. Los principios básicos de la Asociación Médica Mundial para la investigación biomédica son tomadas en cuenta. La información obtenida solo se rebelará en el gremio científico respetando la compartimentación.

Resultados alcanzados

En la tabla 1 se presenta la distribución de estudiantes según estado civil, se observa una mayor incidencia de solteros que representa el 58.13%.

Tabla 1. Distribución de estudiantes de primer año de la carrera de medicina de acuerdo a estado civil. Matanzas. 2017.

Estado Civil	No	%
Casado	--	--
Soltero	143	58.13
Unión Consensual	103	41.86
Total	246	100

Al analizar la tabla 2 se observa que la edad de comienzo de las relaciones sexuales tiene mayor incidencia en las edades de 14 a 15 años con el 60.16% aunque es significativa la cifra de adolescentes que entre los 16 y 17 años inician las relaciones sexuales.

Tabla 2. Distribución de estudiantes según edad de inicio de las relaciones sexuales.

Edad de inicio de las primeras relaciones sexuales	No	%
13 años o menos	10	4.0
14 – 15 anos	148	60.16
16-17 anos	72	29.26
18	16	6. 50
Total	246	100

En la tabla 3 se analizó la presencia de los factores de riesgo del cáncer cérvico uterino como múltiples compañeros sexuales, uso de tabletas anticonceptivas, presencia del hábito de fumar así como infecciones de transmisión sexual (ITS) las cuales adquieren especial significación ante la incidencia de cáncer cérvico uterino las que se evidenciaron con cifras más significativas fueron los múltiples compañeros sexuales y el uso de tabletas anticonceptivas en las féminas.

Tabla 3. Presencia de algunos de los factores de riesgo del cáncer cérvico uterino en estudiantes de primer de la Carrera de Medicina.

Factores de Riesgo del CCU	No	%
Múltiples compañeros sexuales	157	63.82
Uso de tabletas anticonceptivas	97	39.43
Hábito de fumar	68	27.64
Infecciones de transmisión sexual	10	4.06
Total	246	100

Se presenta en la tabla 4 la distribución de motivos que impulsaron al inicio de las relaciones sexuales, se destacan los motivos de experimentar sensaciones nuevas con el 39.02 %, el hecho de complacer a la pareja el 31.70 % y la presión grupal el con el 23.98% respectivamente, es decir que son varios los motivos expresados por los pacientes encuestados, donde solo 5.28% responde a una búsqueda de placer.

Tabla 4. Distribución de motivos para el inicio de las relaciones sexuales.

Motivos para el inicio de las relaciones sexuales	No	%
Búsqueda de placer y relación íntima con la pareja.	13	5.28
Complacer a mi pareja.	78	31.70
Presión grupal	59	23.98
Experimentar sensaciones nuevas	96	39.02
Total	246	100

En correspondencia con lo expresado, se presenta como resultado principal de esta investigación, un conjunto de acciones, extradocentes y de extensión universitaria (extensionistas), dirigidas a la prevención del cáncer cérvico uterino en estudiantes de

primer año de la Carrera de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

El sentido educativo de la estrategia elaborada por la autora de esta investigación, se corresponde con las características y el contexto de implementación de la misma.

Objetivo general: aportar a los estudiantes de primer año de la Carrera de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas los elementos teóricos que les permita modificar sus modos de actuación y cambiar estilos de vida, contribuyendo así a la prevención del cáncer cérvico uterino.

Planificación estratégica

Acción No. 1.Título de la acción. Caracterización de la etapa de desarrollo en la que se encuentran los estudiantes de primer año de la Carrera de Medicina y su relación con los factores de riesgo y prevención del cáncer cérvico uterino.

Acción No. 2.Título de la acción. El uso del condón y los anticonceptivos orales: su vínculo con el cáncer cérvico uterino.

Acción No. 3.Título de la acción. El hábito de fumar y su relación con el cáncer cérvico uterino.

Acción No. 4. Título de la acción. La Radio Base Universitaria combatiendo el cáncer cérvico uterino.

Acción No. 5.Título de la acción: La Cátedra de Educación Sexual y el cáncer cérvico uterino.

Acción No. 6.Título de la acción: Las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones promoviendo conductas sexuales responsables.

Acción No. 7.Título de la acción. Debate sobre la película BangGang que trata la sexualidad, y las prácticas sexuales de riesgo.

CONCLUSIONES

La investigación arrojó como resultado que en su mayoría son solteros y la edad de comienzo de las relaciones sexuales tiene mayor incidencia a los 14 y 15 años, mostrando cifras significativas los factores de riesgo múltiples compañeros sexuales y el uso de tabletas anticonceptivas en las féminas. La distribución de motivos que impulsaron al inicio de las relaciones sexuales, se destacan los motivos de experimentar sensaciones nuevas el hecho de complacer a la pareja y la presión grupal respectivamente. Lo que muestra necesidades de aprendizaje en la población estudiada. Se diseñó una estrategia de intervención educativa para la prevención del cáncer cérvico uterino en el grupo estudiado.

REFERENCIAS

Capote, A., Ciria, A., García, AJ., y Pérez, JS. (2017) *Necesidades educativas sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de La Habana*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662017000200004 2155

Casañas, M. (2012) *La Filosofía de la Educación desde una Perspectiva Latinoamericana y Caribeña.* Versión modificada para una tercera edición. Matanzas, Cuba. 1era Caracas, Venezuela: Edición Universidad Bolivariana de Venezuela.

Cabrera,II., Ortiz, y., Suárez,YL., Socarrás,R., y Vázquez,N. (2016) Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. *Multimed. Revista Médica. Granma. 20* 5) septiembre-octubre. Version ON-LINE: ISSN 1028-4818. RPNS-1853

Cordero, J., y García, M. (2015) Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. *Revista de Ciencias Médicas. La Habana. V. 21*(2).p.357 – 370. Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?as_ylo=2015&q=factores+de+riesgo+del+c%C3%A1ncer+cervicouterino&hl=es&as_sdt=0,5#d=gs_qabs&u=%23p%3D4UXFiSRfzbAJ

Hernández, D., Apresa, T., y Patlán, R. (2015) Panorama epidemiológico del cáncer cérvico uterino. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 53*(2) p. S154-S161ISSN: 0443-5117. Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?as_ylo=2015&q=factores+de+riesgo+del+c%C3%A1ncer+cervicouterino&hl=es&as_sdt=0,5#d=gs_qabs&u=%23p%3Dk-Kar9SAAbQJ

MINSAP. *Anuario estadístico de salud*. (2017) *Dirección Nacional de Registros médicos y estadísticas de salud.* La Habana.

Montero, Y., Ramón, R., Valverde, C., Escobedo, FE., y Hodelín, E. (2018) Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervico uterino. *MEDISAN 2018; 22*(5):531. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192018000500010&lng=es&nrm=iso

Sánchez, IR., Hernández, SM., Rodríguez, I., Vázquez, I., y López, M. (2017) *Comportamiento de la mortalidad por cáncer cérvico uterino en el municipio de Rafael Freyre*: 1997-2014.*Correo Científico Médico de Holguín.* ISSN 1560-4381CCM (4). Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000400009&lng=es&nrm=iso

Serra, MA., Landrian, A., y Medel, M. (2017) Cáncer cérvico uterino: diagnóstico tardío. Presentación de un caso. *Revista Finlay. Finlay 7*(1). Cienfuegos ene – mar. Presentación de Caso. Versión On-line ISSN 2221 – 2434

Valdés, R**.** (2004) *Diccionario del pensamiento martiano*. La Habana: Ciencias Sociales.p.543.

Villafuerte, J., Hernández, Y., Ayala, Z. Naranjo, L., González, J., y Brito, M., (2019) Aspectos bioquímicos y factores de riesgo asociados con el cáncer cérvico uterino. *Revista Finlay [revista en Internet]. [Citado 2019 Sep 3]; 9*(2) p.8: Recuperado de: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/635

PROPUESTA DE UN SISTEMA DE ACTIVIDADES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

PROPOSAL FOR A SYSTEM OF ACTIVITIES FOR THE PREVENTION OF ALLERGIC DISEASES IN PRIMARY CARE

Orayne Ekatherina Ricardo Alonso orayne.mtz@infomed.sld.cu

Miriela Hernández Fernández miriela.mtz@infomed.sld.cu

María Beatriz Rodríguez Sánchez alergiaprov.mtz@ifomed.sld.cu

RESUMEN

Las enfermedades alérgicas presentan un impacto significativo en la calidad de vida de los niños y los adolescentes, y son causa de ausentismo, deficiencia en el rendimiento escolar, en la inclusión social y constituyen un problema de salud. El presente trabajo tiene como **objetivo** proponer un sistema de actividades de superación que contribuyan al perfeccionamiento de la calidad en la atención de los pacientes alérgicos y la prevención de estas enfermedades por los Especialistas en Medicina General Integral en el Municipio de Matanzas. En la **metodología** se aplicó un dinámica grupal con la participación de los miembros del servicio de Alergología del Municipio Matanzas. Se aplicaron procedimientos analítico-sintético e inductivo-deductivo y se elaboraron generalizaciones de utilidad. De los resultados obtenidos, se elaboró una propuesta de actividades para el mejoramiento de este problema que influye en el adecuado seguimiento y evolución de los pacientes con enfermedades alérgicas.

PALABRAS CLAVES: prevención, enfermedades alérgicas.

ABSTRACT

Allergic diseases have a significant impact on the quality of life of children and adolescents, and cause absenteeism, deficiency in school performance, social inclusion and constitute a health problem. The purpose of this work is to propose a system of activities that contribute to the improvement of the quality of care for allergic patients and the prevention of these diseases by trainining Specialists in General Medicine in the Municipality of Matanzas. In the methodology, a group dynamic was applied with the participation of the members of the service of Allergology of the Municipality of Matanzas. Analytical-synthetic and inductive-deductive procedures were applied and utility generalizations were developed. From the results obtained, a proposal of activities for the improvement of this problem that influences the adequate follow-up and evolution of patients with allergic diseases was developed.

KEY WORDS: prevention, allergic diseases.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades alérgicas presentan un impacto significativo en la calidad de vida de los niños y los adolescentes, y son causa de ausentismo, deficiencia en el rendimiento escolar y en la inclusión social. Son un problema de salud pública por la elevada prevalencia y los gastos en salud que determinan; representan un tercio de las enfermedades crónicas en pediatría. Uno de cada cinco niños manifiesta una enfermedad alérgica en la edad escolar, según Urrutia (2016)

Hay proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que estiman la posibilidad de que una de cada dos personas, es decir, el 50% de la población mundial, tenga alguna enfermedad alérgica para el año 2050. Constituyen uno de los problemas de salud más frecuentes en la Atención Primaria de Salud en Cuba y motivo de consulta incrementada en los últimos años en la atención especializada de los servicios de Alergología en el país.

Han sido orientados programas nacionales para algunas de estas enfermedades, como es el caso del asma, que frecuentemente se asocia a la presencia de rinitis, y otras manifestaciones de atopia en otros órganos como la piel. Así,

> (…) Las manifestaciones clínicas de los procesos alérgicos son variadas y pueden ser exteriorizadas también como urticaria, angioedema, dermatitis atópica, alergias a los alimentos e incluso choque anafiláctico. Aunque hay mucha información sobre la gestión de las alergias, la evidencia sobre el cuidado y las medidas preventivas para estas enfermedades son insuficientes (Urrutia, 2016)

Ha sido de gran interés en la política de salud del Ministerio en Cuba, las acciones de prevención y promoción para garantizar los estándares adecuados en la población, para lo cual se requiere el desarrollo de acciones vinculadas a las condiciones ambientales y a los factores de riesgo que se relacionan con el desencadenamiento de estas afecciones.

Para el logro de este objetivo, la responsabilidad del sector de la salud es fundamental pero debe ser compartida con la comunidad, la familia, la escuela y demás factores de la sociedad, donde se desarrolla la vida del niño. Algunos factores etiológicos y de riesgo de estas enfermedades, pueden ser potencialmente modificados con estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria.

En la actividad asistencial se ha identificado insuficiente orientación de las medidas que deben ser cumplidas por los pacientes alérgicos y sus familiares. Esta situación se ha manifestado en los casos que llegan a las consultas de Alergología con desconocimiento de información especializada para la prevención y el manejo de su enfermedad a corto y largo plazo, lo que trae como consecuencia las recidivas y complicaciones en la evolución de las enfermedades en ocasiones, aspecto que ha sido reportado por otros autores. De la Vega, Pérez, Castillo, Iriarte, Fabré (2015). Es criterio de las autoras que se hace necesario un diagnóstico de los factores que inciden en este problema, donde la comunicación médico paciente y la actualización del facultativo se imponen para un mejor conocimiento de las medidas preventivas que permitan revertir la creciente prevalencia de estas enfermedades en la infancia.

El presente trabajo tiene como objetivo proponer un sistema de actividades de superación que contribuyan al perfeccionamiento de la calidad en la atención de los pacientes alérgicos y la prevención de estas enfermedades por los Especialistas en Medicina General Integral en el Municipio de Matanzas.

Enfermedades alérgicas como problema de salud

Las enfermedades alérgicas surgen de la interacción de factores genéticos y factores ambientales. (Castro, Krause, Uauy, Casanello (2016), Reyes, Orive (2018). Dicha interacción, que provocará la sensibilización atópica y posteriormente el desarrollo de las distintas enfermedades, comienza en la vida fetal intrauterina, siendo clave el

primer, y tal vez el segundo año de vida. Se describen diversas estrategias de prevención primaria para evitar la sensibilización, entre las que se destacan, el control ambiental para evitar o disminuir el contacto a diversos aeroalérgenos interiores, la manipulación en la dieta fomentando lactancia materna exclusiva hasta los 4 a 6 meses, utilizando en niños de riesgo, fórmulas hidrolizadas como suplemento, evitar el tabaquismo en la embarazada y el pasivo en los niños pequeños. Entre las estrategias en la prevención secundaria, que se refiere a evitar el desarrollo de una enfermedad alérgica después de la sensibilización, se destacan nuevamente el control ambiental, la inmunoterapia con alérgenos y la farmacoterapia (antihistamínicos). Bacigaluppi (2008)

Esto hace necesaria la elaboración de estrategias que lleven a la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades alérgicas, a través de medidas de prevención tanto primaria como secundaria, incluso terciaria.

Niveles de prevención

Las medidas de prevención deben dirigirse a los pacientes de alto riesgo, definidos como individuos que presentan un antecedente alérgico familiar de primer grado.

Hay tres posibilidades de intervención en la prevención de las enfermedades alérgicas:

- Prevención primaria: que inhibe o bloquea la sensibilización inmunológica (o sea antes de la aparición de IgE específica). Incluye intervenciones perinatales para implementar antes de cualquier evidencia de sensibilización atópica.
- Prevención secundaria: que evita el desarrollo o expresión de una enfermedad alérgica después de la sensibilización. Deben llevarse a cabo en los primeros años de la vida.
- Prevención terciaria: que inhibe o reduce los síntomas luego de la expresión de la enfermedad (tratamiento)

Es importante destacar que el médico de familia en la Atención Primaria puede llegar a abordar los tres niveles de prevención, excepto los casos que necesitaran terapias específicas de la Alergología. Por tal motivo, se considera necesario mantener una atención sistemática a la actualización en estos temas a los médicos especialistas en MGI.

La capacitación a los profesionales de la salud estaría encaminada a los siguientes objetivos:

- Disminuir la incidencia de sensibilización y de enfermedades alérgicas.
- Reducir el desarrollo de nuevas manifestaciones de atopia en individuos previamente enfermos.
- Disminuir la gravedad y proporción de pacientes graves.
- Mejorar la calidad de vida.

Para lograr estos objetivos, es necesario dirigir las acciones hacia los factores de riesgo modificables en la población vulnerable, dentro de los que se encuentran los medioambientales, los higiénico dietéticos, farmacológicos y los psicosociales, que son

los que pueden dar mayores posibilidades de intervención por parte de los MGI, por sus relaciones más cercanas con el paciente y su entorno familiar.

Medidas de prevención medioambientales

Uno de los factores responsables de la mayor prevalencia de enfermedades alérgicas es el aumento de la contaminación ambiental.

Humo del tabaco

La exposición al humo del tabaco durante el embarazo y en los primeros años de vida tiene impacto sobre la morbilidad respiratoria y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de asma y otras enfermedades alérgicas. La exposición posnatal inmediata se asocia con sibilancias en lactantes y aumento de la prevalencia de asma, independientemente del efecto de la exposición durante la gestación. La evitación del humo del tabaco es imperativa en los tres niveles de prevención. Se sugiere no fumar y evitar su exposición durante el embarazo y en la infancia con la mayor fuerza de recomendación.

Control ambiental de ácaros del polvo doméstico

La reducción de la exposición a alérgenos del medioambiente hogareño incluye estrategias, como uso de fundas impermeables a alérgenos para colchones y almohadas, remoción y/o lavado de peluches, medidas para controlar los hongos ambientales del interior, evitación de los animales domésticos y erradicación de cucarachas. Existen controversias acerca de la eficacia de las medidas de evitación de ácaros en la prevención primaria y secundaria. Los estudios intervencionistas también arrojaron resultados diferentes, e incluso contradictorios, con aumento de la sensibilización a pesar de las medidas de reducción de la exposición. En la prevención terciaria, el control de ácaros y alergenos de cucarachas redujo significativamente la morbilidad del asma. Saranz (2016), Solís, Acuña Rojas, López, Meléndez (2017).

Medidas de prevención higiénico dietéticas

Es bien conocido el potencial efecto sensibilizante de algunos alimentos y el posterior rol causal en el desarrollo de una enfermedad alérgica. El comienzo de las manifestaciones alérgicas es usualmente durante la primera infancia. Por lo tanto, los esfuerzos en la prevención primaria deben comenzar enseguida después del nacimiento o preferentemente durante el embarazo. Luz y Silva (2019)

Lactancia materna

Los estudios que evalúan el rol de la lactancia en la prevención de enfermedades alérgicas son de difícil interpretación porque sus resultados son contradictorios. La lactancia materna constituye el método preferido de alimentación infantil en la mayoría de los casos por sus beneficios nutricionales, inmunológicos y psicológicos. Se acepta universalmente que la lactancia materna crea un vínculo afectivo, emocional y psicológico muy benéfico entre la madre y el bebé. En cambio, no hay acuerdo sobre el efecto preventivo de la lactancia materna en el desarrollo de enfermedad alérgica. La mayoría de los investigadores afirma que la lactancia materna protege contra la alergia, pero otros no encuentran dicha propiedad o sugieren que los lactantes alimentados con leche de madre pueden aumentar el riesgo de padecer alergia. Actualmente se

recomienda lactancia materna exclusiva los primeros cuatro a seis meses en los lactantes de alto riesgo de padecer enfermedades alérgicas. Si se requiere suplemento, se aconseja utilizar fórmulas hipoalergénicas comprobadas (proteicas extensivamente hidrolizadas). (Saranz, 2016)

Vitaminas y suplementos dietarios

Su interés como factores protectores para el desarrollo de alergias está en aumento, debido a que su administración se considera no invasiva y de bajo riesgo.

Dieta materna durante el embarazo y la lactancia

No es necesaria una dieta de restricción de alérgenos alimentarios para embarazadas y madres en etapa de amamantamiento. Solo debieran evitarse aquellos alimentos que hubieren ocasionado reacciones alérgicas comprobadas en la madre. Bacigaluppi (2008) Otros estudios muestran resultados diferentes, por lo que hay variedad de información disponible sobre si una dieta saludable en la gestante minimiza específicamente el riesgo del neonato de padecer alergias futuras. (Cervantes, Guillén, Aguinaga, 2018).

Factores psicosociales

Los estudios observacionales han identificado una asociación del estrés y la depresión con las enfermedades alérgicas mal controladas. El estrés se asocia con una mayor prevalencia y con el riesgo de exacerbaciones en niños con acontecimientos vitales negativos. A la inversa, las enfermedades alérgicas pueden influir en las adaptaciones psicosociales en el hogar y la escuela. Los niños alérgicos tienen un grado significativamente mayor de trastornos de ansiedad, menor autoestima, mayor alteración funcional, más problemas escolares y estrés intrafamiliar. Puede haber factores psicosociales implicados, como el conflicto entre la familia y el personal médico, un autocuidado inapropiado, síntomas depresivos, problemas conductuales y menosprecio de los síntomas. El estado mental de los progenitores es un factor predictivo de la morbilidad, hospitalizaciones y mal cumplimiento terapéutico en niños con alergias. (Robyn, O'Hehir, Stephen, Holgate (2016), Ricardo, OE (2017).

Medidas de prevención farmacológico

La mayor parte de las medidas farmacológicas han sido asignadas a la prevención secundaria y terciaria.

Intervención inmunológica

Inmunoterapia alérgeno específica

La inmunoterapia alérgeno específica subcutánea (ITSC) y sublingual (ITSL), utilizadas en el tratamiento de la alergia, constituye un manejo específico de la especialidad de Alergología.

Algunos autores sostienen que sólo intervenciones múltiples a la vez (multifacéticas) podrían ser exitosas. Otros autores consideran importante, que el recién nacido de riesgo sea expuesto tempranamente a agentes microbianos, pues esto favorecería una estimulación temprana de la flora intestinal, con el consiguiente efecto de ordenar la maduración de epitelios desde el punto de vista de la inmunidad. El hecho de

pertenecer a una familia numerosa también pareciera ser un efecto protector por el hecho de la transmisión de infecciones en los más pequeños.(Teoría Higienista) (Robyn, O'Hehir, Stephen T. Holgate (2016), De la Vega, Pazitkov, Pérez, Castillo, Fabré , 2015)

Metodología

Se aplicó un dinámica grupal con la participación de los miembros del servicio de Alergología del Municipio Matanzas (Lluvia de ideas) con el objetivo de registrar, de acuerdo a la experiencia de cada especialista en su trabajo asistencial, las dificultades más frecuentes que presentaban los pacientes que venían remitidos o espontáneamente a interconsulta, provenientes del área de salud, así como una valoración de las orientaciones recibidas por parte de los médicos de familia que permitieran una prevención de tipo primaria, secundaria o terciaria de su enfermedad. Se aplicaron procedimientos analítico-sintético e inductivo-deductivo para la obtención de un conocimiento más preciso de las características particulares del objeto de estudio, a partir del cual se pudieran elaborar generalizaciones de utilidad para responder a la interrogante central planteada anteriormente. Una vez identificadas las dificultades, se aplicó una escala de Lickert a los especialistas del servicio, como técnica de medición de la opinión. La información obtenida por esta técnica, después de analizada por los investigadores, se sometió a un proceso de contrastación y las valoraciones reportadas en la literatura. Se utilizó el análisis documental que fundamentó teórica y metodológicamente este trabajo. De los resultados obtenidos, se elaboró una propuesta de actividades para el mejoramiento de este problema que influye en el adecuado seguimiento y evolución de los pacientes con enfermedades alérgicos.

Los resultados de estos análisis fueron los siguientes:

Propuesta de un sistema de actividades para favorecer la prevención de las enfermedades alérgicas en la Atención Primaria de Salud

No. 1. Título de la actividad. Nivel de conocimiento que poseen los Especialistas de MGI sobre los factores de riesgo de las enfermedades alérgicas, manejo del tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

Objetivo. Explorar el nivel de conocimientos que poseen los Especialistas de MGI sobre estos aspectos.

Explicación necesaria: Se realizará una encuesta para el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje de los factores de riego modificables y las orientaciones que son emitidas a los pacientes para su prevención, valorando la calidad de la información en los aspectos mencionados para el nivel de atención primaria.

No 2. Título de la actividad. Caracterización del desarrollo de la evolución de las enfermedades alérgicas de los pacientes de los consultorios, siguiendo los criterios clínicos.

Objetivo. Caracterizar mediante la dispensarización de una muestra de pacientes con enfermedades alérgicas el comportamiento preventivo para evitar la enfermedad.

Explicación necesaria: Se realizará una clasificación de las principales medidas orientadas a los pacientes y sus familiares para la prevención de las enfermedades alérgicas que los afectan tomando en consideración los factores de riesgos presentes, la interrelación entre ellos y la especificidad de cada caso.

No 3. Título de la actividad. Elaboración de un programa de entrenamiento para los Especialistas en MGI que aborde la actualización en los contenidos de la Alergología para la prevención, en relación con los factores de riesgo modificables a nivel primario en el manejo de estos pacientes.

Objetivo: Ejecutar acciones capacitantes a los médicos en los contenidos con un enfoque actualizado para el manejo de los pacientes con enfermedades alérgicas.

Explicación necesaria: En este entrenamiento se incluirán contenidos actualizados relacionados con las medidas de prevención medioambientales, higiénico dietéticas, farmacológicas y factores psicosociales, adaptados al nivel de atención primaria para los tres niveles de prevención y a las necesidades diagnosticadas en la actividad No 1.

No 4. Título de la actividad. Medidas de control medioambiental.

Objetivo: Capacitar en las medidas de control medioambiental.

Explicación necesaria. Se argumentará sobre la importancia de la evitación de los aeroalérgenos (ácaros, hongos, mascotas y cucarachas) desde la primera infancia, del humo del cigarro, de la contaminación ambiental, de las sustancias irritantes, vinculándolo con la etiopatogenia de estas enfermedades alérgicas.

No 5. Título de la actividad: Medidas de control higiénico dietético

Objetivo: Capacitar en las medidas de control higiénico dietético

Explicación necesaria: Se abordará la importancia de la lactancia materna exclusiva, actualizando sobre las tendencias actuales divergentes sobre la dieta de la embarazada y la madre que está lactando.

No 6. Título de la actividad: Medidas de control farmacológico.

Objetivo: Capacitar en las medidas de control farmacológico.

Explicación necesaria: Se debatirán el manejo del paciente alérgico en su tratamiento a corto y largo plazo, el empleo de las herramientas y aparatos utilizados en el tratamiento de sostén de las enfermedades alérgicas, el uso de antihistamínicos y otros medicamentos, así como las explicaciones de la técnica de empleo.

No 7. Título de la actividad: Medidas de prevención psicosocial.

Objetivo: Orientar sobre el impacto de la buena relación médico paciente en el seguimiento y cumplimiento del tratamiento por parte de los familiares.

Explicación necesaria: Argumentar acerca de la necesidad de explicar al paciente su enfermedad para logra una actitud participativa y de identificación de los factores desencadenante y exacerbantes de su enfermedad. Ofrecer herramientas para su estabilidad emocional que ayuden a controlar la ansiedad, la inseguridad, la afectación de la autoestima, así como en la importancia del cuidado del ambiente familiar, evitando conflictos que afecten al paciente.

Forma de evaluación: Se podrá medir el nivel de satisfacción de las actividades propuestas una vez que se realicen en la atención primaria, a través de la aplicación de una técnica participativa que recoja lo positivo, negativo e interesante de la experiencia y a través de un cuestionario que evalúe el impacto en el nivel de conocimiento y competencia alcanzado una vez concluya la intervención.

CONCLUSIONES

Un mayor entendimiento de los factores genéticos y ambientales que condicionan las enfermedades alérgicas y una mejor identificación de niños con riesgo alérgico antes de que ocurra la sensibilización o los primeros síntomas permitirá optimizar el uso de las medidas preventivas para revertir la tendencia epidemiológica creciente experimentada en las últimas décadas en este grupo de enfermedades.

REFERENCIAS

Bacigaluppi JF (2008). Algunos aspectos de la prevención primaria y secundaria en alergia y asma. *Rev. Asoc. Méd*. Argent, 121(4), 16-24 (Consultado en: Julio 2018)

Castro J.A.; Krause BJ.; Uauy R.; Casanello P. (2016) Epigenética en enfermedades alérgica y Asma. *Revista Chilena de Pediatría*. 87(2): 88-95.Recuperado de: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410616000577. (Consultado en: 2017)

Cervantes, K.; Guillén, F.; Aguinaga (2018) *Alimentación materna y desarrollo de alergias en menores de 6 y 7 años*. Salud Uninorte. Barranquilla (Col); 34 (1): 67-74 Recuperado en: https://search.proquest.com/openview/8278d4178b71afba99e25cacc21f4167/1?cbl=2027436&pq-origsite=gscholar (Consultado en 2019)

De la Vega T.; Pérez, VT.; Castillo, L.; Fabré,; Ortiz (2015) Necesidades de aprendizaje sobre el asma bronquial de los especialistas de Medicina General Integral *Educación Médica Superior*, 29(4):706-717 Recuperado en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64804(Consultado en: 2018)

Reyes, E.; Orive, NM (2018). La epigenética, perspectiva en la prevención y terapéutica de las enfermedades comunes. *Revista Electrónica* Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta *43(5). Recuperado en:* http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1366 *(Consultado en 2019*

Luz, AM. (2019) La introducción alimentaria precoz y el riesgo de alergias; revisión de la literatura. *Revista trimestral electrónica de Enfermería*. 54(11) Recuperado en: https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/72379 (Consultado en 2019)

Saranz, RJ. (2016) Prevención de las enfermedades alérgicas en la infancia: entre la teoría y la realidad. *Arch Argent Pediatr*,114 (3):277-287 / 277. Recuperado de: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n3a29.pdf (Consultado en: 2019)

Solís, L.; Acuña, R.; López, Meléndez, G. (2017). La consejería de enfermería disminuye la sintomatología y recaídas en pacientes pediátricos con rinitis alérgicas. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, *74*(5), 349-356. Recuperado en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-114 (Consultado en 2019)

Ricardo, OE. (2017) *Factores de riesgo de la dermatitis atópica en pacientes de la consulta municipal de alergia en matanzas. 2016-2017*. Tesis en opción al título académico de Especialista de Alergología. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Robyn E.; O'Hehir, Stephen T. Holgate (2016) *Asma*. En: Middleton. Alergología esencial. (Eds.) Elsevier ISBN: 978-84-9113-108-3 Tratamiento del asma. pp (185-95) España.

Urrutia, M. (2016) El niño alérgico en la escuela. ¿Qué es lo que se necesita saber? *Revista Alergia Mexicana*, 63(3):283-292Recuperado en: https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755025001.pdf (Consultado en 2018)

RESULTADOS ALCANZADOS CON LA APLICACIÓN DE LA ESTOMATOLOGÍA INTEGRATIVA EN TRATAMIENTO DE NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

RESULTS ACHIEVED WITH THE APPLICATION OF INTEGRATIVE STOMATOLOGY IN THE TREATMENT OF TRIGEMINAL NEURALGIA

María Isabel Garay Crespo (mtz0116@infomed.sld.cu)

Guillermo L. Prado González (cprado1965@gmail.com)

Lianne Laura de León Ramírez (liannelaura@nauta.cu)

RESUMEN

La neuralgia trigeminal es la causa neurológica más frecuente de dolor facial, caracterizado por episodios de dolor intenso, paroxísticos y lancinantes en la cara. Objetivo: presentar los resultados alcanzados con la aplicación de la Estomatología Integrativa en el tratamiento de la neuralgia del trigémino. Presentación del caso: paciente femenina de 83 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulinodependiente controlada y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diagnóstico previo de neuralgia trigeminal (NT) hace 12 años, inició tratamiento con fármaco de elección que no eliminó dolor, deciden tratamiento quirúrgico, evolución favorable con resolución inmediata del dolor y complementado con 400 mg/día de carbamacepina. A través de la Estomatología Integrativa se evoluciona con resultados satisfactorios. Conclusiones: Readaptación témporo espacial de la cronicidad del tejido en la Estomatología Integrativa como práctica médica es una opción clínico terapéutica en los pacientes que padecen neuralgia trigeminal en el control del dolor y la reparación tisular.

PALABRAS CLAVES: neuralgia del trigémino, Estomatología Integrativa, neuralgia.

ABSTRACT

Trigeminal neuralgia is the most frequent neurological cause of facial pain, characterized by episodes of intense, paroxysmal and lancinating pain in the face.Objective: To present the results achieved with the application of Integrative Stomatology in the treatment of trigeminal neuralgia. Development: A 83-year-old female patient with a history of arterial hypertension, controlled insulin-dependent diabetes mellitus and chronic obstructive pulmonary disease (COPD), previous diagnosis of trigeminal neuralgia (NT) 12 years ago, started treatment with a drug of choice that did not eliminate pain, decide surgical treatment, favorable evolution with immediate resolution of pain and supplemented with 400 mg / day of Carbamazepine. Through Integrative Stomatology, it evolves with satisfactory results. Conclusions: spatial temporary adaptation of tissue chronicity in Integrative Stomatology as a medical practice is a therapeutic clinical option in patients suffering from trigeminal neuralgia in pain control and tissue repair.

KEY WORDS: trigeminal neuralgia, Integrative Stomatology, neuralgia.

INTRODUCCIÓN

La neuralgia trigeminal (NT) es bien conocida desde épocas muy antiguas, es la más común de las neuralgias de los nervios craneales. Durante años se experimentaron disímiles maneras de aliviarla que abarcan desde el tratamiento farmacológico, los bloqueos periféricos, las secciones de ramas periféricas, el tratamiento quirúrgico intracraneal, hasta la radiocirugía. (Abarca et al, 2011)

Es quizás el dolor agudo más intenso conocido. Presenta una prevalencia de 3 a 5 por cada 100,000 individuos y se expresa como un dolor facial de carácter paroxístico, recurrente, de aproximadamente 2 a 10 segundos de duración, con característica de "toque o corrienteeléctrica" que se localiza en una o más de las tresdivisiones del nervio trigémino.Esta sensación desagradable suele desencadenarse de manera espontánea, pero puede verse evocada por estímulos tales como el masticar, cepillarse los dientes, fumar, afeitarse, hablar o tocarse la cara en la zona de distribucióndel nervio trigémino. (Franco, Santos, Revuelta, 2005), (Kassian, Godinez, Ramírez, 2004) y (Santos, 2019).

Es importante destacar que la NT, llamada también "tic doloroso",llega a ser incapacitante y lleva al paciente apadecer de una mala calidad de vida. Suele tener un ligero predominio en mujeres sobre varones, con una edad frecuente de aparición desde la sexta década de la vida. El lado derecho suele ser el más afectado. (Franco, Santos, Revuelta, 2005) y (Burchiel, 2003).

El tratamiento médico representa el primer escalón terapéutico para el control del dolor.

> (…) Se ha demostrado que la carbamacepina es el fármaco más utilizado, las dosis oscilan entre 300-1200 mg/día. El tratamiento quirúrgico ha sido un recurso utilizado toda vezque los fármacos fracasaron, tanto por su ausencia deefecto como por su toxicidad, pero este criterio encuentra cada vez menos adeptos, existiendo una tendencia actual a la cirugía temprana (Robaina, 2005) y (Sandoval, Álvarez, Santos, 2015)

El pronóstico de la enfermedad no es muy favorable, ya que suele ser progresiva y con el tiempo se hace más intratable tal y como ocurre con otros dolores neuropáticos. Si se deja evolucionar, cada vez es más difícil conseguir alivio mediante los diferentes tratamientos médicos y/o quirúrgicos. (Huamán, Soto, Yaya, 2017), (Alcántara, y Sánchez, 2016) y (Fernández, et al, 2017).

Otras terapias son empleadas como complementarias en la práctica clínica habitual, que tienen en cuenta sus teorías terapéuticas y efectividad en el tratamiento de la NT. En literatura consultada autores como Millán (2013) y Collazo y Gómez (2015) obtienen resultados favorables con la aplicación de la acupuntura como técnica de la Medicina Natural. Se describen técnicas, como la quiropraxia, acupuntura y la terapia neural (Clinic, 2017).

En la actualidad existen investigaciones relacionadas con la evaluación del microambiente tisular y su expresión local. "La integración de los conocimientos alrededor del microsistema ortognático es parte de la odontología integrativa, cuyo enfoque terapéutico nace de la evaluación de sistemas que intervienen en los mecanismos de expresión anatómica funcional" (Freyberg y Logan, 2018)

El abordaje de los últimos 15 años acerca del microsistema ortognático, y en particular de la NT no es ajeno del desarrollo de la integración en medicina y odontología, que

centran su acción en la personalización de sus prácticas, basadas en la evidencia científica, respaldando nuevas formas de readaptación de la cronicidad micro ambiental.

La medición de la temperatura, como parte de la termología clínica, presenta una serie de ventajas respecto a otros métodos de diagnóstico más tradicionales. (Hidalgo, Álvarez y Salvador, 2014). Se puede usar en la identificación de enfermedades que incluyan dolor, enfermedades de tipo muscular, artritis, trastornos de tipo autoinmune, inflamaciones, retención de líquido en el sistema linfático o en el sistema circulatorio. Todo esto la convierte en una herramienta muy útil, sobre todo cuando se utiliza de manera combinada con el resto de técnicas de exploración disponibles según Salazar y Gómez (2016).

El diagnóstico temporal y espacial es la base de la organización micro ambiental. La observación clínica y medición de índices micro ambientales del sistema ortognático, como parte del microambiente general, y su influencia neural alrededor del nervio trigémino es parte de este trabajo.

La aplicación creciente de la Estomatología Integrativa, que comprende la evidencia científica demostrada y la personalización de las prácticas diagnósticas terapéuticas que se necesitan alrededor de un momento en un individuo a lo largo de su vida,donde no encontramos referencias de su aplicación, por lo que la presentación de los resultados alcanzados resulta de marcado interés.

Presentación del caso

Se realiza una investigación con la modalidad de presentación de caso.

Características del caso: Paciente femenina de 83 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulinodependiente controlada y EPOC, diagnóstico previo de NT hace 12 años, inició tratamiento confármaco de elección que no eliminó dolor, deciden tratamiento quirúrgico, evolución favorable con resolución inmediata del dolory complementado con 400 mg/día de Carbamacepina. En ocasiones presentó dolor facial con características de descargas eléctricas en la zona afectada, resueltas con vitaminoterapia (Hidroxocobalamina) y aumento gradual de Carbamacepina. Al examen físico se observa cicatriz ubicada en zona de hemicara derecha, en región antero auricular, al presentar crisis de dolor intenso, se indica Carbamacepina 1000mg/día y vitaminoterapia (Hidroxocobalamina 10000 ug 1mg/días alternos en 21 días) sin control de sintomatología.

Examen bucal: Edente total de más de 20 años, con rehabilitación protésica superior, no uso de prótesis total inferior por inadaptación, presenta queilitis angular por disminución de la dimensión vertical y lesión blanquecina que no se desprende al raspado, en zona de mucosa vestibular izquierda, compatible con lesión leucoplásica.

Elementos que se integran a la exploración desde la Estomatología Integrativa. (Evaluación Témporo- espacial- microambiental)

El abordaje clínico terapéutico integrativo microambiental se aplica a las formas de expresión clínica de las tendencias individuales de la cronicidad. La adaptación de la organización temporal y espacial es una forma de explorar la singularidad de estas expresiones y constituye una potencialidad de reparación tisular microambiental al sincronizar respuestas moleculares

1. Conocer la particularidad de adaptación microambiente interno_ variaciones de la luminosidad matinal y vespertina.
    a. Encuesta sobre la percepción circadiana de salud.
    b. Relación térmica bilateral_ central periférica al amanecer y atardecer.
    c. Serie horaria térmica circadiana de relación bucal y en zona señalada a estudiar.

Examen inicial

Examen tensegridal en posición sentado en horario de mayor expresión térmica (vespertina)

Leyenda Examen tensegridal

T (Tensión Tensegridal): I (izquierda) C (centro) D (derecha)

V (Percepción Vibracional): RD (relación directa tensión vibracional)

RI (relación inversa tensión vibracional)

Tabla 1: Examen tensegridal I

Sentado		I	C	D	RD	RI	
C0-C1	T		↔	x	x		Mayor tensión sub occipital derecha
	V	-	-	x			Irradiaciónhacia la derecha
C3-C4	T	-	↔	x			Mayor tensiónderecha
	V						No percibe
C6-C7	T	-	↔	x			Mayor tensiónderecha
	V		x				Percepciónvibracional central

Correspondencia tensegridal cervical I

Se examina la relación tensional a la palpación manual bilateral y el auto reporte de la paciente de la percepción tensegridal en el nivel C0-C1. C3-C4 Y C6-C7.

Se examina durante el horario de mayor diferencia térmica, (fase vespertina), que a su vez se corresponde con el incremento de los síntomas de dolor.

Tabla 2: *Examen tensegridal II*

Sentado		I	C	D	RD	RI	
C0-C1	T		↔		x		
	V	Central					Irradiaciónhacia la derecha
C3-C4	T		↔				Mayor tension derecha

	V	Central					Percepción Central
C6-C7	T		↔				Mayor tension derecha
	V						Percepciónvibracional central

- Examen térmico fase matinal - vespertina
- Leyenda Relación Térmica:

DB: Resultado de la diferencia entre la temperatura bucal y la temperatura de cada oído.

Boca**:** Diferencia entre la temperatura bucal matutina y vespertina

X: Promedio de las temperaturas de los 3 días

Relación térmica I

Temperatura	Amanecer		Atardecer	
Boca	35.4 - 36.9			+ 1.5
Oído D	35.5	+ 0.1	36.0	- 0.9
Oído I	35.7	0.3	36.4	- 0.6
	X	DB	X	DB

	¿Cómo se siente?			
	Muy bien	Bien	Regular	Mal
Al despertar en la mañana			x	
Al caer la tarde				
Después de las comidas			x	
En la noche				x
Al caminar o entrar en movimiento		x		

	¿Cómo se siente?			
	Muy bien	Bien	Regular	Mal
Al despertar en la mañana		x		
Al caer la tarde				
Después de las comidas			x	

En la noche		x		
Al caminar o entrar en movimiento		x		

Relación térmica matinalvespertina de la expresión microambiental álgida en región maxilar derecha

Fase matinal: Se observa una diferencia de oídos por encima de la temperatura bucal.

Fase vespertina: Se incrementa durante la fase vespertina 1.5 ºC la temperatura bucal, disminuye de forma paradójica la del oído derecho 0.9 ºC, y el izquierdo 0.6 ºC.

Análisis cronodiagnóstico de la correspondencia térmica tensegridal matinal vespertina

La presencia de síntomas álgidos durante la fase vespertina se corresponde con la inversión de temperaturas, se incrementa en la boca y desciende en el oído derecho. La percepción a nivel C0- C1 en posición sentada ofrece una relación directa, es decir, la percepción vibracional ocurre en la zona cervical de mayor tensión, sin embargo, a nivel medio cervical, aunque presenta mayor tensión ipsilateral, se silencia la vibración, y a nivel cervical inferior se hace central. La diferencia tensegridal de los 3 niveles representa una adaptación de la cronicidad microambiental, con cambios neurovegetativos asociados a diferencias de la matriz extracelular, que compromete su expresión clínica.

Al análisis de esta expresión corresponde la liberación de mediadores pro inflamatorios en horario de luminosidad vespertina, y considerando los antecedentes de cronicidad por EPOC, estos se incrementan durante la noche, relacionados a la secreción insuficiente de melatonina, y en consecuencia alteraciones de procesos metabólicos de reparación - respiración mitocondrial, y diferencias de la respuesta de la red de mecano transducción, asociada a respuestas secundarias de cronicidad, tal como se describe en la literatura consultada (Freyberg Z, Logan RW, 2018)

La medición de estos índices en intervalos de luminosidad o alimento, la lateralidad de la respuesta y su correspondencia térmica central periférica permiten la medición de índices que reflejen el estado de adaptación témporo espacial.

Conducta terapéutica integrativa.

En paralelo a su tratamiento habitual para su enfermedad de base, se decide tomar una conducta de readaptación de la matriz tensegridal alrededor de la zona álgida.

Se solicitó el consentimiento asistido del paciente brindándole una información detallada del propósito del tratamiento, la inocuidad del mismo, el anonimato y su independencia para aprobarlo.

Técnica aplicada:

Dilución al 0.1 % de procaina subcutánea en la zona de percepción vibracional adyacente (que corresponde con la zona silente C3-C4).

Solución de agua aromática de rosmarinusofficinalis (romero) y melaleucaalternifolia (Cayeput) al 0.3 % vía nasal y bucal en horarios separados de las comidas en correspondencia con la serie térmica de temperatura supra lingual.

Se realiza el proceder durante dos semanas y examinan los parámetros anteriores.

La respuesta es satisfactoria, ocurriendo un restablecimiento microambiental, que se expresa en la calidad de la fase nocturna, desapareciendo el dolor y apareciendo nuevas expresiones de equilibrio temporal tensegridal.

Relación térmica II

Temperatura	Amanecer		Atardecer	
Boca	35.9 - 36.4			+ 0.5
Oído D	35.6	0.3	35.9	- 0.5
Oído I	35.7	0.2	36.3	- 0.1
	X	DB	X	DB

Relación térmica matinalvespertina de la expresión microambiental álgida en región maxilar derecha

Fase matinal: Se observa una diferencia bucal proporcional por encima de la temperatura del conducto auditivo.

Fase vespertina: Se incrementa durante la fase vespertina 0.5 ºC la temperatura bucal, reduciendo la diferencia a 0.5 ºC, y el izquierdo 0.1 ºC.

Consideraciones de la readaptación microambientaltensegridal temporal circadiana.

La readaptación témporo espacial de las tendencias no saludables de la cronicidad se fundamenta en la identificación de las particularidades individuales de adaptación microambiental, como principio de desarrollo de las potencialidades de readaptación microambiental saludable.

El sistema de organización temporal y el sistema o red de mecano transducción tensegridal constituyen la fuente de nueva expresión microambiental de salud epigenética del organismo como un solo sistema.

Métodos de sincronización de cronoreceptoresy mecanoreceptores desarrollan la resonancia biofísico química para el desarrollo de potencialidades de reparación tisular del sistema ortognático.

El empleo de sustancias aromáticas de origen natural con actividad mímica sobre receptores de luminosidad (cortisol, estrógenos, melatonina) entre otros, tienen efecto favorable sobre la homeostasis matutina o vespertina, e intervienen sobre la expresión epigenética de genes reloj.

La aplicación sincrónica de técnicas sobre matriz tensegridal o membrana extracelular acorde a la memoria tensional sensorial permite crear nuevas expresiones de organización celular espacial.

Lo anterior es una forma de intervenir sobre la reparación de la lesión crónica de la membrana y su expresión álgida neural.

Para la NT hay una variedad de opciones de tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos. También se utiliza la acupuntura facial, como tratamiento para este dolor. (Fernández Rodríguez B et al, 2017). Existen investigaciones relacionadas con la evaluación del microambiente tisular y su expresión local. La integración de los conocimientos alrededor del microsistema ortognático como parte de la odontología integrativa, cuyo enfoque terapéutico nace de la evaluación de sistemas que intervienen en los mecanismos de expresión anatómica funcional (Zsuga, More, Erdei, Papp, Harsanyi y Gesztelyi, 2018) y (Lotsch, Nordin, Hummel, Murphy y Kobal, 1997) se complementa con la conducta terapéutica integrativa utilizada en el caso presentado, sin reporte en la literatura consultada.

CONCLUSIONES

Identificación de las particularidades individuales de adaptación temporal y espacial de la cronicidad álgida.

Readaptación témporo espacial de la cronicidad del tejido en la Estomatología Integrativa como práctica médica es una opción clínico terapéutica en los pacientes que padecen neuralgia trigeminal en el control del dolor y la reparación tisular.

Reducción del riesgo de efectos secundarios por el empleo de fármacos (analgésicos, antiinflamatorios, anticonvulsivantes) con efectos secundarios en presencia dela co-morbilidad característica en pacientes geriátricos.

REFERENCIAS

Abarca, J, Sempere, AP.; Cortés, JJ.; Baño, E.; Nieto, J. y Botella, C. (2011). Influencia de la platibasia en la neuralgia del trigémino. *Rev Neurol*; 49(12), 630-2

Alcántara, C.I y Sánchez, A. (2016). Actualización en el manejo de la neuralgia del trigémino. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 42(4,) 244-253

Clinic, M.(2017) mayoclinic. Recuperado de: mayoclinic: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases- conditions/trigeminalneuralgia/diagnosis-treatment/drc-20353347

Collazo E.E y Gómez F. (2015). Ensayo no aleatorizado del tratamiento con acupuntura de la neuralgia del trigémino resistente a tratamiento convencional. *Rev Soc Esp Dolor, 22(1), 32-35*

Fernández, B., et al. (2017). *Neuralgia del trigémino clásico familiar*. Neurología. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2017.12.004

Franco, JS.; Santos, R.; y Revuelta, G. (2005). Neuralgia del trigémino. *ArchNeurocien (Mex), 10(2), 95-104*

Freyberg Z y Logan RW. (2018). The Intertwined Roles of Circadian Rhythms and Neuronal Metabolism Fueling Drug Reward and Addiction. *CurrOpinPhysio*l, 5(2),80-89

Hidalgo, F.; Álvarez, A y Salvador, H. (2014). Aplicación de la termografía infrarroja en medicina legal. ¿Prueba válida para la objetivación de los síndromes dolorosos? Disfunción temporomandibular. *Cuad Med Forense*, 20(2-3),77-84

Huamán, L.; Soto, P.; Yaya H. (2017). Neuralgia del Trigémino por Dolicoectasia Vertebro Basilar, Reporte de Caso. *Revista Médica Carriónica*, 4(4),9

Lotsch,J.; Nordin, S.; Hummel, T.; Murphy,C.; y Kobal, G.(1997). *ChronobiologyofNasalChemosensitivity:DoOdororTrigeminalPainThresholdsFollowaCircadian Rhythm?* Chemical Senses. DOI, 10.1093/chemse/22.5.593 ·

Kassian A, Godinez y Ramírez A. (2004). Frecuencia de la neuralgia del trigémino en el Hospital General de México. *DolClin Ter, II* (11),19-23

López, Millán. (2013). *Tratamiento Acupuntural en la Neuralgia del Trigémino*. Multimed, 17(4),119-127

Salazar, E y Gómez, E. (2016). *La piel subjetiva: Estudio de las emociones a través de la termografía*. Ciencia Cognitiva, 10(1), 8-11

Robaina, FJ. (2008) Neuralgia del Trigémino. Revisión del tratamiento médico y quirúrgico*. Rev.Soc. Esp.Dolor*, 15(4)

Sandoval, M.; Álvarez, L.; y Santos, JA. (2015). Manejo invasivo de la neuralgia del trigémino. Experiencia de 8 años. *RevMedInstMex Seguro Soc*, 53(1),80-7

Santos, T. (2019). *Neuralgia del trigémino idiopática*. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 44(1). Recuperado en: http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1668 .

Zsuga, J.; More, CE.; Erdei, T.; Papp, C.; Harsanyi, S. y Gesztelyi, R. (2018). Blind Spot for Sedentarism: Redefining the Diseasome of Physical Inactivity in View of Circadian System and the Irisin/BDNF *Axis.FrontNeurol,* 1(9),818

AISLAMIENTO DE SETAS COMESTIBLES CON POTENCIAL TERAPÉUTICO EN MATANZAS, CUBA

ISOLATION OF EDIBLE MUSHROOMS WITH THERAPEUTIC POTENTIAL IN MATANZAS, CUBA

Yeinier Hechavarria Morales (yeinier.mtz@infomed.sld.cu)

Elizabeth Santana Hernández (bethsantana92@gmail.com)

Rainer Rodríguez Ávila (rainer.rodriguez@ucm.mtz.sld.cu)

RESUMEN

Las setas se han consumido tradicionalmente desde hace miles de años debido a su excelente sabor, valor nutricional y propiedades medicinales. Sin embargo, sólo desde las últimas décadas, estos organismos han captado la atención de la comunidad científica. Objetivo: Valorar el potencial terapéutico reportado en la literatura de setas comestibles aisladas en Matanzas-Cuba. Método: Se colectaron, aislaron, conservaron y clasificaron especímenes de diferentes localidades de la provincia Matanzas. Fueron colectadas sólo setas lignícolas. Los especímenes se aislaron y conservaron a 4 ºC mediante subcultivos en los medios agar malta y agar papa dextrosa. Para la clasificación taxonómica se emplearon claves dicotómicas. Se aislaron siete cepas matanceras pertenecientes a los géneros *Pleurotus* spp., *Lentinus* spp. y *Auricularia* spp, con potencial terapéutico reportado frente a enfermedades crónicas no transmisibles que merecen investigarse más profundamente para su aplicación en el sistema de salud de la provincia.

PALABRAS CLAVES: aislamiento, setas comestibles, potencial terapéutico, Matanzas

ABSTRACT

Mushrooms have been traditionally consumed for thousands years due to their excellent taste, nutritional value and medicinal properties. However, those organisms have captured the attention of the scientific community only since the last decades. To assess the therapeutic potential reported in the literature of edible mushrooms isolated in Matanzas-Cuba. Method: Specimens from different locations in the Matanzas province were collected, isolated, preserved and classified. Only mushrooms growing in decay wood were collected. Specimens were isolated and preserved at 4 ºC by subculturing in malt agar and potato-dextrose agar media. Keys were applied to identified the specimens with reported therapeutic potential against chronic noncommunicable diseases that deserve deeper research in order to apply them in the province health system.

KEY WORDS: isolation, edible mushrooms, therapeutic potential, Matanzas

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2016, reportó que las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un problema de salud a nivel mundial, al que no escapan Cuba, ni Matanzas (OMS, 2016) (MINSAP, 2015). El cáncer, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los accidentes cerebrovasculares, la obesidad y la hipertensión arterial son

algunas de las enfermedades con mayor incidencia dentro de este grupo (MINSAP, 2015). Altas tasas de morbi-mortalidad han sido desencadenadas por la exposición a diversos factores de riesgo como malos hábitos alimenticios, el sedentarismo, tabaquismo y la contaminación ambiental (Arévalos, Claro y Rotela, 2016).

Según el anuario estadístico de salud, en el 2015 dentro de las primeras 35 causas de muerte en Cuba, predominaron las enfermedades crónicas no transmisibles (MINSAP, 2015). En la tabla 1 se ilustran algunas de ellas.

Tabla 1

Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles según primeras causas de muerte en Cuba ambos sexos en el 2015.

Orden jerárquico	Enfermedad	Defunciones	Tasa Cruda por cada 100 000 habitantes
1	Enfermedades del corazón	24 497	218.3
2	Tumores malignos	24 131	215
3	Enfermedades cerebrovasculares	9 276	82.6
6	Demencia y enfermedad de Alzheimer	4 871	43.4
9	Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares	2 863	25.5
10	Diabetes mellitus	2 254	20.1
14	Tumores no malignos	693	6.2
17	Enfermedad de Parkinson	564	5.0
	Totales	**69 149**	**615.3[a]**

Tomado del anuario estadístico de Salud (MINSAP, 2015, p. 39-40).

[a] La tasa bruta total de estas enfermedades por cada 100 000 habitantes se calculó a partir de la población total en Cuba en el 2015 que era de 11 238 661 habitantes (MINSAP, 2015**,** p.17).

En Cuba estas enfermedades se tratan fundamentalmente con medicamentos convencionales que, si bien ayudan, no resuelven completamente el problema. La medicina natural y tradicional pudiera contribuir al mejoramiento de esta situación de salud. Sin embargo, no se encuentran suficientes medicamentos de este tipo disponibles para la población. Los alimentos funcionales como las setas comestibles pueden emplearse para tratar y/o prevenir enfermedades crónicas no transmisibles y algunos de los factores de riesgos que las provocan.

“Las setas comestibles han sido empleadas por el hombre desde tiempos antiguos como una fuente de alimento muy valorada por sus propiedades nutricionales y medicinales” (Valverde, Hernández-Pérez y Paredes-López, 2015; Vannucci *et al*., 2013; Kozarski *et al*., 2015).

> (…) nutricionalmente poseen bajo contenido de calorías, carbohidratos, sodio; no poseen colesterol y aportan nutrientes como selenio, potasio, riboflavina, niacina, vitamina D,

proteínas y fibra dietética; motivos por el que pudieran ser empleadas como alimento para algunos pacientes con necesidades nutricionales. Como nutraceútico han sido empleadas para el tratamiento de enfermedades como Parkinson, Alzheimer, hipertensión y para la prevención del alto riesgo de accidentes cerebrovasculares. Por sus propiedades medicinales han sido empleadas como antitumoral evitando el riesgo de invasividad y metástasis en cáncer; como antibacteriano, antifúngico y antiviral; como inmunoestimulador y como hipoglucémico (Valverde *et al*., 2015; Jayasuriya, Wanigatunge, Fernando, Abeytunga y Suresh, 2015; De Silva, Rapior, Hyde y Bahkali, 2012).

Existen evidencias científicas de que las setas y sus extractivos poseen actividad terapéutica sobre diferentes enfermedades crónicas no transmisibles y que son fuentes de productos bioactivos de interés farmacológico que origina el interés de la implementación de su cultivo en la provincia Matanzas, Cuba (Valverde *et al*., 2015; Vannucci *et al*., 2013; Kozarski *et al*., 2015).

El presente trabajo tiene como objetivo valorar el potencial terapéutico reportado en la literatura de setas comestibles, aisladas en Matanzas-Cuba. Este forma parte de un proyecto institucional de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cuba, que se propone el aislamiento de setas autóctonas útiles en el tratamiento y/o prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

Tipo de investigación

La presente es una investigación básica del tipo exploratoria descriptiva en la cual se colectaron, aislaron, conservaron y clasificaron setas de diferentes localidades de la provincia Matanzas-Cuba. El potencial terapéutico de los aislamientos se infirió a partir de un análisis bibliográfico de las actividades biológicas descritas en la bibliografía para los géneros identificados.

Colecta, aislamiento, conservación y clasificación de los especímenes matanceros

La colecta de los especímenes se llevó a cabo en las riberas del río Canímar y en los municipios de Matanzas, Cárdenas y Jovellanos de la provincia Matanzas-Cuba durante el año 2017. Sólo se colectaron setas saprófitas creciendo sobre material vegetal en descomposición.

Los especímenes colectados se aislaron a partir de un fragmento de tejido interno de los carpóforos que se sembró en agar extracto de malta por siete días obteniéndose el cultivo primario. El cultivo puro se obtuvo a partir del borde activo de crecimiento de las colonias del cultivo primario. A partir del cultivo axénico, los especímenes fueron conservados a 4 ºC realizándose pases o subcultivos en agar extracto de malta y agar papa dextrosa alternativamente cada tres meses.

Los aislados fueron clasificados taxonómicamente hasta nivel de género empleando claves dicotómicas. Algunos de los criterios taxonómicos empleados en estas claves fueron: sustrato de crecimiento; color, tamaño, forma y ornamentaciones del píleo; tipo, forma y color del himenio; color de las esporadas; color, forma y tamaño de las esporas; tamaño, forma y textura del estipe; presencia y forma del anillo; presencia volva; cambio de color al tacto y al contacto con el agua. Se identificaron siete aislamientos pertenecientes a los géneros *Pleurotus* spp., *Lentinus* spp y *Auricularia* spp.

Potencial terapéutico de los géneros aislados

Se valoró el potencial terapéutico de los aislamientos identificados basado en la actividad biológica reportada para los géneros a los cuales pertenecen. Con tal propósito se realizó un análisis bibliográfico en las bases de datos *Web of Science*, PubMed y *Google Scholar*. Fueron revisados diez artículos originales, siete de revisión y una tesis de maestría.

Varias especies pertenecientes a estos géneros identificados poseen actividades biológicas con potencialidades terapéuticas reportadas en la literatura. *Pleurotus ostreatus, P. eryngii, P. abalonus, Lentinus edodes, L. lepideus, Auricularia judae y A. polytrica* poseen actividad antioxidante, antitumoral, hipoglucémica, inmunomoduladora y antimicrobiana que las hacen atractivas para su empleo en el tratamiento y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (Ren *et al*., 2015; Saman *et al*., 2016; Hernández, 2013; Kozarski *et al*., 2015).

En la tabla 2 se agrupan las actividades biológicas reportadas para los géneros de los aislamientos matanceros. Teniendo en cuenta estos hallazgos enfermedades como el cáncer, la aterosclerosis, la diabetes mellitus, enfermedades infecciosas y los accidentes cerebrovasculares pudieran ser tratadas y/o prevenidas mediante el consumo de los especímenes aislados o de sus compuestos bioactivos purificados.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses ni conflictos éticos relacionados con esta investigación.

Tabla 2

Actividades biológicas reportadas en la literatura para los géneros de setas aislados.

Aislamiento	Fotos	Género propuesto	Actividad biológica	Referencias
Can01		*Pleurotus* spp.	Antioxidante, hipoglucémico, inmunomodulador, antitumoral y antimicrobiana.	(Yılmaz, Yıldız, Kılıç, y Can, 2016; Jayasuriya *et al*., 2015; Jayasuriya, Suresh, Abeytunga, Fernando, y Wanigatunga, 2012; Morris *et al*., 2003; Llauradó *et al*., 2016; Morris *et al*., 2014; Tong *et al*., 2009; Ren *et al*., 2015; Corrêa, Brugnari, Bracht, Peralta, y Ferreira, 2016).
Can05				
Umc 02				

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses ni conflictos éticos relacionados con esta investigación.

Tabla 2

Actividades biológicas reportadas en la literatura para los géneros de setas aislados.

Aislamiento	Fotos	Género propuesto	Actividad biológica	Referencias
Nica 01		*Lentinus* spp.	Antioxidante, hipoglucémico, inmunomodulador, antitumoral, antiviral y antibacteriano	(Zhang *et al*., 2016; Finimundy *et al*., 2013; Rahi y Malik, 2016; Hernández, 2013; Valverde *et al*., 2015; De Silva *et al*., 2012).
Nica 02				
Jov 01				
Can 02		*Auricularia* spp.	Antioxidante, antimicrobiano, antitumoral, hipoglucémico, hipocolesterémico, antinflamatorio, anticoagulante, tónico sanguíneo y reductor de placa aterosclerótica.	(Zhang *et al*., 2016; Rahi y Malik, 2016; Valverde *et al*., 2015; De Silva *et al*., 2012; Kozarski *et al*., 2015).

CONCLUSIONES

Se aislaron y conservaron siete especímenes matanceros pertenecientes a los géneros *Pleurotus* spp., *Lentinus* spp. y *Auricularia* spp. Para estos, existen reportes en la literatura de su potencial terapéutico frente a enfermedades crónicas no transmisibles por lo que constituyen una posible fuente de alimento funcional o de compuestos bioactivos para prevenir y/o tratar estas enfermedades. Se requieren estudios más profundos en cuanto a la identificación taxonómica hasta nivel de especie y estudios experimentales "*in vitro*", "*in vivo*" y de ensayos clínicos para demostrar el potencial terapéutico de estas setas; así como su análisis bromatológico.

REFERENCIAS

Arévalos Bogado, M. T., Claro, N. O., and Rotela, C. A. (2016). Relación entre conocimientos en Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Cardiovasculares con estilos de vida saludables. The relationship between knowledge Hypertension and Cardiovascular Risk Factors with healthy lifestyles. *Revista Virtual de Posgrado FMUNI,* *1*(1), 47-64. Recuperado de: http://revista.medicinauni.edu.py/index.php/FM-uni/article/view/9

Corrêa, R. C. G., Brugnari, T., Bracht, A., Peralta, R. M., and Ferreira, I. C. F. R. (2016). Biotechnological, nutritional and therapeutic uses of *Pleurotus* spp. (Oyster mushroom) related with its chemical composition: A review on the past decade findings. *Trends in Food Science & Technology*, *50*, 103–117. Recuperado de: http://doi.org/10.1016/j.tifs.2016.01.012

De Silva, D. D., Rapior, S., Hyde, K. D., and Bahkali, A. H. (2012). Medicinal mushrooms in prevention and control of diabetes mellitus. *Fungal Diversity*, *56*(1), 1–29. Recuperdo de: http://doi.org/10.1007/s13225-012-0187-4

Finimundy, T. C., Gambato, G., Fontana, R., Camassola, M., Salvador, M., Moura, S., … and Roesch-Ely, M. (2013). Aqueous extracts of *Lentinula edodes* and *Pleurotus sajor-caju* exhibit high antioxidant capability and promising in vitro antitumor activity. *Nutrition Research,* *33*(1), 76–84. Recuperado de: http://doi.org/10.1016/j.nutres.2012.11.005

Hernández, A. E. (2013). *Aislamiento y caracterización de compuestos con actividad antidiabética obtenidos a partir de* Lentinus lepideus. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de: http://eprints.uanl.mx/3834/1/1080255491.pdf

Jayasuriya, W. B. N., Wanigatunge, C. A., Fernando, G. H., Abeytunga, D. T. U., and Suresh, T. S. (2015). Hypoglycaemic activity of culinary *Pleurotus ostreatus* and *P. cystidiosus* mushrooms in healthy volunteers and type 2 diabetic patients on diet control and the possible mechanisms of action. *Phytotherapy research*, *29*(2), 303-309. Recuperado de: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ptr.5255

Jayasuriya, W. J. A. B. N., Suresh, T. S., Abeytunga, D. T. U., Fernando, G. H., and Wanigatunga, C. A. (2012). Oral Hypoglycemic Activity of Culinary-Medicinal Mushrooms *Pleurotus ostreatus* and *P. cystidiosus* (Higher Basidiomycetes) in Normal and Alloxan-Induced Diabetic Wistar Rats. International Journal of Medicinal Mushrooms, *14*(4), 347–355. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23510172

Kozarski, M., Klaus, A., Jakovljevic, D., Todorovic, N., Vunduk, J., Petrović, P., … and Van Griensven, L. (2015). Antioxidants of Edible Mushrooms. *Molecules*, *20*(10), 19489–19525. Recuperado de: http://doi.org/10.3390/molecules201019489

Llauradó, G., Morris, H. J., Lebeque, Y., Venet, G., Fong, O., Marcos, J., … and Bermúdez, R. C. (2016). Oral administration of an aqueous extract from the oyster mushroom *Pleurotus ostreatus* enhances the immunonutritional recovery of malnourished mice. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, *83*, 1456–1463.Recuperado de: http://doi.org/10.1016/j.biopha.2016.08.067

MINSAP. (2015). Anuario Estadístico de Cuba | Biblioteca Virtual en Salud de Cuba. Recuperado de: http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/

Morris, H. J., Hernández, E., Llauradó, G., Tejedor, M. C., Sancho, P., Herraez, Á., … Diez, J. C. (2014). *In vitro* anti-proliferative effects on NB4 human leukemia cells and physicochemical screening of *Pleurotus* sp. (higher Basidiomycetes) mycelia from Cuba. *International Journal of Medicinal Mushrooms*, *16*(3), 239–245. Recuperado de: http://doi.org/10.1615/IntJMedMushr.v16.i3.40

Morris, H. J., Marcos, J., Llauradó, G., Fontaine, R., Tamayo, V., García, N., and Bermúdez, R. C. (2003). Immunomodulating effects of hot-water extract from *Pleurotus ostreatus* mycelium on cyclophosphamide treated mice. *Micologia Aplicada International*, *15*(1), 7-13. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68515102

OMS | By category | *Number of deaths by cause*. (2016). Recuperado de: https://www.who.int/es. Consultado el 25 de octubre de 2017.

Rahi, D. K., and Malik, D. (2016). Diversity of mushrooms and their metabolites of nutraceutical and therapeutic significance. *Journal of Mycology*, *2016*, 1–18. recuperado de: http://doi.org/10.1155/2016/7654123

Ren, D., Jiao, Y., Yang, X., Yuan, L., Guo, J., and Zhao, Y. (2015). Antioxidant and antitumor effects of polysaccharides from the fungus *Pleurotus abalonus*. *Chemico-Biological Interactions*, *237*, 166–174. Recuperado de: http://doi.org/10.1016/j.cbi.2015.06.017

Saman, P., Chaiongkarn, A., Moonmangmee, S., Sukcharoen, J., Kuancha, C., and Fungsin, B. (2016). Evaluation of prebiotic property in edible mushrooms. *Biol. Chem. Res*, *3*, 75-85. Recuperado de: http://www.ss-pub.org/wp-content/uploads/2016/04/BCR2015120402.pdf

Tong, H., Xia, F., Feng, K., Sun, G., Gao, X., Sun, L., … and Sun, X. (2009). Structural characterization and in vitro antitumor activity of a novel polysaccharide isolated from the fruiting bodies of *Pleurotus ostreatus*. *Bioresource Technology*, *100*(4), 1682–1686. Recuperado de: http://doi.org/10.1016/j.biortech.2008.09.004

Valverde, M. E., Hernández-pérez, T., and Paredes-lópez, O. (2015). Edible mushrooms: improving human health and promoting quality life. *International Journal of Microbiology*, *2015*, 14 pages. Recuperado de: https://www.hindawi.com/journals/ijmicro/2015/376387/abs/

Vannucci, L., Krizan, J., Sima, P., Stakheev, D., Caja, F., Rajsiglova, L., … and Saieh, M. (2013). Immunostimulatory properties and antitumor activities of glucans (Review). *International Journal of Oncology*, *43*(2), 357–364. Recuperado de: https://www.spandidos-publications.com/ijo/43/2/357

Yılmaz, A., Yıldız, S., Kılıç, C., and Can, Z. (2016). Total Phenolics, Flavonoids, Tannin Contents and Antioxidant Properties of *Pleurotus ostreatus* Cultivated on Different Wastes and Sawdust. *International Journal of Secondary Metabolite (IJSM)*, *4*(1) 1-9. Recuperado de: http://www.anadiliegitimi.com/download/issue-file/2870

Zhang, J.-J., Li, Y., Zhou, T., Xu, D.-P., Zhang, P., Li, S., and Li, H.-B. (2016). Bioactivities and Health Benefits of Mushrooms Mainly from China. *Molecules*, *21*(7), 16 pages. Recuperado de: http://doi.org/10.3390/molecules21070938

CAPÍTULO 3. ENVEJECIMIENTO, LONGEVIDAD SATISFACTORIA

APOYO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN AL EXAMEN PERIÓDICO DE SALUD

SUPPORT OF TECHNOLOGIES OF THE INFORMATION AND THE COMMUNICATION TO THE PERIODIC EXAM OF HEALTH

Teresa Reyes Camejo (teresarc.mtz@infomed.sld.cu)
Eduardo A. Triana Álvarez (gpcte@infomed.sld.cu)
Raúl González Rodríguez (raul@mtz.jovenclub.cu)

RESUMEN

El envejecimiento poblacional se valora como un reto para la humanidad. Sin embargo, el verdadero reto está en el incremento del riesgo de discapacidad que el envejecimiento puede provocar. El objetivo general fue implementar la incorporación de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como apoyo al Examen Periódico de Salud (EPS). Se realizó un estudio de tipo investigación acción en el área de salud del policlínico docente “Francisco Figueroa Veliz” del municipio de Colón, provincia de Matanzas, en el periodo comprendido desde julio de 2017 a mayo de 2019. El universo estuvo constituido por un total de 127 participantes con consentimiento informado y que cumplieron con criterios de inclusión. En el diseño metodológico fueron empleadas diferentes métodos como taller, grupo focal, entrevistas en profundidad, PNI**,** consulta a expertos mediante el método Delphi y herramientas como Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF). Los principales resultados fueron fruto del análisis de posibilidades de mejoras en algunos de los componentes que comprende el EPS para determinar estados de fragilidad y/o necesidad con apoyo de las TIC.

PALABRAS CLAVES: Envejecimiento, adulto mayor, fragilidad, funcionalidad, examen periódico de salud, TIC.

ABSTRACT

The populational aging is valued as a challenge for the humanity. However, the true challenge is in the increment of the discapacidad risk that the aging can cause. The general objective was to implement the incorporation of technologies of the information and the communication (TIC) like support to the Periodic Exam of Health (EPS). Was carried out a study of type investigation action in the area of health of the educational policlínico “Francisco Figueroa Veliz” of the municipality of Colón, in Matanzas, in the period understood from July from 2017 to May of 2019. The universe was constituted by a total of 127 participants with cause consent and that they fulfilled inclusion approaches. In the methodological design they were employees different methods like shop, focal group, you interview in depth, PNI, consults to experts by means of the method Delphi and tools like Scale Geriátrica of Functional Evaluation (EGEF). The main results were fruit of the analysis of possibilities of improvements in some of the components that the EPS understands to determine states of fragility y/o necessity with support of the TIC.

KEY WORDS: Aging, elderly, fragility, functionality, evaluation, periodic exam of health, TIC.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional desde el pasado siglo se valora como un reto para la humanidad. Sin embargo, el verdadero reto está en el incremento del riesgo de discapacidad que el envejecimiento puede provocar.

Según los estándares internacionales, Estados Unidos y Canadá están envejecidos, pues cerca de 20,7 % de su población tiene 60 años o más. En ambos países, la población envejece mediante un proceso gradual de un período de 50 años. (ONU, 2015) Mientras el crecimiento de la población con similar edad en América Latina y el Caribe ocurrirá en un intervalo muy reducido de 20 a 30 años. (OMS, 2015) (Naciones Unidas, 2015)

Se prevé que el número de personas de 60 años o más en América Latina y el Caribe se disparará entre el 2010 y el 2050, y pasará de 59 millones a 196 millones según la Oficina Regional para Las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS). (OPS-OMS, 2017)

En Cuba, la primera etapa del proceso de envejecimiento comenzó en 1972. No es hasta 1978 que la población de 60 años y más rebasa el 10.0 % respecto a la población total. Hoy la expectativa de vida al nacer sobrepasa los 75 años. Las estadísticas muestran al concluir el 2016 que la estructura de la población según porciento de envejecimiento y zona de residencia se comporta de la siguiente manera: Cuba con un 19,8 %, Matanzas con 19,8 % y el municipio de Colón con 21,0 % según la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI). (ONEI, 2017)

Desde 1996 uno de los cuatro programas priorizados del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) es el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor (PNAAM). Contiene tres subprogramas: el comunitario, el institucional y el hospitalario. El primero se considera más importante porque brinda atención a más del 95 % de la población adulta mayor en el país. Y responde a la Atención Primaria de Salud (APS) que tiene como una de sus metas la promoción de salud y prevención de enfermedades. (MINSAP, 1997) (Álvarez, 2014) Ver figura 1.

Es importante recordar que en Cuba en la década de los noventa asume un importante papel la creación del Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG), el cual apoya al Médico/a y Enfermero/a de la Familia (MyEFlia) en la APS y a la comunidad en el desarrollo de un envejecimiento saludable (ES) a través de la pesquisa activa de la funcionalidad, la fragilidad y estados de necesidad en los adultos mayores mediante el Examen Periódico de Salud (EPS). (MINSAP, 2011)

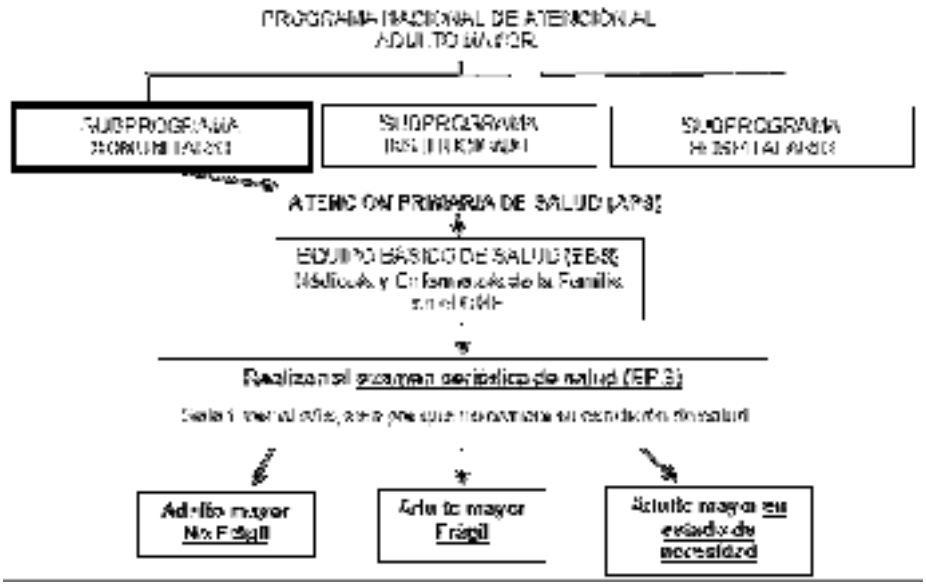


Figura 1. Esquema del PNAAM (Fuente: Elaboración propia)

En el año 2013 ocurre un proceso de perfeccionamiento en el MINSAP mediante reordenamiento de los servicios médicos del país y las funciones del EMAG pasan a ser funciones del Equipo Básico de Salud (EBS), constituido por el MyEFlia, y del Grupo Básico de Trabajo (GBT) dentro de la APS. Ver figura 2.

Para realizar el EPS hay que hacer interrogatorio, examen físico, exámenes complementarios y la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF). La EGEF complementa el EPS y permite tener a mano de una forma sencilla y rápida el resultado de la evaluación funcional (tiene en cuenta la independencia o no para realizar las actividades de la vida diaria = AVD) y estado de fragilidad de los adultos mayores lo que sirve como un factor predictivo de la salud. En dependencia de los problemas detectados permite trazar estrategias de trabajo para mejorar la calidad de vida de este sector poblacional. (Vega et al, 2014)

A pesar que la definición de fragilidad en el anciano no está consensuada, en general se entiende por fragilidad “aquello que puede deteriorarse con facilidad. Para los que se dedican a la atención geriátrica es esta una condición que observan con frecuencia en los adultos mayores” (Redín, 2007).

“En el mundo actual las necesidades y demandas de los adultos mayores asumen categorías superiores y las respuestas tradicionales resultan insuficientes. Por lo que el tiempo que MyEFlia le dedica a la atención de los adultos se incrementa” (Álvarez, 2014).También está en aumento el caudal de conocimientos y estrategias necesarias para hacer frente a esta situación (OMS, 2015). Y según la OMS (2018), como forma de optimizar y actualizar prestación de servicios en salud se debe tener en cuenta evaluar incorporar la demanda en el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

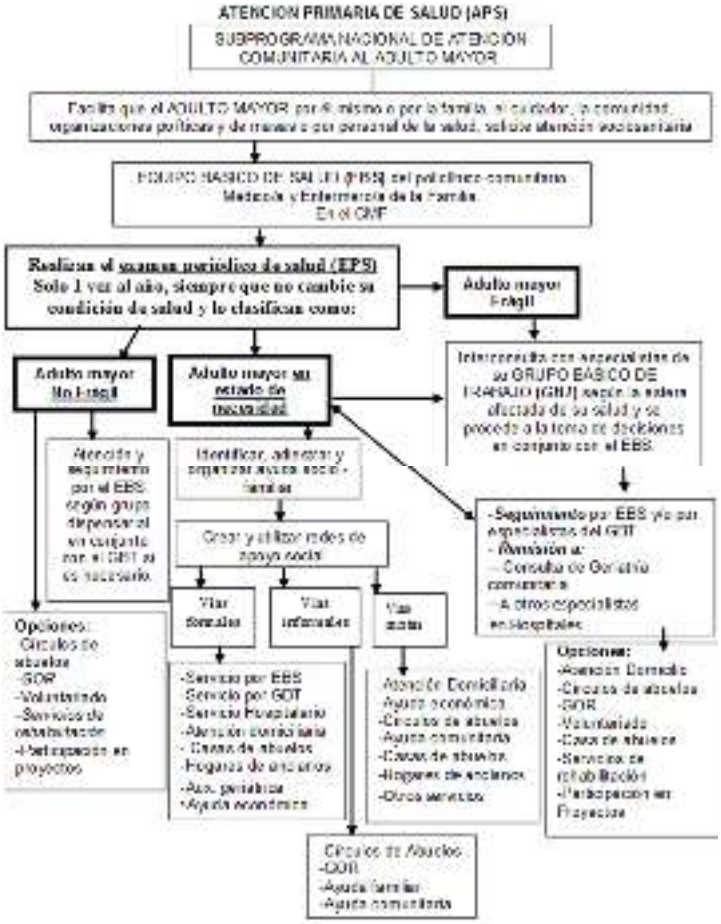


Figura 2. Flujograma relacionado con el EPS.

Fuente: Elaboración propia)

En informe de la 71ª Asamblea Mundial de la Salud se plantea que:

> (…) las tecnologías digitales se están convirtiendo en un importante recurso para la prestación de servicios de salud y la salud pública. Las tecnologías móviles inalámbricas son particularmente apropiadas, debido a su facilidad de uso, enorme difusión y amplia aceptación. Según la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT), en el 2015 había más de 7000 millones de suscripciones de telefonía móvil en todo el mundo, más del 70% de ellas en países de ingresos bajos o medianos (OMS, 2018, p. 1)

En Colón, provincia de Matanzas, existe el proyecto FortAM, (*Fortalecimiento de las capacidades locales en la prevención de la discapacidad del adulto mayor en áreas rurales*. Proyecto de colaboración internacional con financiamiento de mediCuba Suiza. Términos de Referencia aprobados: julio 2017 a julio 2020) que ofrece paquete tecnológico FortAM/EPS. Este contiene audiovisuales y aplicación para móviles resultado del trabajo interdisciplinario y multisectorial que aprovechan los avances de las TIC para crear herramientas de apoyo al EPS que están siendo utilizadas para su validación.

El presente responde al banco de problemas de las áreas de salud del municipio bajo la denominación, discapacidad y adulto mayor, y también responde a la prioridad del

MINSAP relacionada con envejecimiento poblacional, al lineamiento 116 así como a la política de informatización de la sociedad cubana, ambas de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución.

Todo lo anterior orienta este trabajo al problema científico siguiente: El EPS precisa de herramientas tecnológicas basadas en las TIC que propicien mayor efectividad en los resultados esperados en el PNAAM.

Objeto de estudio. Tecnologías móviles como apoyo al Examen Periódico de Salud. El campo de acción. Examen Periódico de Salud.

Basado en el problema científico señalado, los investigadores plantean como objetivo general: Implementar la incorporación de las TIC como apoyo al Examen Periódico de Salud.

Una forma de intervención local relacionada con el EPS

Se realizó un estudio de tipo investigación acción en el área de salud del policlínico docente “Francisco Figueroa Veliz” del municipio de Colón, provincia de Matanzas, en el periodo comprendido desde julio de 2017 a mayo de 2019.

El universo estuvo constituido por un total de 127 participantes con consentimiento informado y que cumplieron con criterios de inclusión que tuvieron en cuenta:

Estar incorporado en alguna de las actividades formativas sobre la tecnología FortAM/EPS y: a) ser profesionales de los GBT con interés en 1ro y 2do taller de capacitación; b) tener 60 años y más con motivación por el taller de formación de promotores; c) ser profesionales interesados y matriculado en el diplomado de Gerontología y Geriatría Comunitarias; d) ser estudiantes con motivación por curso electivo “Prevención de la discapacidad del adulto mayor con ayuda del empleo de las TIC”.

Se emplearon los siguientes métodos:

Taller docente: modalidad pedagógica que se apoya en el principio de aprendizaje como “grupo de trabajo interdisciplinario que aborda conjuntamente un problema central que se origina en la acción y da su aporte creativo, crítico a través de una acción–reflexión–acción” (Calzado Lahera 1998).

Grupo focal: **s**e empleó para el diagnóstico y la evaluación del funcionamiento del proceso de evaluación de la funcionalidad al adulto mayor. Con el objetivo de unificar criterios y posiciones de trabajo que permitieron crear las premisas para la elaboración de la estrategia de intervención.

Entrevistas en profundidad: se realizó para profundizar en conocimiento de la problemática y su solución. El temario se confeccionó a partir de información que se conocía y se pudo modificar en el desarrollo de la misma de acuerdo a las necesidades.

PNI: sirvió para tener un acercamiento a la aceptación de los usuarios de las tecnologías en cuanto lo positivo, lo negativo y lo interesante para poder adecuarlo para el próximo encuentro. Se les indicó a los participantes que tenían un minuto para completar cada columna. Se pidió que no se demoraran en valorar su aporte pues consistía en completar cada columna con sus primeras ideas.

Consulta a expertos basados en el método Delphi: se empleó para determinar los niveles de aceptación y/o valoración de la tecnología, sus componentes y principales procesos del modelo propuesto. Especialmente importante en la valoración de contenidos de los guiones para teatro y para el análisis de sistema informático.

Técnica estandarizada: incorporada en el paquete tecnológico FortAM/EPS como aplicación móvil, (resultado del proyecto FortAM)

EGEF: herramienta creada y validada por el Centro Iberolatinoamericano de atención a la Tercera Edad (CITED), en La Habana, actual Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. Sirve para evaluar la funcionalidad del adulto mayor y de acuerdo a los resultados clasificarlo según los criterios de fragilidad (Vega et al 2011) para ser remitidos oportunamente, a favor del envejecimiento saludable.

Para llevar a cabo este trabajo se realizó revisión en bases de datos como ECUMED, PuMed, Base de datos SCIELO.

Fortalezas y debilidades con relación al EPS en el municipio de Colón

Entre las acciones de capacitación, coordinación, implementación y control del PNAAM se encuentran: I) Reuniones de los GBT, II) Reuniones metodológicas o de evaluación del PNAAM, III) Talleres docente sobre EPS, IV) Cursos básicos sobre Gerontología y Geriatría, V) Ediciones del diplomado de Gerontología y Geriatría Comunitarias, VI) Supervisiones a los EBS en sus CMF.

Tiene como antecedente que los participantes en las diferentes actividades identificaron:

Deficiente conocimiento sobre el EPS desde el pregrado en la carrera de medicina.

Deficiente sensibilización con la importancia del EPS.

Inexistente herramienta informática de apoyo al EPS.

Fluctuación laboral en los EBS.

Ese mismo personal de atención que participó propuso para mejorar el proceso del EPS:

Desarrollo de audiovisual de ayuda a la información/sensibilización con el mismo y Desarrollo de aplicación móvil para apoyar el proceso del EPS.

Fue necesario resolver este problema en el municipio. Con ayuda, se realizó la búsqueda de actores sociales que pudieran contribuir a la solución de estas necesidades identificadas. Y se convocó para esta tarea al equipo provincial de desarrollo de los Joven Club de Computación y Electrónica (JCCE) (que tiene su sede en Colón) y al grupo gestor del proyecto FortAM

Se aprovecharon los beneficios de la intersectorialidad y la experiencia acumulada en las áreas temáticas por profesionales de ambas partes. Una vez culminado el desarrollo de ambos productos (el audiovisual y la aplicación para móvil) surgió la tecnología FortAM/EPS la cual se decidió incorporar en las cuatro actividades formativas o docentes del actual trabajo.

Se realizaron actividades de capacitación planificadas en postgrado, pregrado y talleres comunitarios con un total de 65 profesionales en el primero y segundo taller docente, 25 estudiantes en el diplomado, 18 estudiantes en el curso electivo y 19 adultos mayores en el taller comunitario para formar promotores. Además de la participación en grupos focales de 45 adultos mayores que aportaron, algunos como objeto y sujeto de esta etapa de la vida.

Se esclareció el proceso de pesquisa de la funcionalidad y fragilidad vigente en el SNS. Durante el desarrollo de talleres y curso electivo, se entregó tecnología FortAM/EPS y se enseñó a trabajar con ella como nueva forma alternativa del conocimiento, para lograr el mismo objetivo dentro del PNAAM al realizar el EPS.

Los participantes expusieron sus criterios sobre las dificultades. Por los métodos utilizados se sumaron los criterios y se agruparon para su análisis con el fin de buscar soluciones locales. Con relación a la confección de historias clínicas individuales (HCI) existió:

Falta de conocimientos sobre gerontología y geriatría en la carrera de medicina por no incluirse en el programa de estudios de pregrado.

Cambio periódico de médicos en CMF. Por lo que no se realiza un adecuado seguimiento en la atención a la población adulta mayor.

Omisión o no completamiento de algunos procedimientos en HCI por el EBS.

El tiempo para realizar del EPS puede ser largo en dependencia de las condiciones de salud o características para comunicarse del adulto mayor y familiares. Así como por irregularidad en la existencia de modelajes necesarios para facilitar el trabajo.

Al clasificar al adulto mayor según resultados de la EGEF:

En ocasiones no tienen por escrito los resultados de la EGEF ni los criterios para la clasificación correcta de adultos mayores con criterio de fragilidad o no, o en estado de necesidad. No existe recogida de datos estadísticos que permitan contabilizar cuántas personas son frágiles o no, y cuántas están en estado de necesidad. Por lo que no se podrá proponer una estrategia real.

En cuanto a la aplicación de pruebas:

Es lenta la actividad y no siempre se realizan de forma correcta.

Muchos adultos mayores no muestran interés en realizarse el EPS por no existir apoyo con la información oportuna y de sensibilización con relación a la importancia de este.

PNI Audiovisual "*Examen Periódico de Salud*" (Para información y sensibilización)

Positivo

- Amplía el conocimiento del personal de salud 100 %
- Ofrece información de fácil comprensión para la comunidad 100 %
- Fácil acceso con diversos medios (móviles, PC, TV) 95 %
- Enriquece las actividades de promoción salud 70 %

Negativo

- Carencia de conocimiento sobre temas relacionados 100 %
- Incluir técnicas de autocuidado 100 %

Interesante

- Aprender cosas nuevas 100 %
- Agradable presentación del conocimiento 100 %
- Momento de aprendizaje y placer 99 %
- Relación con el medio ambiente 99 %

PNI App "*sharexam*" contiene la EGEFen nueva presentación (Para el pesquisaje)

Positivo

- Facilita la ejecución de la EGEF 100 %
- Puede realizarse autoevaluación de la prueba 100 %
- Se favorece la clasificación de la fragilidad 95 %
- Contribuye con recuperación de los resultados 70 %
- Muy útil en el trabajo en el terreno 100 %

Negativo

- No todos tienen tecnología móvil 100 %
- Ampliar a otras herramientas (tablets, PC) 100 %

Interesante

- Aprender cosas nuevas 100 %
- Empleo de nuevas tecnologías móviles 93 %
- Actualización de medio de enseñanza 75 %

Por el conocimiento adquirido al revisar la literatura de Hernández Nariño (2016), se facilitó evaluar las sugerencias para actividades donde se encontraron posibilidad de mejora; ahora con el apoyo de la gestión por proceso. Se tuvieron en cuenta las propuestas que se realizaron en balance de talleres, grupo focal, entrevista en profundidad, consulta a expertos (que incluyó hasta directores nacionales del PNAAM y de JCCE) y resultados del PNI.

Se conoce que Calzado Lahera, (1998) define el taller como un tipo de forma de organización del proceso de enseñanza-aprendizaje cuya estructura organizativa está centrada en la reflexión grupal sobre los problemas sociales, profesionales, educacionales, científicos, investigativos según sean sus causas, consecuencias y alternativas de soluciones en correspondencia con los contextos en que se manifiestan.

Todo lo anterior permitió considerar ideas desde diferentes puntos de vistas y emitir juicios de valor por parte de los profesionales y estudiantes del sector de la salud, así

como por los adultos mayores y familiares. Por lo que se observó que se amplió el enfoque de cada variante de solución.

Con la entrevista en profundidad se obtuvieron las necesidades sentidas y de acuerdo a ellas se consideró que se debe insistir en que estas no existen por sí mismas. Se definen a partir de juicios de valor que varían según los criterios de los evaluadores y los evaluados. Estos criterios van a variar en dependencia de la experiencia individual, los objetivos que se persiguen, los indicadores que se establecen, el contexto y el momento histórico concreto en que se desarrolla.

Se realizó la técnica del PNI en cada uno de los encuentros para conocer lo positivo y mantenerlo, lo negativo para tratar de erradicarlos y lo interesante para saber que lo que se hizo tuvo validez. (Contreras, 2016) Y existió coincidencia con esa literatura revisada.

El grupo focal sirvió para confirmar que se consideró la funcionalidad en comparación con la fragilidad como un predictor de salud. Con anterioridad Deniz et al;(2018) plantean que es importante tener en cuenta la valoración de la fragilidad incluso en la evolución de enfermedades.

Al final, el denominador común de los métodos que se utilizaron fue introducir la tecnología FortAM/EPS como apoyo al EPS. Y no solo para ser usada por el EBS, sino por los propios adultos mayores y familiares de ellos, así como por otros miembros de la comunidad. Y se consideraron muy interesantes estos aspectos.

El incluir material audiovisual para la sensibilización sobre la importancia del EPS y la aplicación para móviles con la APP de la EGEF, se facilitó el aumento de la información para el apoyo en la vigilancia de la fragilidad.

Al concluir los talleres comunitarios se presentó por la coordinadora del grupo de teatro experimental una propuesta de guión para teatro como como posibilidad de crear un material audiovisual. Lo escribió ella, que es una adulta mayor, y ofreció una mirada desde lo que percibieron los adultos mayores sobre el proceso del EPS al ser ellos los beneficiarios directos. Y ese guión fue rápidamente analizado por los expertos locales y nacionales con una valoración positiva que permitió la producción del audiovisual "*EPS ¿queeeeeé????*". El mismo se realizó en coordinación con la corresponsalía de televisión territorial, TV Colón, y fue trasmitido a la población por el canal local y se solicitó su reposición según dio a conocer la directora periodista de la corresponsalía. Este fue uno de los sucesos más agradable y sorprendente de llevar a la práctica una solución. Se corroboró también la importancia de los talleres al punto de pasar los protagonistas del proceso de ser objetos a convertirse en sujetos activos de la actividad ofreciendo mayores opciones informativas y de sensibilización respecto al proceso EPS.

El aporte de las tecnologías apoyadas en las TIC además de ser más económica (objetivo de otro trabajo), se consideraron otros beneficios:

- Mayor rapidez a la hora de aplicar la EGEF a los adultos mayores y menor posibilidad de errores a la hora de clasificar a los adultos mayores una vez aplicada la EGEF mediante la APP.

- Favorecer la obtención de datos estadísticos y contribución a la toma de decisiones y mejor formulación de estrategias.
- Mayor rapidez en la generalización de la tecnología como apoyo al proceso mediante el uso de las TIC y mayor cantidad de personas informadas y sensibilizadas con el proceso de manera directa y más beneficiadas de manera indirecta, no contabilizados, gracias a las bondades de la divulgación a través de las TIC.
- Posición activa ante el proceso del EPS por parte de adultos mayores, familiares y líderes de la comunidad para la búsqueda de ayuda oportuna a favor de la buena funcionalidad.
- Elevado nivel de satisfacción de adultos mayores, familiares y personal de atención.
- Fortalecimiento del trabajo entre diferentes sectores que apoyaron al proceso del EPS.

CONCLUSIONES

Se logró la implementación de la incorporación de TIC como apoyo al Examen Periódico de Salud mediante el uso de la tecnología ForTAM/EPS, y por el fortalecimiento del trabajo intersectorial; lo que permitió el acceso a las TIC relacionadas con la salud no solo al personal de salud sino a la población en general y se constató, con su uso, elevado nivel de satisfacción de adultos mayores, familiares y prestadores de servicios de salud.

REFERENCIAS

Álvarez, R. (2014). Medicina General Integral. *Salud y Medicina* (3a ed.) 1. La Habana: Ciencias Médicas.

Contreras, D. (2016). *La PNI como estrategia de aprendizaje.* Recurerado de: http://elearning.galileo.edu/?p=952.

Deniz, A., C. Ozmen, et al (2018). F*railty significantly impairs the short term prognosis in elderly patients with heart failur*e.

Hernández A.D.; Marqués M.; Nogueira D.; Medina A.; Negrín E. (2016). *Generalización de la gestión por procesos como plataforma de trabajo de apoyo a la mejora de organizaciones de salud*. *Rev. Gerenc. Polít.* Salud, 15 (31), 66-87.

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Programa del Médico y Enfermera de la Familia.* Cuba, Habana: Dirección Nacional de Medicina General Integral.

Naciones Unidas. (2015 a) *World population prospects: the 2015 revision.* Nueva York, Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Nueva York: El autor.

Naciones Unidas. (2015 b) *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nueva York: El autor. Recuperado de:

http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/L.1&referer=https://www.google.com/&Lang=S.

Oficina Nacional de Estadísticas e Información. (2017) *El envejecimiento de la población cubana 2016 del Centro de Estudios de Población y Desarrollo*. En: La Habana en su estructura de la población según porciento de envejecimiento). Cuba, Habana: Centro de Estudios de población y Desarrollo.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.* Suiza, Ginebra: El autor.

Organización Mundial de la Salud. (2018) *Informe del Director General. mSalud. Uso de tecnologías digitales apropiadas en la salud pública*. 71ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Punto 12.4 del orden del día provisional. A71/20. Ginebra: El autor. Recuperado de:

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_ACONF1-sp.pdf

Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. (2017) *Salud Pública en la Sociedad de la Información.* En Salud en las Américas +. Ginebra: El autor.

Vega G, E.; et al. (2014). Atención al adulto Mayor En: Álvarez Síntes, R. (2014) Medicina General Integral. *Salud y Medicina* Vol. 2/ (3a ed.) La Habana: Ciencias Médicas, p. 488-517.

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL ADULTO MAYOR

THE PERIODONTAL DISEASES IN OLDER ADULTS

Ivernis Mercedes Villegas Rojas (ivernis.mtz@infomed.sld.cu)

Belkis López Sánchez (filialcolon.mtz@infomed.sld.cu)

Víctor Ricardo Socarras Villegas (filialcolon.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

Las modificaciones bucales relacionadas con la edad se manifiestan como expresión del envejecimiento propiamente dicho. Con el objetivo de determinar el estado de salud periodontal en pacientes de la tercera edad, se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en pacientes atendidos en el servicio de Periodoncia de la clínica estomatológica “27 de noviembre” del municipio Colón, Matanzas, durante el período de marzo 2018 a febrero 2019, en un universo de 95 paciente estudiados en su totalidad. Los pacientes se examinaron en una unidad dental fija, con luz artificial, sets de clasificación, sonda periodontal y se aplicó índice epidemiológico. Se estudiaron las variables edad, sexo, prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal, entre otras. Se confeccionó una base de datos y se emplearon medidas de resumen, cifras absolutas y porciento. La enfermedad periodontal tuvo una alta prevalencia en su forma leve y moderada en la que destacaron factores acumuladores de placa y factores sistémicos.

PALABRAS CLAVES: adulto mayor; enfermedad periodontal; salud bucal.

ABSTRACT

The oral modifications related with age, manifest themselves as an expresion of aging in the strict sense. With the purpose of determining the periodontal health in senior patients, a transversal, descriptive and observational study was carried out in patients attended in the periodontal service of the Stomatological Clinic November 27, in Colón, Matanzas province, in the course of March 2018 to February 2019, in a universe of 95 patients completely studied. The patients took an exam in a dental fixed unit, with artificial light, classifying sets, periodontal probe and an epidemiological index was applied. The variables age, sex, prevalence and gravity of periodontal disease were studied among others. A data base was manufactured and measures of summary were used, as well as absolute numbers and percents. Periodontal disease had a high prevalence in its light and moderate way, in which highlighted accumulative factors of plaque and systemic factors.

KEY WORDS: senior adult, periodontal disease, oral health.

INTRODUCCIÓN

Estudios recientes han demostrado que:

> (…) el incremento del número de personas mayores de 60 años es un factor que se caracteriza por los cambios demográficos actuales, junto con el descenso de la natalidad en los diferentes países, definido por la disminución de la fecundidad y la disminución de la mortalidad en edades avanzadas. El desarrollo social alcanzado en

> Cuba ha hecho posible que la esperanza de vida pase los 75 años (Blanco, 2017; González Rodríguez; et al., 2015).

Así,

> (…) el envejecimiento es la disminución a la adaptación por la pérdida de la capacidad funcional de los diversos órganos como consecuencia del tiempo, es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales y ambientales. Las modificaciones bucales relacionadas con la edad tienen lugar como expresión del envejecimiento propiamente dicho o como consecuencia de la acumulación de factores sistémicos que no provocan enfermedad pero inducen cambios bioquímicos funcionales y estructurales cuyo resultado final se manifiesta desde la mucosa bucal hasta el periodonto. Entre las manifestaciones asociadas a los cambios con la edad se citan; pérdida dentaria, caries, uso de prótesis y la enfermedad periodontal. (Ceron, 2014; Ordaz; et al., 2015).

Años atrás se consideraba que la pérdida de inserción y la pérdida ósea eran cambios periodontales relacionados con la edad, sin embargo, en la actualidad estas alteraciones no se corresponden con el envejecimiento propiamente dicho. Pese a ello, la población mantiene la creencia de que el deterioro del aparato masticatorio es un proceso inevitable del envejecimiento, según estudios realizados por el Instituto de salud pública, 2015; Gallardo, 2013 y Taboada, 2014.

El periodonto reacciona al proceso de envejecimiento de dos formas: si hay poca higiene, la presencia de placa dentobacteriana daña al periodonto de protección y aparece la gingivitis y con el tiempo en individuos susceptibles causa migración en sentido apical de la encía, formación de bolsas y pérdida ósea y aparece la periodontitis. También ocurre que en presencia de placa, apenas ocurran cambios en la encía y que el periodonto permanezca sin alteraciones aparente. (González Rodríguez; et al., 2015; Gallardo; et al. 2013; Taboada; et al. 2014)

En Cuba la periodontitis aumenta su prevalencia con la edad hasta alcanzar cifras alrededor del 80 % a los 50 años. (González Rodríguez; et al., 2015). En España, los estudios epidemiológicos en personas entre 65 y 74 años, sólo el 10.3% presenta las encías sanas; el resto manifiesta algún tipo de enfermedad periodontal y se observan bolsas reales con una profundidad mayor o igual a 6 mm. (Instituto de salud pública, 2015; Fernández, 2014). En EE. UU se plantea una prevalencia de 47%, con presencia de periodontitis moderada o avanzada en más del 80%. (Macías, 2015; Rodríguez y colaboradores 2014) encuentran que el 83% del adulto mayor presenta bolsas periodontales, y que el sextante anteroinferior es el más afectado. Cuasapas (2012) destaca que la diabetes no influye en el desarrollo de la enfermedad periodontal en el adulto mayor pero tiene un riesgo relativo de 1,44 de adquirirla. Arce et al. (2012) señalan que las mujeres son más longevas. Palomeque (2015) describe que las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal.

En los últimos tres años en el área de salud Francisco Figueroa Velis, se ha observado un incremento de personas mayores de 60 años, con tendencia a incrementarse en los años 2020/2021, situación que es notable en el consultorio médico No. 16, donde se desconoce el comportamiento epidemiológico de la enfermedad periodontal en los pacientes mayores de 60 años, por lo que se realizó la investigación con el objetivo de

determinar el estado de salud periodontal en pacientes de la tercera edad que permitirá perfeccionar labores de prevención trazar estrategias de tipo educativas o de intervención que pueda mejorar la gravedad de la enfermedad y aumentar la calidad de vida del adulto mayor.

Diseño metodológico

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en el consultorio No. 16 del área de Salud "Francisco Figueroa Velis" en Colón, Matanzas, durante el período comprendido de marzo 2018 a febrero del 2019, en un universo de 95 ancianos mayores de 60 años, estudiados en su totalidad sin distinción de raza, género o limitación física, que voluntariamente accedieron al estudio expresado en el consentimiento informado. No se estudiaron los edentes totales, o que tuvieran alguna enfermedad autoinmune que comprometiera el curso de la investigación. Se estudiaron las variables edad, sexo, prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal así como: factores de riesgos sistémicos y acumuladores de placa dentobacteriana. Los criterios de inflamación gingival se analizaron mediante el *Índice gingival de Silness y Löe* en su forma simplificada mientras que para diagnosticar la periodontitis, la investigadora se apoyó en el método clínico, usando como medio de diagnóstico la sonda periodontal, se consideró periodontitis leve la bolsa de 4 mm, periodontitis moderada bolsa entre 5 y 6 mm y periodontitis severa 7 mm o más.

Las variables se codificaron, se resumió la información y se introdujo en base de datos. Se emplearon medidas de resumen para datos cualitativos (cifras absolutas y porciento). Se procesaron datos con el paquete estadístico SPSS v.19.

Resultados y discusión

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y sexo.

EDAD	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60-74	29	30,52	23	24,21	52	54,73
75-89	15	15,78	12	12,63	27	28,42
90 y más años	11	11,7	5	5,26	16	16,84
Total	55	57.89	40	42.10	95	100

Fuente. Historia clínica.

La descripción de los pacientes estudiados se muestra en la tabla 1 en la que se observó que la mayor representación de los pacientes estudiados se encontraron entre 60 y 74 años (54,73 %) y la menor representación se constató en individuos con 90 y más años (16,84 %). En relación al sexo predominaron las mujeres sobre los hombres con valores respectivos de 57,89 % y 42,10 %.

Hernández Solís (2006) contrario al estudio discutido, encuentra una mayor representación del sexo masculino (52,6 %), sin embargo, Campodónico; et al (2012) coinciden con los hallazgos presentados y destacan al sexo femenino (70 %) entre las

edades de 60 y 65 años. También resalta la presencia del sexo femenino (59,2 %) Palomeque (2015) y destaca un predominio en las edades entre 75 y 84 años (39,6 %)

En relación al sexo, para la autora, la enfermedad periodontal se presenta de igual forma tanto en hombres como en mujeres, y considera que la condición de ser un adulto mayor no influye en la presencia de la enfermedad periodontal, dado que es una enfermedad que suele manifestarse de forma progresiva a partir de los 35 años. El resto de los datos solo tienen un valor descriptivo.

Manifestaciones N=95	Nº	%
Sangramiento	19	20
Movilidad	12	12,63
Bolsa ≥ 4mm	32	33,68
Lesión de furca	18	18,94
Migración apical de encía	32	33,68

Tabla 2. Manifestaciones periodontales identificadas en los pacientes estudiados.

Fuente. Historia clínica.

En relación a las manifestaciones periodontales identificadas (tabla 2) destacaron las bolsas periodontales y la migración en sentido apical de la encía ambas con valores de 33,68 %, seguidas del sangramiento y la lesión de furca con valores respectivos de 20 % y 18,94 %.

Los resultados alcanzados por Hernández (2006) discrepan de los discutidos, encuentra que el 59,8 % de los estudiados presenta migración de la encía en sentido apical, y encuentra que el 6,6 % presenta movilidad grado I y el 3 % movilidad grado II resalta además que el 17,5 % de los estudiados presentó bolsas mayores de 3 mm. Campodónico; et al (2012) muestran que el 13,3 % presenta sangramiento y que las bolsas periodontales entre 4 y 5 mm se observan en el 8.3 % de los estudiados. Por otra parte Cuasapas (2012) destaca el sangramiento gingival en el 14,7 %.

Para la autora el síntoma más frecuente es el sangrado espontáneo durante el cepillado dental, que aunque no fue el reflejo de lo discutido, en los pacientes de edad avanzada con frecuencia se observan cambios mínimos en el aspecto clínico de la encía marginal. Considera además que la tendencia a la migración en sentido apical de la encía en personas de la tercera edad, puede ser explicada entre otras razones, por deficiencias en la higiene bucal o por la presencia de factores predisponentes como la malposición dentaria generada por migraciones dentarias.

Tabla 3. Prevalencia y gravedad de la gingivitis en pacientes según sexo.

Puntaje	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 (SANOS)	3	3,15	15	15,78	18	18,94
	ENFERMOS					
1	15	15,78	10	10,52	25	26,31
2	9	9,47	3	3,5	12	12,63
3	6	6,31	2	2,10	8	8,42
Total	30	31,57	15	15,78	45	47,36

N= 95 Fuente. Historia clínica.

Al analizar las cifras reflejadas (tabla 3) se observó que el 18,94 % fueron sanos mientras que el 47,36 % presentó gingivitis donde prevaleció el sexo femenino (31,57 %) sobre el masculino (15,78 %). Atendiendo a la gravedad ambos sexos oscilaron entre los puntajes 1 y 2 que corresponden a la forma leve y moderada con valores respectivo de 15,78% y 9,47 % para el sexo femenino y 10,52 % y 3,5 % para el sexo masculino.

Taboada; et al (2014) encuentran una prevalencia de enfermedad periodontal de 96,7 %. Espeso Nápoles; et al (2006) aplican el índice de Russell y señalan que el 25 % presenta gingivitis. Lozada (2017) aplica igual índice que el empleado en el estudio señala que el 100 % presentó alteración gingival con predominio de la forma moderada (57 %), mientras Palomeque (2015) publica que el 33,3 % de los implicados en su estudio tenían gingivitis.

La autora considera la alta frecuencia de la gingivitis en la población estudiada está relacionada con el espesor del tejido gingival que tiende a ser más delgado por la disminución de las células del tejido conectivo y tiene menor grado queratinización.

Tabla 4. Prevalencia y gravedad de la periodontitis según sexo.

Sexo	Gravedad de la periodontitis							
	Leve		Moderada		Severa		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	13	13.68	6	6.31	3	3.15	22	23.15
Masculino	5	5.26	3	3.15	2	2.10	10	10.52
Total	18	18.94	9	9.47	5	5.26	32	33.68

N= 95 Fuente. Historia clínica.

La gravedad de la periodontitis se analiza en la tabla 4. Se observó que predominó la forma leve y moderada en ambos sexos con cifras de 18,94 % y 9,47 %. La prevalencia de periodontitis fue de un 33,68 %. De manera general el sexo femenino tuvo una prevalencia de periodontitis de 23,15 % y el masculino de 10,52 %.

Palomeque (2015) muestra una cifra mayor de prevalencia con 66,7 %. Para Taboada; et al (2014) la periodontitis leve fue la más frecuente y la constataron en 34 casos. Espeso; et al (2006) encuentran una prevalencia de 54,2 % de periodontitis mientras que el 16 % de los estudiados presentó periodontitis avanzada. Cuasapas (2012) refleja un 22.37 % de periodontitis

La autora considera oportuno destacar que cuando se examina el componente gingival de un anciano, se observa que la encía por lo general, tiene un color rosa pálido debido a la disminución del aporte sanguíneo por la obliteración fisiológica de los capilares submucosos. También se observa que tiene un aspecto delgado con cierta fragilidad dada la presencia del tejido conectivo deficiente que hace que se pierda el punteado característico, y a su vez provoca que la encía se lesione con más facilidad, además del patrón progresivo y continuo de la enfermedad con el avance de la edad. En esta población es comprensible la presencia de periodontitis dada la combinación de la especificidad bacteriana y los factores de riesgo que favorecen su inicio, desarrollo y progresión, los que se van acumulando con el curso de los años aumenta la inflamación y pasa a los tejidos de inserción, al disminuir la capacidad de resistencia de los tejidos.

Tabla 5. Presencia de factores de riesgo

Factores de riesgo N= 95	Nº	%
Sarro	33	34,73
Apiñamiento	8	8,42
Empaquetamiento activo de alimento	5	5,26
Restauración deficiente	26	27,36
Caries dental	12	12.63
Diabetes	57	60,32
Estrés	31	32,63
Tabaquismo	16	16,84
Ingestión de medicamentos	89	93,68

Fuente. Historia clínica.

En relación a la presencia de factores de riesgo (tabla 5) se constató que el 34,72 % de los pacientes examinados presentó sarro, al que le siguen los factores de riesgo restauración deficiente .y caries dental con valores respectivo de 27,36 % y 12,63 %.

Rodríguez; et al (2014)) publican cifras superiores, como 87,7 % el sarro y el 83,3 % para la caries dental. Hernández (2006) encuentra que el 74,4 % tiene lesiones cariosa mientras que el 73,5 % de los dientes presenta sarro resultado superior al discutido. También con resultados superiores se presentan Espeso; et al (2006) con un 77 % afectados por sarro mientras que 39,6 % presenta caries dental. Taboada; et al (2014) se presentan con el 100 % con caries dental. Inferior al resultado presentado lo expresa Campodónico; et al (2012) y exponen que el 21 % de los pacientes estudiados presenta calculo dental.

El hecho de que gran parte de la población estudiada presente sarro es significativo pues la aspereza y rugosidad en la superficie del sarro genera mayor presencia y acumulación de placa dentobacteriana. Este hallazgo permite planificar actividades de intervención en este grupo poblacional, teniendo en cuenta que la presencia de sarro contribuye a la pérdida de inserción de la adherencia epitelial, fundamentalmente en aquellos ancianos que no asisten periódicamente a consulta. La autora es de la opinión que esta alta presencia de sarro en los ancianos pudiera estar relacionada con la disminución de la destreza manual o psicomotora, propia del envejecimiento, así como las alteraciones en la agudeza visual las que generan dificultades para practicar un correcto cepillado dental.

Otro aspecto a tener en cuenta es la saliva, pues en la tercera edad disminuye su producción y se afectan los elementos de protección, es una saliva más fluida y de menor calidad; la cantidad de saliva es proporcional a la cantidad de agua ingerida por parte del adulto mayor. Al disminuir la calidad del flujo salival se compromete el mecanismo que neutraliza la disminución del pH generada por el metabolismo de las bacterias contenidas en la placa dentobacteriana, lo que entorpece el mecanismo de arrastre que disminuye el número de inmunoglobulinas salivares haciendo al individuo susceptible a la caries dental.

Como factores sistémicos destacaron la diabetes mellitus (60,32%) el estrés (32,63 %) y la ingestión de medicamentos (93,68 %) (Tabla 5)

Cuasapas (2012) plantea que el 11,8 % presenta diabetes mellitus y es del criterio que el paciente diabético tiene un riesgo relativo de 1,44 para adquirir la enfermedad periodontal. Campodónico; et al (2012) encuentran con diabetes al 10,8 %. Espeso; et al (2005) destacan que el 14,6 % de los examinados en su estudio son fumadores resultado muy cercano al discutido, mientras que la diabetes mellitus y el estrés muestran valores diferentes con cifras de 27 % 10,4 % respectivamente, con un valor inferior se muestra la ingestión de medicamento (22,9%). Palomeque (2012) destaca que el 48 % de los pacientes estudiados consume antihipertensivos y que el 7 % es afectado por trastornos psicosomáticos.

En cuanto al uso de medicamentos en la opinión de la autora es cierto que el proceso de envejecimiento produce una serie de cambios fisiológicos y patológicos que pueden modificar la respuesta del individuo a diferentes estímulos, y resulta común la presencia de enfermedades sistémicas en este grupo poblacional que los lleva consumir diversos tipos de medicamentos (antihistamínicos, antihipertensivos, diuréticos, ansiolíticos, antidepresivos, antineoplásicos, etc.) los que tienen repercusión sobre la salud bucodental. Algunos de estos medicamentos provocan como efecto secundario la

disminución del flujo salival dentro de los que se citan algunos analgésicos, antidepresivos, antihistamínicos, antihipertensivos así como derivados de los alcaloides opiáceos.

En relación a la diabetes mellitus se ha establecido que existe una asociación entre la diabetes mellitus y enfermedad periodontal debido a la acción de los microorganismos bucales y a la susceptibilidad de los tejidos, a lo que se suma el mal control metabólico de la enfermedad, la edad, el tiempo de evolución, y la presencia de complicaciones tardías. Los mecanismos más estudiados con potencialidades para influir negativamente en el curso de la enfermedad periodontal son: la resistencia disminuida a la infección, cambios vasculares, flora bacteriana bucal alterada, metabolismo anormal del colágeno, y la resistencia disminuida a la infección. (Mazzini; et al, 2017; Salan; et al, 2013)

El tabaquismo Influye en las características clínicas del tejido gingival, afecta la respuesta inmune, la función de fibroblastos y osteoblastos, la composición de la flora subgingival e interfiere en la cicatrización. (Colectivo de autores, 2017)

En relación al estrés se ha publicado que este factor puede influir en la salud bucal y que fundamentalmente intervienen en la modulación de respuestas inmune que pueden conducir a la enfermedad periodontal, en el estudio presentado no fue muy alto el resultado de este que pudiera estar relacionado con una buena armonía familiar y social. (Colectivo de autores, 2017)

Es importante que desde la atención primaria de salud se trabaje intencionadamente en la los pacientes de la tercera edad con una visión periodontal, que se realice un plan de tratamiento integral con más rigor en los pacientes geriátricos, dirigido hacia el control de la enfermedad, y establecer una retroalimentación con el especialista de periodoncia, el grupo básico de trabajo y el médico del consultorio de la del área de salud para el mejor control del factor sistémico.

CONCLUSIONES

Después de lo analizado y discutido en esta investigación se concluye que hubo una mayor representación en las edades entre 60 y 74 años en las que predominaron las mujeres sobre el sexo masculino. La enfermedad periodontal representada por la gingivitis y periodontitis tuvo una alta prevalencia en sus formas leve y moderada donde destacan manifestaciones como bolsas periodontales, migración apical de la y lesiones de furca. Son notables Los factores acumuladores de placa dentobacteriana, como el sarro, las restauraciones deficientes y la caries dental; así como los factores sistémicos diabetes mellitus, estrés e ingestión de medicamentos.

REFERENCIAS

Arce, W; Peraza, D. (2012). *Propuesta de un Plan de Mejora de la salud bucodental en el hogar del adulto mayor*. Disponible en www.biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2012/arce_ramirez_william_sa_2012.pdf.

Blanco, F.M. (2017) *Consideraciones actuales sobre la Estomatología Geriátrica y su importancia para una longevidad saludable*. Revista Médica Electrónica, 39 (1), 70-83. Disponible en http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684 18242017000100009&nrm=iso

Campodónico, C.; Chein, S.; Benavente, L.; Vidal, R.; Delgadillo, J.R.; Álvarez, M.A.; (2013). *El perfil de salud enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana*. Sanmarquina, 16 (2), 29-33. Disponible en www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od142f.pdf

Centro de Investigaciones sobre Longevidad, envejecimiento y salud. (2015). Disponible en: http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/cited/

Cerón, X.A. (2014). Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. *Revista Nacional Odontología*, 10 (19), 83-9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.16925/od.v10i19.853

Colectivo de autores. (2017) *Compendio de periodoncia*. La Habana:Ecimed.

Cuasapas, A.H. (2012). *Enfermedad periodontal en el adulto mayor adscrito a la unidad de atención ambulatoria del IESS Atuntaqui*. Disponible en: www.repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5524/1/106605.pdf

Espeso, N.; Mulet, M.; Gómez, M.; Más, M. (2006). Enfermedad periodontal en la tercera edad. *Correo Médico de Camagüey*, 3(4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1025-02552006000100005

Fernández, A. (2014). *Plan de asistencia dental gerontológica*. Disponible en: http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/14023/

Gallardo, A.; Picasso, M.A.; Huillca, N.; Ávalos, J.C. (2013) *Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana*. KIRU, 10(2), 145–50. Disponible en: www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2013/Kiruv.10.2/Kiru_v.10.2_Art.8.pdf

González, R.; Cardentey, J. (2015*).* Longevidad de la sociedad cubana en el siglo XXI: retos y desafíos. *Revista Ciencias Médicas de La Habana*. 21 (2) Disponible en: http://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/794

Hernández, E.F. (2006). *Estado bucodental del adulto mayor, residente en hogares para ancianos de la República de Guatemala, durante el año 2004*. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/09/09_1852.pdf

Instituto de Salud Pública. (2015). *La salud bucodental en los mayores. Prevención y cuidados para una atención integral*. Madrid, España. Disponible en: www.madrid.org/bvirtual/BVCM009099.pdf

Lozada, C.J. (2017). *Incidencia de periodontitis en el adulto mayor del asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús en la ciudad de Ambato*. Disponible en: www.dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/5623/1/PIUAODONT002-2017.pdf

Macías, G.D. (2015). *Enfermedad periodontal en pacientes de 30 a 60 años de edad, atendidos en el Subcentro de Salud Pimpiguasí,* en el periodo marzo – junio de 2015. Disponible en: www.repositorio.sangregorio.edu.ec/bitstream/123456789/306/1/OD-T1483.pdf

Mazzini, F.; Ubilla, W.; Moreira, T. (2017). Factores predisponentes que afectan la salud bucodental en pacientes con diabetes mellitus. *Revista Odontológica Mexicana* 21 (2) Disponible en: www.elsevier.es/es- revista-revista-odontologica-mexicana-90-pdf-S1870199X17300319

Ordaz, E.; Ordaz, M.Z.; Rodríguez, E. (2015) Salud oral en población geriátrica: experiencia en una casa de abuelos*. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río.* 19, 423-32. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000300006&nrm=iso

Palomeque, A.J. (2015). *Perfil epidemiológico de salud oral en personas de la tercera edad que habitan en el asilo Cristo rey de la Ciudad de Cuenca*. Disponible en: www.dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24042/1/tesis.pdf.pdf

Rodríguez, B.M.; Cruz, P.; Méndez, J. (2014) *Necesidades de tratamiento dental y/o periodontal En adultos mayores en una población mexiquense*. Horizontes; 6 (4) Disponible en: http://www.web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol6/4_NECESIDADES.pdf

Rodríguez, J.; Zas, V.; Silva, J.E, et al. (2014) *Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor*. Panorama Cuba y Salud. 9 (1), 35-41. Disponible en http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/6

Salan, L.B.; Heredia, M.M.; Morundo, S.; Vacca, V. (2013). *Relación entre enfermedades crónicas y salud bucal en adultos brasileros de bajo nivel socioeconómico*. Odonto Estomatolg 15(21) Disponible en. http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688=93392013000100004

Taboada, O.; Cortés, X.; Hernández, R.D. (2014). Perfil de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. *Revista ADM*; 71(2): 77-82 Disponible en: www.medigraphic.com/adm

CAPÍTULO 4. INNOVACIÓN Y CALIDAD EN LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

ESTRATEGIA DE DESARROLLO PARA LOS LABORATORIOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MATANZAS

DEVELOPMENT STRATEGY FOR THE BIOMEDICAL RESEARCH LABORATORY OF THE UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES OF MATANZAS

Mercedes M Delgado Sánchez (mercedesdelgado.mtz@infomed.sld.cu)

Rosa M. González Hernández (rosamgonzalez.mtz@infomed.sld.cu)

Arialys Hernández Nariño (arialishn.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

La investigación biomédica es la investigación científica destinada a obtener conocimientos y proponer soluciones a problemas de salud de las personas y la población, en Cuba el mejoramiento de la calidad de vida de su población es uno de estos retos, la Facultad de Ciencias Médicas “Juan Guiteras Gener” de Matanzas cuenta con un laboratorio de investigaciones biomédicas, que tiene la tarea de obtener resultados para ser introducidos en el sistema de salud pública, que ayudan a elevar la calidad de vida de la comunidad; por lo que el objetivo de esta investigación es establecer una estrategia de desarrollo en el laboratorio de investigaciones biomédicas. La estrategia se centró en el desarrollo de competencias en el personal del laboratorio biomédico, su preparación en materia de buenas prácticas de laboratorio y de fabricación, implementación de auto inspecciones internas, desarrollo de habilidades para el trabajo con estudiantes de las ciencias básicas, actualización con relación al uso de nuevas tecnologías, se estimula el trabajo en equipo y el sentido de pertenencia de nuestros trabajadores.

PALABRAS CLAVES: Estrategia; investigación biomédica; laboratorio.

ABSTRACT

Biomedical research is scientific research aimed at obtaining knowledge and proposing solutions to health problems of people and the population, in Cuba the improvement of the quality of life of its population is one of these challenges, the Faculty of Medical Sciences “Juan Guitars Gener ”of Matanzas has a biomedical research laboratory, which has the task of obtaining results that allow them to be introduced into the public health system and that help to improve the quality of life of the community; Therefore, the objective of this research is to develop a strategy that allows the evaluation of strategic capacities through the analysis of the work environment and the surrounding environment. The strategy focused on the development of skills in biomedical laboratory personnel, their preparation in the field of good laboratory and manufacturing practices, implementation of internal self-inspections, development of skills for working with students of the basic sciences, updating regarding with the use of new technologies, teamwork and the sense of belonging of our workers are encouraged.

KEY WORDS: Strategy; biomedicine; laboratory.

INTRODUCCIÓN

“La investigación biomédica es la investigación científica destinada a obtener conocimientos y proponer soluciones a problemas de salud de las personas y la

población, relacionados directamente con los más valiosos intereses del hombre: su vida y su salud" (Valdés, 2012).

Los objetivos de la investigación biomédica son:

- Satisfacer la necesidad del ser humano de incrementar sus conocimientos, para entender y mejorar su propia existencia.
- Contar con investigadores que enseñen a los estudiantes los fundamentos de las ciencias biológicas, psicológicas y sociales, en un marco de disciplina y rigurosidad científica. Ello atrae nuevas vocaciones al quehacer científico y familiariza a los estudiantes para analizar críticamente el conocimiento nuevo que, durante su ejercicio profesional, modificará al recibido en la etapa de formación universitaria.
- Incorporar al trabajo clínico conocimientos generados en las disciplinas básicas y pre clínicas.
- Descubrir recursos diagnósticos o terapéuticos, o elegir la mejor forma de usar los ya conocidos.
- Identificar problemas sanitarios de la población, aprender a corregirlos y prevenirlos.
- Elevar la capacidad de resolver problemas complejos y abordar factores sociales determinantes de la salud (Valdés, 2012).

Por lo general, el término "investigación" es acompañado por el adjetivo "biomédica" para indicar su relación con la salud. Así:

> (…) la obtención, análisis e interpretación de la información surgida de la investigación en seres humanos contribuye de manera significativa a mejorar la salud humana, conducida con base en los principios éticos fundamentales de respeto a las personas, protección a los sujetos vulnerables, beneficio individual y colectivo, es una exigencia que toda investigación implique el consentimiento de la persona, de que sus datos e información bioclínica sea empleada en estadísticas y publicaciones científicas, en general (Schmidt, 2008).

En centros de investigación biomédica "la competencia es obtención de un mayor prestigio, reconocimiento público y recursos financieros para la investigación y el impacto de los resultados son pretextos de importancia para competir en estos centros" (Fu, Zhang, Chang, 2008).

> (…) el trabajo va orientado a estimular las actividades de colaboración nacional e internacional para obtener fondos económicos y materiales necesarios que garanticen un trabajo de investigación sostenido; asimismo, a organizar y participar en actividades científicas a diferentes niveles, contribuir a la divulgación de los resultados científicos obtenidos por sus investigadores, y promover y estimular la política de obtención de grado científico (Cabrera, 2011).

La estrategia como clave fundamental del éxito en sus resultados, debe tener presente una idea central: la competencia (Heinze, Shapira, Rogers 2008); (Leydesdorff, Wagner, 2008); (Banner, 2008).

Es obvio que el concepto de competencia en los centros I + D adopta formas diferentes al de las instituciones militares o empresariales. Por ejemplo," la obtención de un mayor prestigio, reconocimiento público y recursos financieros para la investigación y el impacto de los resultados son pretextos de importancia para competir en estos centros" (Fu, Zhang, Chang, 2008).

Toda estrategia debe estar apoyada en un análisis realista de las capacidades y el ambiente en que opera la organización y estar sujeta a cambios de acuerdo con el comportamiento del entorno; debe ser inclusiva, valorada con frecuencia, casi a diario, pues ante los cambios del entorno debe reprogramarse y adoptar nuevas competencias (Martín-Moreno, Toharia, Gutiérrez, 2008).

En toda investigación es vital el compromiso de los investigadores de cumplir con la ética de trabajo, Cuando está ausente la formación moral del investigador, o es muy débil, surgen las hoy las llamadas "inconductas", los seminarios de ética pueden ser imanes frente al ejemplo que dan los científicos principales que se dedican a la mala conducta o a excusar la de los demás (Cotoy Weissenbacher, 1996; Hernández, Michelle, 2007; Sánchez, 2000).

Hasta no hace mucho los animales eran sujetos de investigación sin prevención ética alguna, por cuanto se pensaba que carecían de dignidad particular que obligara a tener con ellos algún tipo de consideración. Por lo menos en la cultura occidental, donde toda acción sobre esos sujetos estuvo tenida como éticamente neutra, no obstante que desde el siglo XVIII en Inglaterra se hablara de "emotivismo moral", despertando sensibilidad hacia el dolor animal. Los animales, de sujetos insensibles e irracionales comenzaron ser tenidos como seres "sintientes" (Sánchez, 2000).

Tanto la disección anatómica, sino también la administración de drogas y la inoculación de gérmenes los procedimientos que debían controlarse (Sánchez – González, 1996).

Los códigos de ética internacionales para la investigación Biomédica consideran como obligación, realizar ensayos con animales antes de efectuarlos en seres humanos, la propuesta de las normas conocidas como de "las tres erres": reducir el número de animales empleados; reemplazar el material animal vivo por técnicas experimentales alternas; refinar las técnicas para minimizar el sufrimiento animal, a través de la óptica científica, en miras a la producción de nuevo conocimiento científico bajo la reflexión bioética, analizando las condiciones de trabajo sin que estas incurran a la violación de dichas normas, los biomodelos animales como premisa principal para todos aquellos que guardan íntima relación con el quehacer científico, el uso de un mismo animal más de una vez, debe ser autorizada por el Comité de Bioética para la experimentación con animales del centro o la institución.de esta manera también se promueve la concepción bioética del estudiante sobre los procedimientos necesarios para su aprendizaje (Zadddy, 2016); (Rodríguez, 2012);(Russell y Birch,1959);(Rodríguez, 2015); (Maldonado, 2016); (Jayo, 2012);(Chunga y Chuquilin, 2017); (Morales,2015); (Sosa y Puentes, 2015).

En los últimos años el sector médico-científico se ha involucrado mucho más en varios ámbitos sociales, políticos, mediáticos y de formación para asegurar la defensa del bienestar de los animales utilizados en experimentación, los procedimientos empleados en la utilización de animales de laboratorio tienen como finalidad evitar una metodología

negligente que incida en el maltrato de los mismos (Morales, 2015); (Landínez, Tenorio, Puentes, 2015); (Moyano, Castro, Prieto 2015); (Gutiérrez y Contreras, 2015); (Molina, Alonso, Heredia, García, Sánchez, Castro, Chaviano, 2015). El objetivo de este trabajo es proponer una estrategia de desarrollo para los laboratorios de investigación biomédica de la universidad de ciencias médica de Matanzas, a partir del conocimiento de nuestras fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (DAFO), la formulación de una propuesta de estrategia de trabajo mediante el cumplimiento de objetivos estratégicos a corto/mediano/largo plazo; estableciendo proyecciones futuras de desarrollo.

Descripción de materiales y métodos empleados

Se evaluaron las capacidades de trabajo actual de los laboratorios de investigaciones biomédicas, así como el ambiente en que opera nuestra organización, para ello se realizaron varias sesiones de trabajo grupal y se hizo una revisión documental, donde, fueron chequeadas todas las áreas de trabajo y se verificó la existencia de reglamentos, manuales, normas, instructivos y procedimientos que rigen el trabajo de los laboratorios para conocer las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (DAFO)existentes que garanticen la competencia de trabajadores del área, las condiciones para apoyar la formación de los estudiantes de las ciencias básicas, y el desarrollo de investigaciones biomédicas con calidad, finalmente se formuló una estrategia de la cual se derivan objetivos estratégicos a corto/mediano/largo plazo, así como proyecciones futuras que estimulan el desarrollo sostenido de investigaciones multidisciplinarias que eleven la calidad del sistema de salud.

Misión: Generar conocimiento de alto valor en las investigaciones biomédicas y la docencia donde se implique a profesores, investigadores, estudiantes de pregrado, posgrado, mediante la ejecución de proyectos investigativos asociados a las ciencias básicas clínica y epidemiológica, como solución a problemas de salud de la provincia, concibiéndose así como un espacio de investigación biomédica multidisciplinaria con personal de trabajo preparado y comprometido.

Principales resultados del diagnóstico

Se describen las principales fortalezas y debilidades encontradas.

Fortalezas.

Capital humano con deseo de trabajar, aprender y elevar su competencia.

Infraestructura disponible, que permite la ejecución de investigaciones multidisciplinarias con un enfoque básico-clínico.

Debilidades

No existencia de reglamentos, manuales, normas, instructivos y procedimientos que rigen el trabajo de los laboratorios.

Deficiencia en la gestión de las necesidades de los laboratorios.

Falta de sólidos equipos de trabajo liderados por profesionales con el más alto nivel de formación.

Falta de preparación del personal del laboratorio.

No se cuenta con los programas de las especialidades de las ciencias básicas establecidos para ejecución en nuestros laboratorios.

Desconocimiento por el personal de laboratorio de las tareas de investigación por proyectos a realizar y del cronograma de ejecución de los mismos.

Desconocimiento de las proyecciones de trabajo de los laboratorios.

Falta de equipamiento, instrumentos y reactivos que permita realizaran análisis generales propios del laboratorio.

Falta de verificación y calibración de los equipos.

Oportunidades

Voluntad política del Estado para la integración de hospitales, policlínicos y universidades de ciencias médicas.

Demanda creciente de búsqueda de soluciones a los problemas de salud en una población con aumento del envejecimiento.

Amenazas

Ausencia de doctores en Ciencias e investigadores titulados categorizados en el área.

Tecnología atrasada, algunos equipos rotos y otros sin posibilidad de reparación.

Inexistencia de políticas y principios que rigen el trabajo de los laboratorios.

Lentitud en la gestión de las necesidades de los laboratorios.

Propuesta de estrategia para laboratorios biomédicos

La estrategia de los laboratorios biomédicos propone un grupo de aspectos relacionados que su cumplimiento se traducen en la elevar la competencia de los trabajadores de los laboratorios de investigación, utilizando el método científico como herramienta para identificar, analizar y resolver problemas inherentes a su quehacer profesional y en otros ámbitos del conocimiento y de las ciencias, con el fin de contribuir a mejorar los niveles de salud de la población

Principio:

El principio de esta estrategia se basa en el desarrollo de la competencia de los laboratorios biomédicos mediante la preparación y actualización permanente de técnicos y profesionales que laboran en el área, el respeto mutuo, el estímulo del trabajo en equipo y el sentido de pertenencia.

Objetivo general:

Elevar la competencia de los laboratorios de investigación biomédica y estimular el desarrollo sostenido de investigaciones multidisciplinarias que eleven la calidad del sistema de salud. Asegurando la competitividad científica mediante la revisión continua del cumplimiento de las políticas establecidas; de la evaluación continua de la actividad desarrollada, así como la evaluación y chequeo permanente del personal del área como forma de garantizar la ejecución de la estrategia implementada y del cuidado al medio ambiente.

Capital humano:

Se evaluará el personal de forma permanente, mediante la medición de indicadores como: competencia, capacitación y confiabilidad en la actividad que realiza, calidad de los resultados obtenidos, cumplimiento de las reglamentaciones establecidas.

Documentación:

Es obligatorio para todo el personal técnico la elaboración e implementación de los reglamentos, manuales, normas, instructivos, registros y procedimientos que va a utilizar en el desarrollo de su trabajo, que contengan la información suficiente para facilitar, de ser necesario, la identificación de los factores que afectan al resultado.

Instalaciones y condiciones ambientales:

Se asegurará que las condiciones ambientales de las instalaciones sean adecuadas para las actividades que se realizan y que no deben afectar adversamente a la validez de los resultados, documentando los requisitos, controles, acceso a las mismas.

Equipamiento:

El personal autorizado tendrá acceso al equipamiento (incluidos pero sin limitarse a, instrumentos de medición, software, patrones de medición, materiales de referencia, datos de referencia, reactivos, consumibles o aparatos auxiliares) que se requiere para el correcto desempeño de las actividades de laboratorio.

Apoyo a la docencia e investigadores de proyectos:

Las especialidades básicas deben entregar los programas que sus estudiantes realizarán en los laboratorios con antelación a la rotación por los mismos para garantizar su ejecución con calidad.

Los investigadores de proyectos deben coordinar y entregar por escrito el protocolo con su cronograma de trabajo al laboratorio.

Quejas

El laboratorio debe contar con un proceso documentado para recibir, evaluar y tomar decisiones acerca de las quejas.

El sistema de gestión de la información del laboratorio debe:

a) estar protegido contra acceso no autorizado;

b) estar salvaguardado contra manipulación indebida y pérdida.

Acciones de mejora

El laboratorio debe identificar y seleccionar oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria mediante la revisión de los procedimientos operacionales, el uso de las políticas.

Acciones correctivas

Se recogerán en un registro como constancia y forma de control.

Cuando ocurre una no conformidad, el laboratorio debe:

a) reaccionar ante la no conformidad, según sea aplicable:

- emprender acciones para controlarlas y corregirlas;

b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir.

Auditorías internas

Se establecerán las auditorías internas a intervalos planificados para obtener información acerca del cumplimiento de los principios y objetivos planteados con el fin de conocer el desarrollo del trabajo planificado; dejando evidencia escrita su realización.

Principales objetivos propuestos en la estrategia de los laboratorios biomédicos:

Corto plazo. (Enero 2020 –Octubre 2020).

Capacitar el personal que labora en áreas del (LIB) y obtener categoría investigativa los profesionales del área.

Identificar los servicios de apoyo necesarios para cumplir con las actividades planificadas en los (LIB).

Especificar la responsabilidad, autoridad e interrelación del personal que labora en los(LIB).

Documentar el Sistema de trabajo del área de los laboratorios de investigaciones biomédicos (LIB).

Calibrar y Verificar los equipos del área de (LIB)

Incorporar en la plantilla un profesional de ciencias farmacéuticas.

Mediano plazo (2020-2022)

Elaborar la política de gestión de la calidad de los (LIB).

Incentivar número de publicaciones y el desarrollo de tesis maestrías y tesis doctorales acorde con las líneas de investigación en que se trabaja.

Identificar los riesgos y las oportunidades cotidianamente para lograr mejores resultados y prevenir efectos negativos.

Desarrollar líneas de trabajo colaborativo con universidades nacionales y extranjeras.

Largo plazo (2020-2025)

Implementar líneas de trabajo colaborativo para mantener el perfil de excelencia del Sistema Nacional de Investigadores, apoyar la docencia a nivel de pregrado y de posgrado.

Contribuir a la divulgación de los resultados científicos obtenidos por los investigadores.

Promover y estimular la política de obtención de grado científico.

Obtener fondos económicos y materiales que garanticen un trabajo de investigación competente y sostenida.

Proyecciones futuras

Lograr una plantilla en el laboratorio que permita la inclusión de un personal administrativo que se encargue de las gestiones propias de los laboratorios.

Contar con profesionales afines a las ciencias básicas, que sirvan de asesores para diversificar las líneas de investigación y el apoyo a los investigadores.

Lograr proyectos de investigación con colaboración extranjera para elevar nuestra competitividad y prestigio, que a la vez nos proporcione el aporte de financiamiento y la obtención de nuevas tecnologías.

Estudiar posibles formas y técnicas que eleven la motivación y el sentido de pertenencia del grupo.

Una vez aplicada la estrategia se medirá su ejecución y avance mediante el análisis de indicadores que serán establecidos en un procedimiento, divididos en cada objetivo de trabajo, donde serán evaluados teniendo un criterio de cumplimiento de Bien, Regular y Mal y se establecerán medidas correctivas que se controlarán con fecha de cumplimiento y responsable.

CONCLUSIONES.

Se modeló una estrategia para los laboratorios biomédicos de la Universidad de Ciencias Médicas de la provincia de Matanzas que eleva la competencia del mismo al elevar la competitividad científica de su personal, desarrollar la motivación de la investigación científica entre la comunidad universitaria, estimular la formación de investigadores y los grados científicos, así como promover acuerdos y proyectos conjuntos con instituciones científicas, tecnológicas y del ámbito empresarial el entorno nacional e internacional, potenciar la colaboración con otros centros y grupos de investigación concibiéndose así como un espacio de investigación biomédica multidisciplinario; con el fin de estimular el desarrollo sostenido de proyectos investigativos elevando la calidad del sistema de salud.

REFERENCIAS

Valdés G.S; Armas R.M., Reyes H.B (2012) Principales características de la investigación biomédica actual, en Chile. *Rev. Med Chile*; 140: 484-492.http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000400009

Schmidt H., L (2008) Propuesta para el desarrollo de un sistema de regulación y control técnico-social de la investigación Biomédica y Biotecnológica: Caso Venezuela Revista Latinoamericana de Bioética, 8 (1), enero-junio, pp. 32-57 Universidad Militar Nueva Granada Bogotá, Colombia.

Fu C-H, Zhang Z-P, Chang H, Tao J-R, Chen Z-H, Dai Y-L, et al (2008*) A kind of collaboration competition networks. Physica A. Statistical Mechanics Applications*;387 (5-6):1411-20.

Cabrera J L (2011) *Expediente de la Unidad de investigaciones biomédicas (UNIB) para optar por la categoría de Instituto de Investigaciones*. Santa Clara: Universidad de Ciencias Médicas.

Heinze T, Shapira P, Rogers JD y Senker JM (2009) *Organizational and institutional influences on creativity in scientific research*. *Research Policy;*38(4):610-23.

Leydesdorff L, Wagner CS (2008) *International collaboration in science and the formation of a core group*. J Informetrics.;2(4):317-25.

Bammer G (2008) Enhancing research collaborations: Three key management challenges*. Research Policy*; 37(5):875-87.

Martín-Moreno JM, Toharia J, Gutiérrez JA (2008) Evaluación y priorización de la investigación científica en España. El punto de vista de los investigadores. *Med Clínica;* 13 (Suppl 5):S12-9.

Coto, C.E. y Weissenbacher, M.C (1996) *Aspectos éticos que plantea la investigación biomédica básica*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS, (3) noviembre, p. 112.

Hernández J, Michelle Y (2007) *El programa interno para el cuidado y uso de los animales de laboratorio en las instituciones biomédicas docentes, de investigación científica e industria farmacéutica*. Acta;13(1): [aprox. 3p.] Recuperado en: http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=bf0218f1-551d48ca-b2db24a9a2ec1efa%40sessionmgr115&vid=1&hid=123&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=aph&AN=35215134

Sánchez F (2000) *Nómadas (Col), *Ética e investigación biomédica*. 13 (octubre), pp. 199-208 Universidad Central Bogotá, Colombia. Recuperado en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105115264016

Sánchez, M.A (1996) *La ética del uso de animales con fines científicos*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. (3), 74, noviembre.

Ruíz Z. A (2016) Consideraciones sobre el uso de animales en la sección métodos de las publicaciones científicas. *Rev. Arch Med Camagüey* 20(4).

Rodríguez E (2012) Desafíos éticos de la manipulación genética y la investigación con animales. *Rev. Perú Med Ex Salud Pública* [Internet]. [Citado 12 mayo 2018]; 29(4): [aprox. 6 p.]. Recuperado en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3711750/.

Russell, W. y Birch, R. (1959)*The Principles of Humane Experimental Technique*, Methuen, London.

Rodríguez E (2007) *Ética de la investigación en modelos animales de enfermedades humanas*. Acta Bioética [Internet].[citado 12 mayo 2018];12(1): [aprox. 4p.]. Recuperado en: http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=91ec583a-26b94f33-aed12a968093ea20%40sessionmgr113&vid=1&hid=123&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=aph&AN=35215135

Maldonado J (2016) Experimentación con biomodelos animales en ciencias de la salud. Venezuela. *Avances en Biomedicina*. [Revista on-line]. [citado 12 Mayo 2019]; 5(3).Recuperado en : http://www.redalyc.org/pdf/3313/331349259008.pdf

Jayo M. (2012) Guía para el cuidado y Uso de animales de Laboratorio. Institute of Laboratory Animal *Resources*. [Revista on-line].[citado 12 Mayo 2018]; Recuperado en : http://www.conicyt.cl/fondecyt/files/2012/10/Gu%C3%ADapara-el-Cuidado-y-Uso-de-los-Animales-de-Laboratorio.pdf

Chunga B, Rodríguez A, Chuquilin L (2017) Propuestas de solución para el correcto manejo y uso de animales de experimentación en bioterios. *Rev. Méd Trujillo*; 12(4):148-9.

Morales D (2015) Investigación preclínica en las ciencias biomédicas. *Rev. Cubana Estomatología;* 52: 42-55. [Google Scholar]

Landínez AY.; Tenorio S.; Puentes T. (2015) Bioética y bienestar animal en medicina veterinaria. *Rev. Conexión Agropecuaria* JDC.; 4: 77-87. [Google Scholar]

Moyano E.; Castro F.; Prieto Gómez J. (2015) *Bases sociales y políticas del bienestar animal en la Unión Europea*. Ambienta.; 112: 68-93. [Google Scholar]

Gutiérrez G.; Contreras CM. (2015) Algunas reflexiones sobre la ética de la investigación en las ciencias de la salud. *Psicología y Salud*. 26: 129-36. [Google Scholar]

Molina, José L.; Villavicencio A.; Heredia G.; Ruiz, D.; García MN.; Sánchez C.; Castro M.; Chaviano, L. (2015) Bioética en la Experimentación Animal REDVET. *Revista Electrónica de Veterinaria* 16(2), pp. 1-19 Veterinaria Organización Málaga, España.

Reglamento para el cuidado y uso de animales de laboratorio en la Universidad de Buenas Aire. [Revista online].2016 [citado 12 Mayo 2019];Recuperado de: www.fmed.uba.ar/investigadores/cicual/Reglamento%20UBA

EVALUACION DE COMPETENCIAS INVESTIGATIVAS E INNOVATIVAS. CONTRIBUCIÓN A LA INTRODUCCION DE RESULTADOS CIENTIFICOS EN LA EDUCACION MÉDICA

EVALUATION OF RESEARCH AND INNOVATIVE COMPETENCES.A CONTRIBUTION TO SCIENTIFIC RESULTS INTRODUCTION IN MEDICAL EDUCATION

Regla Ponce de León Narváez (reglap.mtz@infomed.sld.cu)

Arialys Hernández Nariño (arialishn.mtz@infomed.sld.cu)

Alejandro Antuan Díaz Díaz (alexdd@infomed.sld.cu)

RESUMEN

En Cuba la transformación de la realidad, por medio de la introducción de resultados científicos, constituye una alta prioridad desde 1959 hasta la fecha. En este sentido el desarrollo de competencias investigativas e innovativas en los profesionales es esencial para el impulso necesario a la aplicación de resultados generados por la investigación y la innovación. Este trabajo presenta los resultados fundamentales de una evaluación de competencias investigativas e innovativas. Se realizó un estudio descriptivo en la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas en el período enero a mayo del 2019. Se diseñó un instrumento de evaluación, la validación del contenido del mismo, por criterio de expertos, se realizó de acuerdo a los postulados de Moriyama; su consistencia interna fue medida mediante el coeficiente alfa de Crombach. En la muestra de 318 profesores encuestados fueron evaluados con un bajo nivel de competencias y habilidades investigativas, innovativas y un nivel medio de aptitud para tales propósitos.

PALABRAS CLAVES: competencias investigativas, competencias innovativas; resultado científico; introducción de resultados científicos.

ABSTRACT

In Cuba, the transformation of reality, through the introduction of scientific results constitutes a high priority from 1959 to date. In this sense, the development of research and innovative skills in professionals is essential for the necessary momentum to the application of results generated by research and innovation. This work presents the main results of an evaluation of investigative and innovative competencies. A descriptive study was carried out at the University of Medical Sciences of Matanzas in the period of January to May 2019. The universe of study was represented by all university professors. An evaluation instrument was designed and validated by experts, in compliance with Moriyama principals; as for its consistency, it was tested through Crombach coefficient. The evaluation of 318 professors showed it was predominant a middle level of aptitude for such purposes.

KEY WORDS: research competences, innovative competences; scientific result; scientific results introduction

INTRODUCCIÓN

En Cuba, la transformación de la realidad, por medio de la introducción de resultados científicos (IRC) constituye una alta prioridad desde 1959, refrendado en los documentos de los Congresos del Partido Comunista de Cuba (PCC); en la fundación en el año 1994, del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA), en el sistema de programas y proyectos asociados ,estructurado en atención de las prioridades establecidas en los diferentes niveles de dirección del estado, para dar respuesta a problemas y necesidades del desarrollo del país.

Se constata en el Periódico Granma (5 de enero 2019, 19 de febrero 2019) que en la Política Económica y Social del Partido y la Revolución, aprobada en el VI Congreso del PCC, se ratifica la voluntad política de continuar potenciando el proceso de introducción de los resultados científicos, así queda establecido en el capítulo V, Lineamiento 99 de la política económica y social del partido la revolución para el período 2017-2021 y en los fundamentos de la política científica del país, lo que se ratifica para el año 2019 por las primeras instancias de dirección (Puig Meneses, 2019). De manera que

> (…) la gestión de la ciencia, la tecnología y la innovación en las universidades debe desempeñar un rol de vanguardia en la búsqueda de enfoques y mecanismos creativos para mejorar los procesos de formulación e implementación de las estrategias, que buscan la calidad no sólo en la excelencia de los programas académicos, sino también en los impactos de la docencia y la ciencia universitaria en la sociedad (Martínez y Jaya, 2019, p.14).

En la sistematización realizada, se encontraron scasas referencias relacionadas con el tema que ahora ocupa en el ámbito de las ciencias de la educación médica, a pesar de que se ha identificado como problema por Cabrera, Quiñones, Álvarez y Gómez (2007), Núñez (2010), Santana, Toledo, Norabuena y Toledo Santamaría (2015) y Puentes, Rojas y Camejo (2016). Nuñez (2010) considera que la aplicación práctica de los resultados derivados de la investigación-desarrollo al sistema de salud y el avance propio de la Ciencia y la Técnica ha impuesto un reto a los investigadores, trabajadores y ejecutivos de las políticas de salud.

En la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se ha logrado, en los últimos años, mayor precisión en los problemas a resolver por vía científica, se ha incrementado el potencial científico, y se ha mejorado la socialización y publicación de los resultados; sin embargo se observan dificultades en la introducción de los resultados de investigación, lo que es reflejo de brechas en las competencias científica e innovativa de los profesionales en este ámbito. El objetivo de este trabajo es: evaluar las competencias científicas e innovativas de los profesores de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Referentes teóricos del proceso de introducción de resultados científicos

El análisis bibliográfico permitió visualizar que existe una tendencia a considerar la introducción de resultados científicos como una etapa dentro del proceso de investigación científica; sin embargo las entrevistas a los expertos y las vivencias acumuladas de la experiencia que poseen los autores como docentes y directivos del Sistema de Ciencia en Innovación Tecnológica (SCIT), hace considerar la introducción de resultados científicos como un proceso en estrecha relación con el

subsistema de programas y proyectos donde se planifica y genera el resultado científico; con el subsistema de producción científica, donde se controla y evalúa la calidad científica de los resultados y su socialización a través de su presentación en eventos científicos, y en publicaciones científicas; con el subsistema de generalización donde se incorporan los resultados a la práctica social, y el subsistema de factores de integración, donde a través de los Forum, la ANIR, las BTJ, se acelera el proceso de dinamización y difusión de la ciencia y la innovación y se propicia la introducción eficiente y eficaz de los resultados científicos obtenidos de la actividad investigativa del potencial científico.

En esta misma línea de pensamiento, los rasgos encontrados en las definiciones propuestas o asumidas por autores como Castellanos, Fernández, Llivina, Arencibia y Hernández (2005); Escalona (2008); Ramírez (2008); Chirino (2009); Botero, Urrego y Palacio (2012), Nocedo (2015); Torres, Ramírez, Muñoz y González (2017) y Valcárcel et al. (2019), permiten a los autores identificar a la Introducción de Resultados Científicos para la Educación Médica, como un proceso, dentro del sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica, que garantiza la adecuada planificación, organización, realización y control de la investigación científica organizada en programas y proyectos a ciclo completo**,** dirigido a promover el uso de técnicas y procedimientos que garanticen la implementación de los resultados de la investigación en la práctica médica, con el fin de transformarla, que se manifiesta desde el diseño del proyecto de investigación, desarrollo o innovación tecnológica, hasta la evaluación del impacto de la introducción del resultado en todos sus aspectos: científico, sociocultural, económico y político. Ello constituye un sistema de relaciones con el resto de los subsistemas del SCIT.

Competencias científicas e innovativas.

Desde la teoría de la educación avanzada, el término desempeño profesional se define como: “la capacidad para referirse a una conducta real de lo que hace y sabe hacer; en ella incluyen también la idoneidad, específicamente de un profesional para realizar acciones en su objeto de trabajo" Díaz (2012.p.6), y enfatiza que se reconoce como otra línea en que se mueven investigadores de la Educación Avanzada como Pérez (2009) y Morales, Oramas, Valcárcel y Rodríguez (2017); este último relaciona el desempeño profesional con las competencias, entendiéndolas como “ la combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes que se ponen en acción y en la que se movilizan todos los recursos para un desempeño profesional adecuado en un contexto dado” Rodríguez (2017.p.11). Los autores consultados sustentan la teoría de la educación avanzada, asumen los conceptos de capacidad y competencia enunciados anteriormente.

Luego de sistematizar a un grupo de investigadores acerca del término competencias investigativas, González (2017) lo define con un enfoque interdisciplinario para las tecnologías de la salud, concepto que a juicio de los autores puede ser contextualizado y asumido para la educación médica como la potencialidad del ser humano, que se expresa en el marco de todo proceso de investigación científica que permite, a partir de la integración, cooperación y enriquecimiento de saberes, la resolución de problemas profesionales y pedagógicos, la construcción de nuevos conocimientos de las ciencias que intervienen y de los actores que participan con el investigador.

Para Ramírez y Valenzuela (2017) en el mundo académico, las competencias innovativas se enuncian de una manera un tanto distinta y, aplicando las concepciones de Villa y Poblete (2007), se identifican tres grandes categorías: las instrumentales, las interpersonales y las sistémicas. La competencia de innovación está ubicada en la categoría de sistémicas, estos autores hacen alusión a las destrezas y habilidades que tienen relación con un sistema y analógicamente a la jerarquía de necesidades, pero enfatizan que se requieren las dos categorías de competencias anteriores para poder llevar a cabo estas. La innovación como competencia según ellos, supone un conjunto de indicadores de progreso para la evaluación de esta competencia, las competencias se deben enunciar con base en desempeños observables que ostenten un nivel de destreza o idoneidad; y, en coincidencia con Guerra (2014), para desarrollar estas competencias se necesitan conocimientos, habilidades y aptitudes.

Nocedo de León (2015) considera que la función de la Investigación Educativa, dentro del sistema de Ciencias de la Educación, es una vía para construir conocimientos que perfeccionen constantemente la realidad educativa. De modo que el conocimiento de esta ciencia resulta importante para el desarrollo de las competencias investigativas e innovativas de los educadores; por lo tanto, diagnosticar el nivel de competencias investigativas de los profesores se convertiría en una herramienta muy útil para establecer adecuadas estrategias de generación e introducción de resultados.

Diseño metodológico

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas en el período de Enero-Mayo del 2019, para evaluar las competencias investigativas e innovativas de los profesores, para contribuir a una toma de decisiones oportuna y efectiva en la mejora de la introducción de resultados científicos.

El universo de estudio estuvo constituido por los 1847 profesores que constituyen el potencial científico de la universidad. El tamaño muestral y la selección de la muestra de 318 profesores fue calculado utilizando el paquete Epidat 3.1 para un 95 % de confiabilidad, y un 5 % de error, se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio simple, al azar fueron seleccionados profesores de los departamentos docentes de la facultad, de las filiales de Colón y Jaguey Grande, dependiendo de la proporción que cada uno aportó al universo.

Se aplicaron métodos como métodos del nivel teórico, la revisión sistemática mediante el análisis y resumen de los resultados de estudios disponibles, localizados y recuperados en diferentes bases de datos bibliográficas: el 30% de los últimos 5 años, el 49,2 % de los últimos 10 años, de ellos 11 tesis doctorales; de análisis y síntesis e histórico lógico que permitió determinar los aspectos teóricos esenciales de la introducción de resultados científicos en la educación médica; y del nivel empírico, pues se aplicaron entrevistas y encuestas.

Aplicando la tecnología educativa creada por los investigadores de la Educación Avanzada, se siguieron las etapas del proceso de parametrización (Añorga, Valcárcel y Che, 2008). Se definieron cuatro (4) variables asociadas a las competencias, habilidades y aptitudes y 11 indicadores (Cuadro 1).

Cuadro 1 Variables e indicadores de competencias, habilidades y aptitudes científicas e innovativas. Fuente: Elaboración propia

No	Variables	Indicadores
1	Competencias Investigativas	1-Nivel de dominio de la metodología de la ciencia
		2-Nivel de conocimiento sobre nociones de diseño, aplicación y evaluación de instrumentos de recolección de datos.
		3-Nivel de conocimiento sobre herramientas para gestionar la información y el conocimiento.
		4--Nivel de conocimiento sobre el uso del método estadístico
		5-Nivel de conocimiento sobre técnicas de comunicación oral y escrita
		6-Nivel de conocimiento sobre la elaboración de proyectos de innovación
		7-Nivel de conocimiento sobre la elaboración del análisis de costo de los proyectos de investigación-
2	Competencias Innovativas	8-Nivel de conocimiento sobre la innovación.
3	Habilidades Innovativas	10-Nivel de percepción sobre las habilidades para desarrollar la cultura innovadora
4	Aptitudes Innovativas	11-Nivel de percepción sobre las aptitudes para desarrollar la cultura innovadora

Se consideraron los criterios de Grijalva y Urrea (2017), Guerra (2014) combinado con entrevistas individuales, la experiencia profesional y la revisión de documentos, se diseñó un instrumento de evaluación (Anexo 1). Se escogió el cuestionario de auto reporte como técnica de indagación, el cual fue necesario construir y validar en el transcurso de la investigación pues no se encontró un instrumento que se ajustara a la concepción teórica sobre el término que conduce este trabajo.

Antes de su aplicación, este instrumento fue sometido a consideración de 11 expertos, 5 Máster y 6 Doctores en Ciencias, seleccionados bajo el principio de voluntariedad y por tener más de 10 años de experiencia en la docencia y desempeño en la esfera de la gestión de la Ciencia y la innovación Tecnológica quienes validaron los incisos del instrumento diseñado mediante los criterios de Moriyama (1968) razonable,

comprensible, sensible a variaciones en el fenómeno que se mide, con suposiciones básicas justificables, con componentes claramente definidos y derivables de datos factibles de obtener, los investigadores evaluaron cada uno de los ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0. Se consideró adecuado, si la mayoría de los incisos fueron evaluados por encima del 70% con resultado de “mucho” en cada uno de los criterios.

El cuestionario de validación fue sometido a una prueba piloto en un grupo de 15 profesores, para detectar problemas de aplicación del cuestionario, comprobar la comprensión de las preguntas y el funcionamiento del instrumento en relación al lenguaje o redacción de los ítems y la facilidad de interpretación de cada ítems La validación de la consistencia interna del cuestionario se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Crombach el cual permitió comprobar el contexto interno de cada ítem. Se consideró que el test era adecuado, cuando el valor de alfa fuera igual o superior a 0,7 tomando en cuenta las valoraciones de los expertos y las respuestas de los participantes en la prueba piloto, se modificó, ajustó y se elaboró la versión final del cuestionario.

Se conformaron bases de datos en Excel con la información procedente de los cuestionarios y se procesaron en el paquete de programa SPSS, versión 21. Previo al procesamiento se realizó un análisis exploratorio de los datos a través de métodos gráficos y matemáticos de estadística descriptiva, en los cuales se identificaron posibles errores u omisiones que fueron subsanados. Las variables de orden cualitativo se resumieron en porcentajes.

Esta investigación respetó los postulados de la ética de la investigación. Tuvo como objetivo esencial el puramente científico, sin afectaciones del medio ambiente, ni riesgos predecibles. Para realizar la encuesta, se le informó al entrevistado de los objetivos perseguidos con la investigación y se le solicitó su consentimiento. La información obtenida no se empleó para otros fines fuera del marco de la investigación. Los datos primarios se manejaron con discreción para la investigación.

Evaluación de las competencias investigativas e innovativas

En el proceso de validación de contenidos, el 100 % de los ítems fueron evaluados en la categoría de mucho, por el grupo de expertos, la consistencia interna del instrumento fue evaluada de adecuada, ya que el cálculo del coeficiente Alfa de Crombach fue de 0,8393, por lo que se considera adecuado el instrumento diseñado y aplicado (Anexo 1).

Entre los principales resultados se destaca, en las características generales, un predominio del sexo femenino, en un 75%, existe un 23 % de profesores en los grupos de edades, de 25-34, de 45 – 54, y de 55 a 64 , lo que habla de un claustro que se está renovando, en relación con la experiencia laboral, el 28.3 % tiene una experiencia entre 16 y 25 años, el 26.6 % de 6 a 15 años, y el 25 % posee 35 ó más años de experiencia laboral, se evidencia que la universidad tiene un claustro de profesores con una adecuada experiencia laboral.

La evaluación relacionada con las competencias, habilidades y aptitudes, investigativas e innovativas, la variable competencias investigativas, el indicador 1, relacionado con el

nivel de conocimiento de la metodología de la investigación científica, los cinco ítems , fueron evaluados con un nivel bajo de competencias, resultando el 1,5 el de más bajo nivel, solo el 17,6% de los encuestados evaluó el nivel de competencia alto, el resto de los indicadores relacionados con esta variable del 2 al 7, fueron evaluados con un nivel bajo, excepto el 5 relacionado con el Nivel de conocimiento sobre técnicas de comunicación Oral y escrita que el 66,6 % de los encuestados, evaluó de adecuados sus conocimientos, alcanzando un nivel medio de competencia, los indicadores de más bajo nivel, fueron el 7, considera tener conocimientos, solo el 21,5% considera de adecuado su conocimiento, y el seis, donde solo el 29.4% considera tener conocimientos adecuados para elaborar proyectos de innovación.

La variable competencias innovativas, en sus 2 indicadores, alcanzó un nivel de evaluación bajo, solo el 29% de los encuestados refiere tener conocimientos adecuados sobre la innovación, y el 33% domina herramientas de la innovación. En la variable habilidades innovativas, igualmente, los encuestados refieren tener bajas capacidades, excepto en el ítem # 4, donde el 78.9 % de estos refiere tener una adecuada capacidad para trabajar en equipo. En la variable Aptitudes innovativas, el indicador alcanzó un nivel medio de competencia, pues en tres ítems, menos del 80% de los encuestados, refiere tener adecuadas aptitudes, excepto el ítem 4, donde el 82,3 % de los encuestados, refiere tener una actitud favorable al cambio.

Estos resultados posibilitaron que los autores dirigieran su atención investigativa hacia la elaboración de una estrategia para el desarrollo de competencias investigativas e innovativas, aplicable a los propios docentes, que permita, de forma dinámica e integradora, incidir favorablemente en la introducción de resultados científicos.

CONCLUSIONES

Los referentes teóricos sistematizados, nos permiten conceptualizar la introducción de resultados científicos, como un proceso dentro del sistema de ciencia e innovación tecnológica, con una estrecha interrelación, con los diferentes subsistemas del mismo.

Se enfocó la necesidad de desarrollar competencias investigativas e innovativa para formar las capacidades, aptitudes y habilidades necesarias en los profesionales de las ciencias médicas y, a futuro, establecer adecuadas estrategias de gestión de la ciencia y la innovación tecnológica, particularmente en la introducción de los resultados.

En la muestra de profesores encuestados predominó el sexo femenino, con una experiencia laboral adecuada, quienes se autoevaluaron con un bajo nivel de competencias y habilidades y un nivel medio de aptitud innovativa.

REFERENCIAS

Añorga, J; Valcárcel, N. y Che, J (2008): La parametrización en la investigación educativa. *Varona.* (47). p. 25-32. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360635567005 ISSN 0864-196X

Guerra, K (2014). *Tecnología para la gestión de proyectos de innovación en sistemas territoriales de innovación*. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Técnicas. Instituto Superior de Tecnologías y Ciencias Aplicadas, Holguín. Cuba

Botero, C A; Urrego, A; y Palacio, MC. (2012). Introducción de resultados de investigación: una visión desde la gestión educativa. *Revista TRILOGÍA* (7), 155–169. Recuperado de: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4521392 ISSN 2145-4426

Castellanos, B.; Fernández, A.M.; Llivina, M.J.; Arencibia, V. y Hernández, R. (2005). *Esquema conceptual, referencial y operativo sobre la investigación educativa*., La Habana: Pueblo y Educación.

Chirino, M V (2009). La introducción de resultados de investigación en Educación. Un problema de actualidad. *Varona,* (48-49), 30-36. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360636904004 ISSN 0864-196X

Cabrera, N.; Quiñones, I.; Álvarez, A. y Gómez, F. (2006). Resultados de investigación para el sector de la salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. 36 (3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200014

Díaz, A.A. (2012). *Modelo de Evaluación de los procesos formativos de los residentes en Medicina General Integral*. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. La Habana, Cuba. p 33-.38.

Escalona, E; (2008). *Estrategia de introducción de resultados de investigación en el ámbito de la actividad científica educacional.* Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. La Habana. Cuba

González, TR. (2017) *Modelo para el desarrollo de competencias investigativas con enfoque interdisciplinario en tecnología de la salud*. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Educación Médica. La Habana. p 37

Grijalva, AA.; Urrea, ML. (2017). *Cultura científica desde la universidad. Evaluación de la competencia investigativa en estudiantes de Verano Científico*: Ediciones Universidad de Salamanca,18 (3). Recuperado de: https://doi.org/10.14201/eks20171831535 ISSN 2444-8729

Martínez, M y Jaya, AI (2019): La gestión de la ciencia, la tecnología y la innovación en la educación superior: trayectorias y desafíos. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo* (febrero 2019). Recuperado de: https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/02/educacion-trayectorias-desafios.html

Morales, CE.; Oramas, R.; Valcárcel, N.; y Rodríguez, M. (2015). La epistemología de las Ciencias de la Educación Médica. *Epistemología de la Educación Médica.* Cuenca, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca. (p. 19).

Moriyama, Iwao M (1968). *Problems in the measurement of health status. Indicators of social change,* New York: Rusel Sage Foundation (p. 573-600).

Nocedo de León, I *(*2015). *Estrategia de gestión para la introducción de resultados de investigación en la educación primaria*. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. La Habana

Núñez, AJ. (2010). Introducción de resultados de la investigación-desarrollo en el sistema de salud cubano. *Rev. Cubana Salud Pública* 36 (3). ISSN 0864-3466

Peláez O. (2019). *Hacia dónde va la Ciencia cubana.* Periódico Granma, sábado 5 de enero 2019, pág 8.

Pérez M. y Pérez MF. (2009). *La Educación de jóvenes y adultos: evolución histórica a partir de 1959. Definiciones teóricas importantes*. Primer Resultado del Proyecto investigativo Modelo sociopedagógico de la Educación de jóvenes y adultos en la Universidad de Ciencias Pedagógicas "Enrique José Varona. La Habana, Cuba.

Puentes, M., Rojas, A. y Camejo, M. (2016*). La introducción de resultados científicos en la educación cubana -- MENDIVE 1*4(4). Recuperado de: http://mendive.upr.edu.cu/index.php/MendiveUPR/article/view/886ISSN. 1815-7696

Puig, Y (2019). *El proceso de informatización de la sociedad cubana es un hecho*. Periódico Granma, 19 de febrero 2019 (pag 3).

Ramírez, MS y Valenzuela, JR. (2017). *Innovación educativa investigación, formación, vinculación y visibilidad*. S. A. Vallehermoso, Madrid: Síntesis. ISBN: 978-84-9171-097-4

Ramírez, I. (2008). *Modelo teórico - metodológico para la introducción de los resultados científicos de la investigación educacional en los Centros de Referencia de la provincia de Matanzas*. La Habana, Cuba.

Santana, L; Toledo, AM; Norabuena, MV. y Toledo, R. (2015). Resultados científico-técnicos en el Policlínico Antonio Maceo del municipio Cerro entre 1997-2011. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(1). 69-77. Recuperado de: www.scielo.sld.cu/scielo.phpP?sci_artext&pid=S0864-21252015000100010

Torres, Y.; Ramírez, ZD.; Muñoz, R. y González, M. (2017). Introducción y generalización de resultados científicos en el sector forestal cubano. Principales regularidades. *Ciencias de la Información* 48(3), 48- 54. Recuperado de: http://cinfo.idict.cu/index.php/cinfo/article/view/886/561561571

Valcárcel, N.; Porto, AG.; Rodríguez, CR.; Cruz, MC.; Molina, y Rodríguez, Y. (2019). La educación médica: origen y evolución como ciencia. *Revista Cubana de Tecnología de la salud*, 10(1). Recuperado de: www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1428/964

Villa A y Poblete M (2007). *Aprendizaje basado en competencias. Una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas*. Bilbao: Mensajero, Colección Estudios e Investigación del ICE. Universidad de Deusto, 336 pp. Recuperado de: https://doi.org/10.15581/004.16.197

Anexo 1 Instrumento de evaluación de competencias investigativas e innovativas

Variables	Ind	Items	Nivel Evaluac.				
			1	2	3	4	5
Competencias investigativas	1	1.1-La Política de Ciencia e Innovación de MES					
		1.2-La Política de Ciencia e Innovación de la Universidad					
		1.3-La metodología para elaborar el diseño teórico de la Investigación					
		1.4-La metodología para elaborar el diseño metodológico de la Investigación					
		1.5-La metodología para elaborar modelos, estrategias, sistemas, metodologías, procedimientos					
	2	2.1Nociones de diseño, aplicación y evaluación de instrumentos de recolección de datos.					
	3	3.1-Herramientas para la gestión de la información y el conocimiento					
		3.2-Uso de bases científicas de datos					
	4	4.1-Uso del método estadístico					
	5	5.1-Técnicas de comunicación oral y escrita					
		5.2-Redacción de informes científicos					
	6	6.1-Metodología de proyectos de innovación					
	7	7.1-Elaboración del análisis de costo de los proyectos de investigación					
Competencias innovativas	8	8.1- La innovación.					
	9	9.1-Herramientas de la gestión de la innovación.					
Habilidades innovativas	10	10.1-Mi capacidad de generar nuevas ideas					
		10.2-Mi capacidad de anticipación					

		10.3-Mi capacidad para asumir riesgos					
		10.4-Mi capacidad para trabajar en equipo					
Aptitudes innovativas	11	11.1-Mi creatividad					
		11.2-Mi proactividad					
		11.3-Mi Espíritu emprendedor					
		11.4-Mi actitud favorable al cambio					

HERRAMIENTA MATEMATICA PARA IDENTIFICAR LAS VERTEBRAS LUMBARES II, III Y VI

MATHEMATICAL TOOL TO IDENTIFY THE LUMBAR VERTEBRAS II, III AND VI

Dayana García Correa (dayana.garcia91@nauta.cu)

Sandra Bahr Ulloa (sandrab.mtz@infomed.sld.cu)

Regla Ponce de León Narváez (reglap.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

La recuperación, descripción e identificación de restos esqueléticos humanos es la principal labor de los antropólogos forenses, si se produce un hallazgo arqueológico o forense de un esqueleto incompleto y en este se encuentran vértebras que no tiene características particulares identificativas, no es posible determinar frente a qué nivel regional de la columna, ya que existen pocas características que distinguen los niveles a los que pertenece una vértebra lumbar. El objetivo de este trabajo es proponer un índice matemático para la identificación de las vértebras lumbares que no son particulares. Se realizó un estudio observacional descriptivo en la Osteoteca de la UCMM. Fueron analizadas todas las vértebras lumbares de la colección y se seleccionaron 87 vértebras lumbares de LII a LIV. Se realizaron mediciones antropométricas, y calcularon índices para el cuerpo y el agujero, posteriormente se utilizó un cociente matemático para asociar ambas partes. Como resultado se obtuvo que el diámetro transversal predominó sobre el anteroposterior tanto en el cuerpo como en el agujero.

PALABRAS CLAVES: vértebras lumbares, Índices matemáticos, Variaciones antropométricas.

ABSTRACT

The recovery, description and identification of human skeletal remains is the main work of forensic anthropologists. When an archeological or forensic finding of an incomplete skeleton occurs and in this vertebrae are found that have no particular identifying characteristics, it is not possible to determine against what regional level of the spine, since there are few characteristics that distinguish the levels to which a lumbar vertebra belongs. The objective of this paper is propose a mathematical index for the identification of lumbar vertebrae that are not particular. A descriptive observational study was conducted in the bones museum of the UCMM, all the lumbar vertebrae of the collection were analyzed. 87 lumbar vertebrae were selected from LII to LIV. Anthropometric measurements were made, and indexes were calculated for the body and the hole, then a mathematical quotient was used to associate both parts. Obtaining as results that the transverse diameter predominated over the anteroposterior both in the body and in the hole.

KEY WORDS: lumbar vertebrae, Mathematical indexes, Anthropometric variations.

INTRODUCCIÓN

El hueso es el material biológico menos susceptible a la degradación postmortem, por lo que su estudio profundo brinda mucha información y se considera una de las piezas

más valiosas de la antropología arqueológica. El reconocimiento de los ancestros del hombre, su constitución externa, sus hábitos y costumbres, están determinadas, principalmente, por el análisis de sus restos óseos.

El estudio minucioso de las características de los huesos aporta mucho a la antropología forense. Para la conformación del perfil biológico es necesario realizar la identificación del sexo, la edad, la estatura y el rasgo ancestral. Krenzer (2006) La columna vertebral lumbar se utiliza para determinar el sexo, la edad, la estatura o incluso el linaje. Numerosos son los estudios que utilizan las medidas vertebrales para identificar estas características. (Oura 2018 a; Klein 2015; Azu 2016)

En particular, las vértebras lumbares primera y quinta son objetivo de estos trabajos, sin embargo, más recientemente se han presentado rangos de medidas para identificar sexo y edad en la segunda y cuarta vértebras lumbares indistintamente Hay pocas características que distinguen los niveles a los que pertenece una vértebra lumbar pero los libros de anatomía coinciden en que el cuerpo aumenta de tamaño y el agujero disminuye, a medida que desciende el nivel. No obstante, cuando no se tienen las vértebras pertenecientes a un esqueleto en particular se hace muy difícil determinar a qué situación en particular pertenecen. Diversos autores han descrito medidas antropométricas para las vértebras según las dimensiones de sus porciones, pero varían mucho entre ellos.

La importancia de este estudio radica en la posibilidad de identificar claramente una vértebra lumbar no particular y caracterizar la población propia en estudio. En antropometría existen herramientas matemáticas, que se basan en métodos estadísticos que permiten comparar el cambio de una variable respecto a otra, pero su potencial no ha sido explotado en el estudio de las vértebras, los índices son algo novedoso, apenas explorado por unos pocos autores, y su presencia permitiría un análisis antropométrico más exhaustivo de las vértebras lumbares.

La presente investigación posee el objetivo de proponer un índice matemático para la identificación de las vértebras lumbares que no son particulares.

Diseño metodológico

Diseño de la investigación: observacional descriptiva y transversal

Tiempo y espacio: investigación realizada en la Osteoteca de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas en el período comprendido entre enero de 2017 y mayo de 2019

Universo de estudio y muestra: Para la realización de la investigación se analizaron todas las vértebras lumbares de la colección de la oOsteoteca e esta institución.

Recolección de la información y procesamiento

Se tomaron para el estudio todas las vértebras lumbares de la colección de la Osteoteca. Los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta fueron, que sean vértebras particulares LI o LV, Presencia de osteofitos y excrecencias óseas que modificaran la anatomía de la vértebra, Ausencia de partes o porciones de la misma como sus procesos. De un total de 113 vértebras lumbares, 87 de estas conformaron el estudio

Se seleccionaron y operacionalizaron las variables en correspondencia con el problema y los objetivos de la investigación.

Índice del cuerpo: Multiplicación del diámetro anteroposterior del cuerpo por el diámetro transverso del cuerpo y por la altura del cuerpo, dividido por 100 (dAPc * dTc * altc / 100)

Índice del agujero: Diámetro anteroposterior del agujero por el diámetro transverso del agujero: (dAPa * dTa)

El índice matemático propuesto se presenta en la expresión 1:

1: Cociente del cuerpo-agujero: índice cuerpo / índice agujero

El trabajo fue realizado en la morgue de anatomía y para realizar las medidas fueron utilizados cinta métrica milimetrada y pie de rey con 0,1 cm de discriminación. En el caso de estructuras bilaterales las mediciones se realizaron en el lado derecho. Los datos se recogieron en hojas de Excel de Microsoft Office y los cálculos estadísticos se realizaron en el programa SPSS Statistics versión 20.0

Principales resultados

Fueron analizadas un total de 87 vértebras lumbares. El diámetro anteroposterior (dAPc) se comportó con una media de 3,05 cm. El valor mínimo fue de 2,2 y máximo de 3,9. La desviación estándar fue de 0,37. Diámetro transversal (dTc) se comportó con una media de 4,48 cm, mientras que el valor mínimo fue de 2,7 cm y el valor máximo fue de 5,7 cm. La desviación estándar fue de 0,53 cm.

La altura vertebral (altc) presentó una desviación estándar de 0,20 cm mientras que la media fue de 2,61 cm con un valor mínimo de 2,0 cm y su valor máximo fue de 3,1 cm. En la tabla también se puede observar que predominó el diámetro transversal sobre el anteroposterior en más de 1 cm El diámetro anteroposterior del agujero (dAPa) se comportó con una media de 0,64 cm, el valor mínimo fue de 0,2 cm y máximo de 1,5 cm de La desviación estándar fue de 0,23 cm.

El diámetro transversal del agujero (dTa) presenta un valor mínimo de 0,7 cm siendo su valor máximo de 1,8 cm con una desviación estándar de 0,23 cm mientras que la media fue de 1,20 cm. En la tabla también se puede observar que predominó el diámetro transversal sobre el diámetro anteroposterior. La altura del proceso costal (altp) se comportó con una media de 0,17 cm. El valor mínimo fue de 0,4 cm y máximo de 1,7 cm. La desviación estándar fue de 0,25 cm.

El índice del cuerpo se comportó con una media de 0,36, el valor mínimo fue de 0,19 y máximo de 0,62, siendo la desviación estándar de 0,09. El índice del agujero se comportó con una media de 0,77. El valor mínimo fue de 0,14 y máximo de 2,25. La desviación estándar fue de 0,38.

Se realizó una clasificación de las vértebras, atendiendo al cociente cuerpo- agujero, en dos grupos atendiendo al valor de la media. En el mismo se obtuvo 59 casos en el grupo de con cociente menor de 0,60 representando el 67,8% del total. Estas vértebras tienen la característica de presentar el cuerpo en menor tamaño proporcional con respecto a la medida del agujero vertebral en comparación con las

otras vértebras analizadas, lo que determina la posible identificación como vértebras altas en posición LII o LIII.

En el otro grupo se encuentran los casos con cociente mayor de 0,60. En este se contabilizaron 28 casos para un 32,2% de las vértebras analizadas. En estos casos las vértebras se caracterizan por presentar mayores dimensiones del cuerpo con respecto al agujero, lo que las cataloga como posibles vértebras LIII o LIV.

Bases científicas de los resultados

Las mediciones de las estructuras en el organismo permiten tener una idea de los valores normales y los rangos en que se comportan como normales. “Muchas enfermedades se asocian con variaciones de las dimensiones de los órganos. Igualmente, el conocimiento de las características morfométricas de los órganos permite tomar conductas terapéuticas, por lo que los rangos valores normales tienen importancia también” (Torres, 2016).

> (…) la unión de todas las vértebras conforma la columna vertebral, que aloja en su interior la médula espinal. Muchos de los estudios que tienen que ver con las medidas vertebrales tienen como base el conocimiento de las características morfométricas de estos huesos para decidir qué variante de abordaje realizar en caso de neurocirugía o qué tipo de láminas y tornillos emplear en el caso de una cirugía ortopédica en esta región, como el caso de las artrodesis (Urrutia, 2009)
>
> (…) el cuerpo de la vértebra lumbar es voluminoso y su diámetro transversal es mayor que el anteroposterior. El agujero vertebral es triangular de lados iguales y relativamente pequeño pues a partir de la segunda vértebra lumbar solo contiene las raíces de los nervios espinales que forman la cola de caballo (Rouviere 2005; García 2005).

El índice del cuerpo fue calculado por la multiplicación de las tres medidas y dividido por 100. Se puede observar que a pesar de variar en casi 3 cm las dimensiones entre las vértebras más grandes y más pequeñas, el índice del cuerpo se mueve en un rango de 0,5 y una desviación estándar de 0,09. El trabajo de correlación entre las partes de las vértebras se realizó con índices, e incluso con el cociente cuerpo- agujero, para determinar un patrón de comportamiento entre la estructura del eje de la vértebra sin intervención directa de las dimensiones propiamente. En este estudio se puede observar que existe relación entre el índice del cuerpo y el índice del agujero. Esta relación es inversamente proporcional, o sea, entre mayor es el cuerpo menor es el agujero. De esta misma forma lo describen los libros de anatomía al referirse sobre las causas que determinan el cambio de la morfología vertebral según el nivel de la misma.

En la relación encontrada entre el índice del cuerpo y los componentes del agujero, existe mayor relación del primero con el diámetro anteroposterior del agujero que con el transversal. Esta también es inversamente proporcional, lo que demuestra que el componente anteroposterior determina una mejor asociación. Este diámetro va disminuyendo sensiblemente mientras se desciende en la columna vertebral, tal y como describen otros autores donde el diámetro transversal del agujero fue de 2,42 cm en L3 y 2,36 cm en L5 (Rouviere 2005).

Existen trabajos que describen las características antropométricas de las vértebras en tomografías computarizadas o resonancias nucleares y utilizan medidas de perímetro circunferencial y medidas volumétricas (Azu 2016; Caula 2016). Hay pocas

características que distinguen los niveles a los que pertenece una vértebra lumbar pero los libros de anatomía coinciden en que el cuerpo aumenta de tamaño y el agujero disminuye, a medida que desciende el nivel. También el proceso costal de las vértebras superiores de esta región está menos desarrollado, aunque el de la última lumbar es corto, macizo y piramidal (Rouviere 2005).

Cuando no se tienen las vértebras pertenecientes a un esqueleto en particular se hace muy difícil determinar a qué situación en particular pertenecen. Además, si el individuo fue grande o pequeño determina dimensiones vertebrales de ese tipo. No obstante, si pertenecen al mismo nivel, la relación entre los índices de las partes de la vértebra es la misma, ya sea esta de mayor o menor tamaño.

El cociente es la relación entre el índice del cuerpo y el índice del agujero. El mismo presenta un rango amplio entre 0,1 y 3. La relación entre el cociente vertebral y el proceso costal es proporcional y directa, a medida que aumenta el cociente entre cuerpo y agujero aumenta el índice del proceso costal. Atendiendo a los valores del cociente vertebral se realizó un ordenamiento en dos grupos, que fueron divididos según el valor de la media del cociente. El 67,8% se localizó en el grupo menor de 0,60 y el menor porciento estuvo en el otro grupo.

El uso de índices en el análisis morfométrico vertebral no es común. Pocos autores refieren una relación entre las variables medidas. Iliescu et al, en 2017 en el departamento de anatomía de la universidad de Constata en Rumania, buscaron la correlación anatomopatológicas de los índices morfométricas del cuerpo vertebral con el disco vertebral en 11 bloques anatómicos y evaluaron 120 imágenes de sujetos con resonancia magnética. Se utilizó una variable a la que denominaron índice del cuerpo donde relacionaron el diámetro transverso y el anteroposterior del cuerpo vertebral con la altura. El índice de la vértebra LI resultó igual a 0,21 y de la vértebra LV igual a 0,43.

En el 2016, Caula y un grupo de investigadores, realizaron, en Francia, una asociación de volumen de cuerpos vertebrales y el índice de masa corporal en tomografía axial computarizada en 129 pacientes. Los autores utilizaron la relación entre el área del cuerpo vertebral medido a través del radio en TAC y la altura del cuerpo. Esta variable volumétrica es resultado también de la asociación de variables. Los mismos plantean que el volumen del cuerpo vertebral incrementa de la vértebra LI a la vértebra LV.

Otros autores han utilizado asociaciones en la medición del canal vertebral. Azu, en 2016 realizó un estudio morfométrico de las vértebras lumbares en sujetos adulto de Sudáfrica y las mediciones fueron tomadas de la colección de la osteología correspondiente a la catedra de anatomía clínica de la escuela de medicina Nelson Mandela, donde la muestra fue de un total de 170 vertebras archivadas desde 1908-1970. Al calcular la proporción o relación del diámetro anteroposterior del agujero vertebral y el diámetro anteroposterior del cuerpo vertebral el valor de la vértebra LI fue de 0,65 y de LV 0,53 lo que difiere con este trabajo porque ellos solo usaron el diámetro anteroposterior y en esta investigación se usaron todas las medidas en forma de índices y el diámetro transverso es el que más varia por lo que difiere el cociente.

Este resultado muestra que las vértebras que poseen una mayor proporción del cuerpo con respecto al agujero también presentan también mayores dimensiones del proceso costal. De esta misma forma describen los libros de anatomía el cambio de la

morfología vertebral a medida que desciende el nivel de las vértebras lumbares que no son distintivas (García 2005; Krenzer 2006)

Las mediciones de los huesos vertebrales permiten describir la proporción de cada uno de ellos. El conocimiento de sus particularidades por niveles permite hacer una identificación apropiada, elemento importante en la antropología, pero que aporta en el conocimiento y la actividad científica en la enseñanza de las estructuras del esqueleto en las clases de anatomía.

Zhou et al en el año 2000, realizaron un estudio en Londres donde median la morfometría vertebral mediante tomografía axial computarizada en 126 pacientes donde el diámetro transverso del cuerpo vertebral en la vértebra L III fue de 4,32 cm y de la vértebra LV fue de 4,85 cm y el diámetro anteroposterior del cuerpo en la vértebra LIII fue de 3,08 cm y de la vértebra LV con 3,57 cm. En las mediciones del agujero vertebral el diámetro transverso del mismo en la vértebra LIII fue de 2,42 cm y en la vértebra LV fue de 1,85 cm mientras que el diámetro anteroposterior del agujero en la vértebra LIII fue de 1,9 cm y en la vértebra LV fue de 0,78 cm.

Cortés plantea en su tesis doctoral “Anatomía quirúrgica de los pedículos vertebrales en la región lumbar en la población mexicana” que el diámetro anteroposterior de la superficie superior del cuerpo de las vértebras lumbares tiende a aumentar progresivamente desde LI (31,23 mm) a LV (34,02 mm) El diámetro transverso también aumenta progresivamente de LI (40,47 mm) a LV (45,18mm). La altura de los cuerpos vertebrales es el parámetro de menor variación dentro de los cuerpos vertebrales con un rango que varía en solo 1,18 mm entre el menor resultado de LIII y el mayor de LV. La muestra de este estudio fueron 30 cadáveres donde en rango de edad oscilo entre 18 y 70 años y del sexo masculino y 30 pacientes de consulta externa de neurocirugía con un rango de edad entre 25 y 80 años (Cortés 2009).

Los resultados de este trabajo concuerdan también con el estudio realizado por Azu en el año 2016 donde el diámetro anteroposterior del agujero mostro una disminución gradual de la vértebra LI a LIV donde LI media 0,59 cm y LIV media 0,49 cm. El estudio realizado difiere con Torres et al. quienes realizaron la evaluación del diámetro del conducto lumbar por TAC en la población mexicana y encontraron que el diámetro anteroposterior del agujero en la vértebra LIII fue igual a 0,52 cm y el diámetro transverso del agujero en la vértebra LIII fue de 1,58 cm (Torres 2016).

Los resultados de los índices calculados en el estudio son motivo de discusión, sin embargo, los valores de media de esta también permiten realizar comparaciones. Coincidiendo con Iliescu et al, el índice de la vértebra LI tuvo un valor igual a 0,21 y el de la vértebra LV igual a 0,43 (Iliescu 2017). Existen otros estudios antropométricos realizados en vértebras lumbares. En España fue publicado un artículo sobre el análisis de vértebras en Osteoteca. Se estudiaron 79 individuos adultos de la necrópolis de San Miguel de Escalada (León) excavada entre los años 1983-1987 depositadas en la “Osteoteca” de la Universidad de León, de los cuales 35 conservaban las regiones lumbares, sacras y/o coccígeas (Sánchez 2016).

Investigadores en China realizaron una investigación con el objetivo de establecer modelos matemáticos de estimación de la estatura para la hembra de Han Sichuan, con la medida de las vértebras lumbares por radiografía, con la intención de proveer datos

esenciales para la investigación de antropología forense. Se estudiaron 206 esqueletos femeninos y en las muestras de vértebras lumbares se examinaron los parámetros de los cinco cuerpos vertebrales (L1-L5) como el borde anterior, el borde posterior y la altura central (el x1-x15), el total la altura central de la columna lumbar (el x16), y la altura real de cada muestra (Qing 2013).

La estimación de la estatura exacta juega un papel esencial en la identificación de individuos difuntos desconocidos. Para casos en que los métodos convencionales de estimación de la estatura no son aplicables, Oura et al. estudiaron la estimación de la estatura potencial a partir de la cuarta vértebra lumbar. Se examinaron en imágenes de RMN de 1358 individuos nacidos en Finlandia, medidas como las anchuras máximas y mínimas, profundidades y alturas del cuerpo de L4 con la precisión alta y fiabilidad. Se calcularon sus sumas y medios entonces junto con las aproximaciones de área cruz-particular vertebral y volumen. Construyendo la regresión lineal simple y múltiple alrededor de los parámetros de L4, los investigadores generaron las ecuaciones para la predicción de la estatura, e investigó su exactitud en base al R ajustado. Cuando los métodos convencionales para estimar la estatura no son aplicables, las vértebras lumbares pueden utilizarse para este propósito. La estatura relativamente exacta estimada puede darse en base a sólo dimensiones de L4 (Oura 2018 a).

Se realizó otro estudio en Alemania con 42 individuos autopsiados de la región metropolitana, donde se evaluaron nueve variables de la geometría vertebral lumbar para verificar la posibilidad de predecir a través de la morfometría la estatura de los individuos. Se usaron ecuaciones de regresión para identificar la medida que da la estimación de altura de cuerpo más fiable. La correlación con una sola medida vertebral se logró con la altura central del cuerpo vertebral de L2 como el predictor (Klein 2015).

Otra faceta del estudio antropológico de las vértebras lumbares la aporta la capacidad de determinación del sexo según la morfometría vertebral. Los autores consideran que la estimación género es crucial para la identificación forense exitosa. En Francia, Corron et al. realizaron un estudio en 534 individuos, y la estimación del sexo potencial de la cuarta vértebra lumbar (L4) sería una herramienta forense importante y también como resultado, el área de la 5ta vértebra lumbar resultó tener un resultado estadístico significativo (Corron, 2019).

En Finlandia, Oura et al. realizaron una investigación similar para estimar el sexo según las dimensiones de la cuarta vértebra lumbar (L4). Los investigadores midieron las anchuras máximas y mínimas, profundidades, y alturas del cuerpo de L4, en 365 imágenes de resonancia magnética nuclear de la cohorte de finlandeses nacidos en 1986 y examinados a los 20 años y luego a los 30 años. La anchura vertebral, profundidad y altura fueron calculadas junto con el área cruz-particular de la vértebra y el volumen. Se realizaron las estimaciones del sexo usando el análisis multivariado de regresión logística. La anchura vertebral, profundidad, y altura parecen rendir como el sexo exacto estima (Oura 2018 b)

Se han mostrado las medidas vertebrales para proporcionar clasificación exacta de sexo. Hora et al. de la República Checa en 2018, llevaron a cabo una investigación donde probaron la actuación de función vertebral discriminante de la antropología forense previamente publicada, para la clasificación del sexo a partir de la 12 vértebra

torácica y la 1ra lumbar dentro de un rango de 0.5-0.95 probabilidades. Se midieron las variables vertebrales en 129 autopsiados y mostró la exactitud de la función vertebral discriminante según sexo en 64% de los casos.

La determinación del sexo es una parte vital del sistema médico-legal, pero puede ser difícil en casos dónde la integridad del cuerpo se ha descompuesto. Zheng et al. en 2011 en China, desarrollaron una técnica de determinación del sexo según medidas de la primera vértebra lumbar. Se realizó morfometría vertebral de 29 líneas a 113 hombres y 97 mujeres chinas adultas, usando métodos de antropometría digital en 3D. Este estudio muestra que la primera la vértebra puede usarse para este propósito.

El rol de la antropometría es bien reconocido en el chequeo, diagnóstico y seguimiento de patologías. El uso de la geometría vertebral tiene gran importancia para ciencias como la antropología para la determinación del sexo, la edad, la estatura o el linaje del individuo. Numerosas investigaciones utilizan en particular, los caracteres de vértebras como L1, L2 o L4. El reconocimiento de estas vértebras es fácil si se cuenta con todo el esqueleto, pero si el hallazgo es aislado no existe un método que permita su reconocimiento y, por tanto, la obtención de la información que estas podrían revelar. La morfometría todavía tiene herramientas que pueden ser usadas para el mejor aprovechamiento del conocimiento anatómico del cuerpo.

CONCLUSIONES

Las características antropométricas de las vértebras lumbares de la Osteoteca de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas mantienen las proporciones clásicas descritas para las vértebras de esta región. Existe una relación morfométrica entre las medidas estructurales de la vértebra en sus partes o porciones.

El uso del índice matemático propuesto como cociente cuerpo- agujero permite identificar las vértebras lumbares LII y LIV que no son distintivas. El estudio de las dimensiones vertebrales, así como las medidas de proporción morfológica y sus relaciones pueden brindar beneficios a ciencias como la antropología.

REFERENCIAS

Azu, O.; Komolafe OA.; Ofusori, DA.; Ajayi, SA, Naidu, ES y Abiodun A. (2016) *Morphometric Study of Lumbar Vertebrae in Adult South African Subjects. Int. J. Morphol*. [Internet]. 2016 Dic; 34(4): 1345-1351. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022016000400028&lng=es

Caula, A.; Metmer, G.; Havet E (2016). *Anthropometric approach to lumbar vertebral body volumes. Surgical and radiologic anatomy SRA*. 2016;38(3):303-8. Recuperado de: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00276- 015-1552-2.pdf

Corron, L.; Marchal, F.; Condemi, S.; Telmon, N.; Chaumoitre, K.; Adalian, P. (2019) *Integrating Growth Variability of the Ilium, Fifth Lumbar Vertebra, and Clavicle with Multivariate Adaptive Regression Splines Models for Subadult Age Estimation.* J Forensic Sci, January, 64(1) DOI 10.1111/1556-4029.13831

García, JA.; Hurlé, JM, et al. (2005) *Anatomía Humana*. 1ra edición. España: Mc Graw and Hill.

Sládek V. (2018) *Population specificity of sex estimation from vertebrae*. DOI: 10.1016/j.forsciint.2018.08.015 PMID: 30236909. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30236909

Iliescu DM.; Bordei, P.; Ionescu, EV.; Albina, S.; Oprea, C.; Obada, B. (2017) Anatomic-Imaging Correlations of Lumbar Disk-Vertebral Morphometric Indices. Int. J. Morphol. [Internet]. 2017 Dic [citado 2018 Mar 23] 35(4): 1553-1559. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000401553&lng=es

Klein, A.; Nagel, K.; Gührs, J.; Poodendaen, C.; Püschel, K.; Morlock, MM.; Huber, G. (2015). *On the relationship between stature and anthropometric measurements of lumbar vertebrae*. Sci Justice. 2015 Dec; 55(6):383-7. PMID: 26654071. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26654071

Krenzer, U. (2006) *Compendio de métodos antropológico forenses para la reconstrucción del perfil osteo- biológico. Tomo 3 Estimación de la edad osteológica en adultos*. Editiores CAFCA Centro de Análisis Forense y de Ciencias Aplicadas. 1er ed. Guatemala, 2006. ISBN: 99922-859-1-5

Luna, F. (2013) *La importancia del conocimiento anatómico en la evaluación antropométrica. 10º Congreso Argentino y 5º Latinoamericano de Educación Física y Ciencias.* La Plata, 9 al 13 de septiembre de 2013. ISSN 1853-7316 – Recuperado de: http://congresoeducacionfisica.fahce.unlp.edu.ar

Oura, P.; Karppinen, J.; Niinimäki, J.; Junno, JA (2018). *Sex estimation from dimensions of the fourth lumbar vertebra in Northern Finns* of 20, 30, and 46 years of age. Forensic Sci Int. Sep; 290:350.e1-350.e6. PMID: 30078665 DOI 10.1016/j.forsciint.2018.07.011 Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30078665

Oura, P.; Korpinen, N.; Niinimäki, J.; Karppinen, J.; Niskanen, M.; Junno, JA (2018). *Estimation of stature from dimensions of the fourth lumbar vertebra in contemporary middle-aged Finns*. Forensic Sci Int. 2018 Nov; 292:71-77. DOI:10.1016/j.forsciint.2018.09.001. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30273914

Qing, SH:; Chang, YF.; Dong, XA.; Li Y.; Chen XG.; Shu YK.; Deng, ZH (2013*). Stature estimation for Sichuan Han nationality female based on X-ray technology with measurement of lumbar vertebrae*. Fa Yi Xue Za Zhi. 2013 Oct; 29(5):344-7. PMID: 24466773 Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24466773

Rouviere, H.; Delmas, A. et al (2005). *Anatomía humana, descriptiva, topográfica y funcional*. 11na edición. Editorial Masson. 2005. París, Francia.

Sánchez, E.; Caro, L (2016). *Variaciones anatómicas y anomalías de la región lumbosacra y sacrococcígea en San Miguel de Escalada*. León, España. jun 2015. 1ª Edición. 26/07/2016 Madrid. ISBN: 978-84-617- 4098-7 Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/311651330

Torres, R.; Martínez, RA.; Barbarín, E (2016). *Evaluation of the diameter of the lumbar vertebral canal using computed tomography in mexican population*. Columna [Internet]. June [cited 2018 Mar 23] ; 15(2): 118-119. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512016000200118&lng=en

Urrutia VE, Eliozondo OR, De La Garza CO, Guzmán LS (2009). Morfometría del cuerpo vertebral y pedículo en una población mexicana mediante TC y fluoroscopia. Int. J. Morphol., 27(4):1299-1303, 2009. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95022009000400052&script=sci_arttext&tlng=en

Zheng, WX.; Cheng, FB.; Cheng, KL.; Tian, Y.; Lai, Y.; Zhang, WS.; Zheng, YJ.; Li, YQ (2011). *Sex assessment using measurements of the first lumbar vertebra*. DOI: 10.1016/j.forsciint.2011.11.022 PMID: 22169166. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22169166

Zhou, SH.; McCarthy, ID.; McGregor, AH.; Coombs, RR.; Hughes, SP. (2000). *Geometrical dimensions of the lower lumbar vertebrae--analysis of data from digitised CT images*. European spine journal. 2000;9(3):242-8. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3611390/pdf/586_2000_Article_90242.586.pdf

LA IRIDOPLASTIA PERIFÉRICA COMO TRATAMIENTO DEL CIERRE ANGULAR PRIMARIO

LASER PERIPHERAL IRIDOPLASTY IN THE MANAGEMENT OF PRIMARY ANGLE CLOSURE

Greilys Darias Rendón (greilys.mtz@infomed.sld.cu)

Naivy López Lantigua (naivy.mtz@infomed.sld.cu)

Marta Alina Cabrera Acevedo (greilys.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

La iridoplastia periférica es una variante de intervención quirúrgica con láser poco utilizada a la que se puede recurrir para intentar prevenir un episodio de cierre angular agudo en pacientes con cierre angular residual pos iridotomía láser y a su vez minimiza el riesgo de una cirugía incisional. Evaluar los resultados de la iridoplastia periférica con láser Argón en pacientes con cierre angular residual pos iridotomía láser. Material y Métodos: Se realizó una investigación observacional, descriptiva, longitudinal. Se trabajó con todo el universo de estudio conformado por 21 pacientes que recibieron iridoplastia periférica con láser de Argón por presentar cierre angular residual posiridotomía en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Se logró una apertura angular segura en el 78,04% de los casos con mínimas complicaciones. Conclusiones:la iridoplastia periférica con láser argón, es un proceder alternativo y seguro en el tratamiento del cierre angular primario residual, que presenta mínimas complicaciones que no comprometen la salud visual.

PALABRAS CLAVES*:* glaucoma, cierre angular primario, cirugía láser, iridoplastia

ABSTRACT

The peripheral iridoplasty is a variant few used variant of a laser surgical intervention that can be used trying to avoid an episode of acute angular closure in patients with residual angular closure after laser iridoplasty, minimizing also the risk of an incisional surgery. Objective: to evaluate the results of a peripheral iridoplasty with argon laser in patients with residual angular closure after laser iridotomy. Materials and methods: a longitudinal, descriptive, observational research was carried out. The study universe was 75 patients who underwent laser iridotomy due to diagnosis of suspected primary angular closure and maintained a residual closure. The sample was chosen in a non-probabilistic way, formed by 21 patients who also underwent argon-laser peripheral iridoplasty in the Clinic-surgical University Hospital Comandante Faustino Pérez Hernández. Conclusions: the peripheral iridoplasty with argon is an alternative and safe procedure in the treatment of the residual primary angular closure, showing minimal complications without compromise for visual health.

KEY WORDS: glaucoma, primary angle closure, laser surgery, iridoplasty

INTRODUCCIÓN

Entre los diferentes tipos de glaucoma, el glaucoma por cierre angular primario, es capaz de dejar ciega a una persona en 48 horas (Muñoz et al., 2015). A pesar de la baja frecuencia del glaucoma de cierre angular primario con respecto al de ángulo

abierto, diferentes estudios han resaltado el peligro que representa para la salud visual, al ubicarse entre las primeras causas de ceguera. (Muñoz et al., 2015 y Pérez, García, Moreno y Gómez, 2016)

En el mundo 30 millones de personas sufren glaucoma de ángulo cerrado (GPAC), (Maroto, 2015) y se estima que 26% de los 80 millones de pacientes glaucomatosos para el 2020 desarrollarán un Glaucoma Primario por Cierre Angular**.** Así, para Muñoz (2015) La prevalencia de cierre angular, con o sin neuropatía óptica glaucomatosa, varía según el área demográfica estudiada.

Se considera por Pérez, García y Gómez (2014), que aproximadamente el 22% de los pacientes con sospecha de cierre angular primario (SCAP) evolucionarán a cierre angular primario (CAP) en 5 años y que el 28% de estos desarrollarán glaucoma por cierre angular primario (GCAP) si no reciben tratamiento. Por esto resulta necesario detener con rapidez y eficacia la enfermedad con la terapéutica adecuada.

El advenimiento del láser y su introducción en la oftalmología abrió nuevos horizontes al tratamiento quirúrgico del Cierre Angular. La iridoplastia periférica o gonioplastia se ha descrito en los últimos años por varios autores, como un tratamiento efectivo en la eliminación del cierre angular residual cuando no es evidente un componente cristaliniano. (Pérez, Garcia y Gómez, 2014) A pesar de que expertos sugieren su uso, existen muy pocos trabajos científicos que evidencien el resultado de este proceder. Esta técnica constituye una variante complementaria factible y oportuna de procedimiento quirúrgico con láser, para intentar una apertura angular sin crear una solución de continuidad y a su vez reducir el riesgo de una intervención quirúrgica incisional. ¿Será realmente la iridoplastia periférica con láser argón un procedimiento quirúrgico alternativo en el tratamiento de ángulos estrechos? Los autores se trazan como objetivo de la investigación evaluar los resultados de la Iridoplastia Periférica con láser Argón en pacientes con cierre angular residual pos iridotomía láser.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, longitudinal donde se evaluaron los resultados de la iridoplastia periférica con láser Argón en los pacientes sometidos a este proceder en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández de la provincia Matanzas en el período comprendido entre abril de 2016 y diciembre de 2017.

Se trabajó con todo el universo de estudio conformado por 21 pacientes con sospecha de cierre angular primario, que recibieron Iridoplastia periférica con láser de Argón (equipo de la marca Carl Zeiss MEDITEC AG 07740) por presentar cierre angular residual posiridotomía.

Los resultados fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20 y se expresaron en tablas. Se obtuvo consentimiento informado de todos los pacientes que participaron en la investigación.

Principales resultados

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas. El grupo de edad más representativo fue el comprendido entre los 40 a 59 años con 14 pacientes (66,66%). El

71,42% (15 casos) fue del sexo femenino siendo este el más representativo y 28,57% (6 casos) del sexo masculino.

Tabla 1. Distribución de la población según edad y sexo.

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	#	%	#	%	#	%
< 30	1	4,76	0	0	1	4,76
30-39	0	0	0	0	0	0
40-59	9	42,85	5	23,80	14	66,66
60-79	5	23,80	1	4,76	6	28,57
≥80	0	0	0	0	0	0
Total	15	71,42	6	28,57	21	100

Al analizar la variación de la gonioscopía preoperatoria y posoperatoria se encontró que el 73,17% (30 ojos) presentó en el preoperatorio una amplitud del ángulo camerular Grado 2 por gonioscopía, según el sistema de clasificación de Shaffer, seguido por el Grado 1 con un 26,82% (11 casos) En el posoperatorio el 78,04% (32 ojos) consiguió llegar a un Grado 3 de amplitud angular por gonioscopía, mientras el 21,95% (9 ojos) restante se mantuvo o incrementó a Grado 2 según el sistema de clasificación de Shaffer. (Tabla 2)

Tabla 2. Variación de la gonioscopía pre y posoperatoria. n=41

Gonioscopía	Preoperatorio		Posoperatorio	
	#	%	#	%
Grado 0 /Ángulo Hendido	0	0	0	0
Grado 1	11	26,82	0	0
Grado 2	30	73,17	9	21,95
Grado 3/ Grado 4	0	0	32	78,04
Total	41	100	41	100

De acuerdo al comportamiento de las complicaciones postquirúrgicas durante el período estudiado se observó cómo la persistencia de cierre angular en el 21,95% (9 ojos), la presencia de hipertensión ocular en el 2,43% (1 ojo) de igual forma atrofia del iris en 2,43% (1 ojo), sin encontrar evidencias de ninguna otra complicación. (Tabla 3)

Tabla 3. Comportamiento de las complicaciones postquirúrgicas

Complicaciones posquirúrgicas	#	%
Persistencia de cierre angular	9	21,95
Uveítis	0	0
Hipotonía	0	0
Hipertensión ocular	1	2,43
Hipema	0	0
Isquemia del segmento anterior	0	0
Quemadura corneal	0	0
Sinequias	0	0
Dispersión pigmentaria	0	0
Atrofia del iris	1	2,43
Anisocoria	0	0
Total	11	26,82

Discusión de los resultados

Varios estudios plantean que por lo general el Cierre Angular Primario ocurre en mujeres mayores de 40 años (Muñoz et al., 2015; Martínez y Ortiz, 2016; González, Basulto, González y de la Fuente, 2013; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016; Giaquinta, Fernández, Curbelo y Rojo, 2017 y Rodas, Valle y Pedroza, 2015). Estos resultados son similares a los de la presente investigación, en que la mayoría de los pacientes presentaron una edad entre 40 a 79 años, siendo el sexo femenino el más representativo. Pérez et al., en un estudio nacional sobre Cierre Angular Primario: opciones quirúrgicas, coincide con lo anterior al plantear que entre los principales factores de riesgo descritos se encuentran las edades superiores a los 45 años y el sexo femenino. (Pérez, Garcia y Gómez, 2014)

Por otro lado, Gamboa et al. (2012) en su estudio nacional sobre la evolución del glaucoma primario de ángulo estrecho post iridotomía periférica con nd: yag láser,

plantea que el sexo femenino estuvo representado por 68 % de los casos y el masculino por 32 %.

Evidentemente el sexo femenino predominó sobre el masculino en una relación aproximada de 3:1 proporción que se corresponde con lo expresado en la literatura sobre una supremacía de las mujeres en el padecimiento del glaucoma primario de ángulo estrecho debido a que ellas poseen una talla más baja, tamaños de globos oculares normales más pequeños y cámaras anteriores más estrechas. (Gamboa, Sanfeliz, Rodríguez, Guibert y Méndez, 2012)

Ritch, Tham y Lam (2004) expresan que el 87.0% de los ojos abrió el ángulo con el tratamiento con iridoplastia periférica con láser argón. Mahar et al. (2010) demostraron la utilidad de este proceder aún en casos de cierre angular primario agudo con resultados prometedores.

Fernández et al. (2012) en estudio nacional presentaron que antes de la iridoplastia láser, 90 % de los ángulos en el grupo con bloqueo pupilar tenía grado 0-1 de abertura angular a la gonioscopía. Luego del tratamiento, 30 % de los ángulos permanecieron dentro de ese rango; mientras que 46,7 % mostró abertura angular grado 3, lo cual resultó similar al presente estudio en el que un pequeño porcentaje permaneció dentro del rango inicial, mientras la mayoría incrementó 1 ó 2 grados de apertura. La diferencia en el grado de apertura, que en ese estudio es mayor, puede estar dado en la utilización de imágenes de Scheimpflug además de gonioscopía y en las características de la muestra que no contó con pacientes con iris en meseta.

Como ya hemos visto los resultados obtenidos en este estudio coinciden con otros autores; la mayoría obtuvo un incremento de 1 ó 2 grados de apertura angular post iridoplastia, incluso cuando ésta se realiza durante las primeras horas de un cuadro agudo. En este estudio se logró en la mayoría de los casos una apertura angular a grado 3/ grado 4. Expertos de glaucoma a nivel internacional consideran la IPLA como el tratamiento estándar en pacientes con CAP aposicional persistente tras Iridotomía Láser, aunque carece de ensayos clínicos aleatorios que determinen su rol. (Muñoz et al., 2015)

Se han reportado pocas complicaciones asociadas al proceder entre las principales están quemaduras de la córnea, iritis, atrofia del iris e hipertensión ocular transitoria. (Muñoz et al., 2015) Mahar, Laghari y Bhutto, (2010) obtuvieron una pequeña iritis en todos los pacientes. Fernández et al. (2012) describieron entre sus resultados que el 80 % de los casos no tuvo complicaciones. Desarrollaron uveítis ligera 8 ojos (20 %) con dolor ciliar y células en el acuoso. Hubo 2 ojos de 2 casos (5 %) con epiteliopatía corneal superficial. No aparecieron complicaciones transoperatorias. Carvalho (2017) en su trabajo no encontró complicaciones durante el periodo de estudio que correspondieran al láser. Es evidente que además de ser pocas las complicaciones encontradas, éstas pueden ser controladas o causar una mínima afectación ocular sin secuelas importantes, como las que se hallaron en este estudio.

CONCLUSIONES

La fundamentación teórica sobre el Cierre Angular Primario y los resultados obtenidos en esta investigación demostraron que la Iridoplastia Periférica con Láser de Argón constituye una técnica quirúrgica efectiva al aplicarse a ojos que mantienen un ángulo

estrecho residual a Iridotomía previa; lográndose en la mayoría de los casos la apertura angular deseada, y un mínimo de complicaciones.

REFERENCIAS

Carvalho, M. (2017) *Qual o papel da Iridoplastia Periférica com laser de Argon no encerramento primário do ângulo?*. Grupo Portugués de Glaucoma. 4ª Edição. Recuperado de: http://glaucoma-answers.org/pt-pt/content/qual-opapel-da-iridoplastia-periferica-com-laser-de-argon-no-encerramento-primariodo

Fernández, L. et al. (2012) Estudio de la efectividad de la iridoplastia periférica con Nd YAG láser doblado mediante imágenes de Scheimpflug y gonioscopía. *Revista Cubana Oftalmología.* 25(1)

Fonseca, A. L. (2015) *Da hipertensão ocular ao glaucoma: fatores de risco, evolução e prevenção. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para obtenção do grau de Mestre em Medicina*. Porto año letivo 2015/2016.

González, Y.L.; Basulto, N.; González, N.T. y de la Fuente, Ú. (2013) *Pesquisaje de glaucoma*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v17n3/amc050313.pdf

Gamboa, D.; Sanfeliz, Y.; Rodríguez, D.; Guibert, D. y Méndez, T. (2012*)* Evolución de glaucoma primario de ángulo estrecho postiridotomía periférica con Nd: *YAG láser*. *Revista Información Científica*. Recuperado de: http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/750.

Giaquinta, A.; Fernández, A.; Curbelo, R. y Rojo, A. (2017) Glaucoma y antioxidantes: revisión sistemática. *Revista Mexicana de Oftalmología*. 91(3), pp.112-121. http://dx.doi.org/10.1016/j.mexoft.2016.03.007.

Instituto Mexicano del Seguro Social, a. c. (2016) *Diagnóstico y Tratamiento de Glaucoma Primario De Angulo Cerrado*. Guía de Referencia Rápida Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. Editor General Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Actualización. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html

Martínez, C. y Ortiz, G. (2016) *Estudio comparativo de la estimación del ángulo de la cámara anterior usando gonioscopía, técnica de Van Herick, UBM y prueba con luz oblicua. Estudio de pruebas diagnósticas, de corte transversal analítico*. Trabajo de grado presentado para optar al título de Especialista en Oftalmología. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina Departamento de Cirugía, Unidad de Oftalmología. Bogotá, D.C. Colombia.

Maroto, P. (2015*)* Glaucoma una vista al pasado con un futuro prometedor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. No LXXI (617), pp. 741-744

Muñoz, F.J. et al. (2015) *Guía terapéutica del glaucoma crónico por cierre angular primario*. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología. 90(3), pp.119-138. Disponible en:www.elservier.es/oftalmología

Pérez, H.; García, Y.; Moreno, J.C. y Gómez, N. (2016) *Opciones quirúrgicas en el cierre angular primario por iris en meseta*. Presentación de Casos. Revista Cubana de Oftalmología. 29(1), pp.124-133.

Paczka, J.A. (2013) *Epidemiología del Glaucoma en América Latina*. Visión 2020 Latinoamérica Boletín Trimestral. URL: https://vision2020la.wordpress.com/2013/03/26/1521/

Pérez, H.; García, Y. y Gómez, N. (2014) Cierre angular primario: opciones quirúrgicas. *Revista Mexicana Oftalmología*. 88(4), pp. 182-185.

Rodas, E.; Valle J. y Pedroza, ME. (2015) *Incidencia del glaucoma en el Centro Nacional de Oftalmología, en el período de enero a junio de 2015*.Tesis para optar al título de Especialista en Oftalmología. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Unan-Managua. Centro Nacional de Oftalmología. Recuperado de: http://repositorio.unan.edu.ni/2999/1/75094.pdf

Ritch, R.; Tham, C. y Lam, D. (2004) Long-term success of argon laser peripheral iridoplasty in the management of plateau iris syndrome. *American Academy of Ophthalmology.* 111(1), pp. 104–108.

MEJORA DEL EXAMEN PERIÓDICO DE SALUD BASADO EN PROCESOS Y EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS

IMPROVEMENT OF THE PERIODIC HEALTH EXAMINATION BASED ON PROCESSES AND EVALUATION OF TECHNOLOGIES

Eduardo Triana Reyes (eduardotrianareyes@gmail.com)
Arialys Hernández Nariño (arialishn.mtz@infomed.sld.cu)
Eduardo A. Triana Álvarez (gpcte@infomed.sld.cu)

RESUMEN

En el mundo el envejecimiento poblacional y la prevención de la discapacidad se consideran retos. En Cuba el Sistema Nacional de Salud (SNS) plantea también como reto el perfeccionamiento de la gestión de sus instituciones, entre otros propósitos, mediante una constante evaluación de los procesos. El presente tiene como objetivo general proponer mejoras en el Examen Periódico de Salud (EPS) basado en procesos y evaluación de tecnologías. Los principales resultados fueron la modelación del proceso objeto de estudio, lo que redundó en el análisis de posibilidades de mejoras en cada una de las actividades que comprende el EPS para determinar estados de fragilidad y/o necesidad y la evaluación de las nuevas tecnologías sanitarias. Se logró determinar los principales problemas que afectaron el proceso y las posibles soluciones como apoyo a la gestión de procesos del EPS y se elaboró un plan de acción que está en ejecución.

PALABRAS CLAVES: envejecimiento, adulto mayor, gestión por procesos, funcionalidad, evaluación, proceso.

ABSTRACT

In the world, population aging and disability prevention are considered challenges. In Cuba, the National Health System (SNS) also poses as a challenge the improvement of the management of its institutions, among other purposes, through a constant evaluation of the processes. The present objective is to device the improvement of the periodic health examination (EPS) based on processes and evaluation of technologies. The main results were the modeling of the process under study, which resulted in the analysis of possibilities for improvements in each of the activities included in the EPS to determine fragility and/or need states and the evaluation of new health technologies. It was possible to determine the main problems that affected the process and the possible solutions to support the management of EPS processes and an action plan was prepared that is in execution.

KEY WORDS: aging, elderly, process management, functionality, evaluation, process.

INTRODUCCIÓN

En el mundo el envejecimiento poblacional y la prevención de la discapacidad se consideran retos. En Cuba, el Sistema Nacional de Salud (SNS) plantea también como reto el perfeccionamiento de la gestión de sus instituciones, para lo cual considera como objetivos medulares: fomentar la creatividad y la innovación, impulsar la

formación permanente, buscar la eficiencia, estudiar buenas prácticas internacionales y propiciar una constante evaluación de los procesos (Hernández, 2016) por lo que buscan “modelos que le permitan ofrecer un producto de calidad con eficiencia y eficacia orientado a la satisfacción de sus clientes” (Pérez, 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) hoy los esfuerzos están encaminados a continuar la búsqueda de métodos de trabajo que favorezcan el Envejecimiento Saludable (ES) y lo considera en un sentido amplio, basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales. Define el “Envejecimiento Saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (OMS, 2015, p. 31).

“El término bienestar se considera en el sentido más amplio y abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización” (OMS, 2015, p. 31) y

> (…) la capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características (OMS, 2015, p. 30)

Por ello se hace hincapié en que el Envejecimiento Saludable es algo más que la ausencia de enfermedad.

Actualmente las necesidades y demandas de los adultos mayores asumen categorías superiores y las respuestas tradicionales resultan insuficientes. Por lo que el tiempo que el médico y enfermera de la familia (MyEFlia) le dedican a la atención de los adultos se incrementa. También “está en aumento el caudal de conocimientos y estrategias necesarias para hacer frente a esta situación” (OMS, 2015) (Naciones Unidas, 2015 a, b). Y según OMS, como forma de optimizar y actualizar prestación de servicios en salud se debe tener en cuenta evaluar incorporar la demanda en el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC). (OMS, 2018)

En informe de la 71ª Asamblea Mundial de la Salud se plantea que:

> (…) Las tecnologías digitales se están convirtiendo en un importante recurso para la prestación de servicios de salud y la salud pública. Las tecnologías móviles inalámbricas son particularmente apropiadas, debido a su facilidad de uso, enorme difusión y amplia aceptación. Según la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT), en el 2015 había más de 7000 millones de suscripciones de telefonía móvil en todo el mundo, más del 70% de ellas en países de ingresos bajos o medianos (OMS, 2018, p.1).

Resulta de vital importancia el empleo de las TIC en la evaluación de la fragilidad y en el bienestar del adulto mayor (Fang, Chau, Wong, Fung y Woo, 2017) (Dasenbrock, Heinks, Schwenk y Bauer 2016).

Considerando experiencias del proyecto FortAM (Fortalecimiento de las capacidades locales en la prevención de la discapacidad del adulto mayor en áreas rurales. Proyecto de colaboración internacional con financiamiento de mediCuba Suiza, activo desde julio 2017 a julio 2020) ofrece la posibilidad del desarrollo del paquete tecnológico FortAM/EPS. El paquete contiene audiovisuales y aplicación para móviles, resultado del trabajo interdisciplinario y multisectorial que aprovechan los avances de las TIC para crear herramientas de apoyo al Examen Periódico de Salud (EPS). El EPS es un proceso de evaluación de la capacidad funcional. Es un pesquisaje activo dentro del

Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor (PNAAM) que se realiza al menos una vez al año a la totalidad de las personas de 60 años y más (MINSAP, 2011). El mismo aporta en economizar el tiempo para la obtención de los resultados y contribuye a garantizar una intervención oportuna que ayuda a satisfacer las necesidades de la población adulta mayor y de quienes atienden a este grupo poblacional especialmente en la Atención Primaria de Salud (APS).

> (…) A la luz de estas ideas, desarrollar el enfoque de procesos en organizaciones de salud cubanas representa una línea de trabajo de gran potencial, pues brinda respuestas a algunas de las proyecciones de este sector en la búsqueda de la excelencia (Hernández, Delgado, Marqués, Nogueira, Medina y Negrín, 2016, p. 70)

"La gestión por procesos (GP) es el modelo recomendado internacionalmente para mejorar la efectividad, la calidad y satisfacción de todos los involucrados en la organización (clientes, proveedores, personal, accionistas)" (Aguirre, 2014). Según Junginger, citado por Hernández, Nogueira, Medina y Marqués (2013), la GP implica reaccionar con más flexibilidad y rapidez a cambios en las condiciones económicas; estos cambios comprenden, a su vez, la necesidad de revisar los métodos de funcionamiento, o, en otras palabras, los procesos.

Por todo lo anterior el objetivo de este trabajo es proponer mejoras en el examen periódico de salud basado en procesos y evaluación de tecnologías.

Diseño metodológico

Se realizó un estudio cuasi experimental en instituciones de salud del municipio de Colón entre los años 2018 a 2019.

En una primera fase se describió el EPS, basado en el enfoque de procesos, a través de una ficha, soporte de información para recabar las características relevantes para el control de las actividades de un proceso. Adicionalmente se procedió a la representación gráfica mediante un mapa IDEFO, que facilitó la visualización de los niveles de detalle, las funciones específicas y la interacción entre las actividades representadas

Se valoraron los principales obstáculos en el desarrollo del proceso, para ello se consideraron los criterios emitidos en las reuniones de los GBT, en talleres docentes sobre EPS, apoyado en el empleo de PNI y la técnica de grupo focal, que definió grupos de profesionales, estudiantes y adultos mayores. Fueron obtenidas, además, las opiniones de directivos de policlínicos a través de entrevistas de profundidad y el método Delphi.

En una fase II, teniendo en cuenta el análisis anterior, se identificaron reservas de mejoras para las diferentes actividades del proceso y, se delinearon las posibles soluciones. Posterior a la valoración de las propuestas de soluciones se diseñó un plan de acción para cada etapa del proceso.

En una fase III, se particulariza la mejora basada en el rediseño de las etapas de información y sensibilización, ejecución, procesamiento y almacenamiento en la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) del EPS, a partir de herramientas informáticas. La factibilidad del rediseño fue evaluada mediante un análisis económico

que entrañó una comparación entre los costos implicados en la concepción de la tecnología y los beneficios que aporta al proceso.

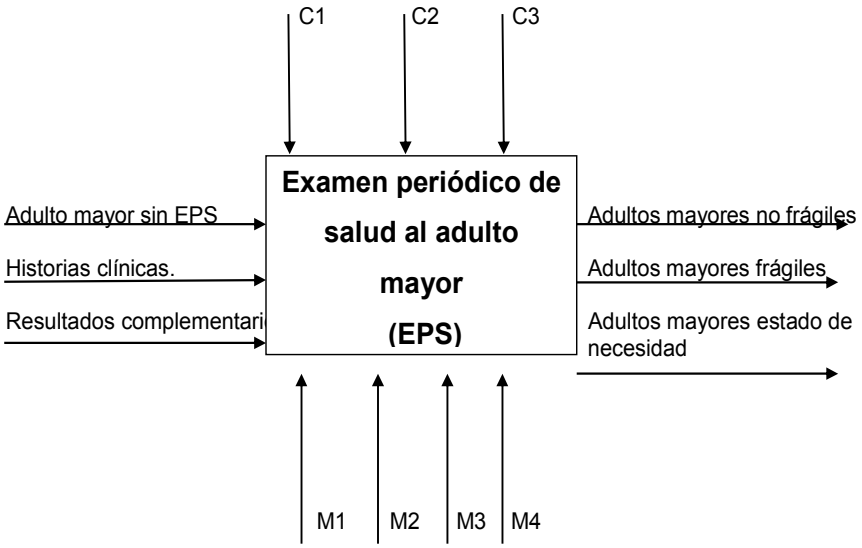
Análisis del proceso (Ficha de proceso).

Se confeccionó la ficha para el proceso (Cuadro 1) y se describieron sus niveles de detalle y funciones, en el cual las vistas superiores del modelo y la interacción entre las actividades representadas, permite visualizar los procesos fundamentales que sustentaron el proceso objeto de estudio (Ver Figura 1).

Cuadro 1. Ficha de proceso

<table>
<tr><td>Nombre del proceso:
Examen periódico de salud (EPS)</td><td>Subprocesos:
Exámenes.
Docencia.
Laboratorio Clínico.
Investigaciones.</td><td>Responsable o propietario:
Equipo básico de salud (EBS)</td><td>Tipo de proceso:
Operativo.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Misión u objeto: Monitoreo intensivo de la funcionalidad del adulto mayor, el binomio médico y enfermera de la familia o EBS con el objetivo de mantener el envejecimiento saludable y disminuir la discapacidad. El personal destinado a su atención debe tener la calificación que lo capacite para enfrentar en forma adecuada la realización y valoración de cada componente o tarea prevista en el EPS.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Alcance:
Inicio: Evaluación multidimensional.
Fin: Clasificación del adulto mayor y plan de acción integral y orientado a la persona según clasificación.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Beneficiario:
Adultos mayores, familia y comunidad.</td></tr>
<tr><td>Entradas:
• Adultos mayores sin EPS en el año fiscal.
Pruebas impresas.
• Historias clínicas.
• Resultados de complementarios.</td><td>Proveedores:
• Almacén de insumos médico o misceláneo
• Fondo fijo.
• Laboratorio clínico</td><td>Salidas:
• Adultos mayores clasificados
• Adultos mayores controlados.
• Adultos mayores dispensarizados
• Adultos mayores con plan de acción individual e integral.
• Resumen de historias clínicas.</td><td>Destinatarios/ Clientes:
• Adultos mayores no frágiles.
• Adultos mayores frágiles
• Adultos mayores en estado de necesidad.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Procesos relacionados:
• Dispensarización
• Participación comunitaria
• Prevención de enfermedades y discapacidad
• Laboratorio clínico.</td><td colspan="2">Actividades relacionadas:
• Entrevista médica.
• Examen físico.
• Exámenes complementarios.
• Diagnósticos.
• Evaluación integral del adulto mayor.</td></tr>
</table>

Fuente: Elaboración propia



Leyenda:

C1- PNAAM.	M1- Exámenes de medios diagnósticos.
C2 - Indicadores	M2- Médico del EBS
C3 – Normas	M3- Enfermera del EBS
	M4- Equipamientos

Figura 1. Mapa IDEFO del proceso EPS. Fuente: Elaboración propia

En la valoración de los principales obstáculos y posibilidades de solución se consideraron y aportaron los criterios emitidos en las reuniones de los GBT, en talleres docentes sobre EPS con la participación de 65 profesionales (médicos, enfermeras y profesores de los GBT de salud). Así como 25 estudiantes en el diplomado de Geriatría y Gerontología Comunitarias, 18 estudiantes de 5to año de la carrera de medicina que participaron en el curso electivo y 19 adultos mayores que participaron en el taller comunitario para formar promotores. Se consideraron además los criterios emitidos en las entrevistas en profundidad a directivos del policlínico y algo muy importante fue la participación en grupos focales de 45 adultos mayores que aportaron, algunos como objeto y sujeto de esta etapa de la vida.

En cuanto a clasificar al adulto mayor según criterios de la EGEF dentro del EPS: En ocasiones fueron incorrectos. Y no existe recogida de datos estadísticos que permitan contabilizar cuántas personas pertenecen a una u otra clasificación según los criterios de fragilidad.

En relación a la aplicación de pruebas: Es lenta y no siempre aparecen reflejados los resultados de la EGEF. Existen adultos mayores que no muestran interés en realizarse el EPS por no existir apoyo a la información oportuna y de sensibilización con el proceso.

Propuestas de mejoras:

Teniendo en cuenta el análisis sobre reservas de mejoras para las diferentes actividades del proceso que se estudió y para las áreas que de alguna forma u otra intercambian informaciones y pacientes con el mismo, se proponen las siguientes posibles soluciones encaminadas a ser perfeccionadas en investigaciones posteriores (Cuadro 2).

Cuadro 2. Propuestas de soluciones por actividad o área comprendida en el proceso

Actividad o áreas en las que se encuentran reservas de mejoras	Propuesta de soluciones
1. Aplicación de pruebas y motivación de adultos mayores.	- Incorporación de medios audiovisuales a una política coordinada con los medios de difusión masiva de sensibilización con los EPS. - Desarrollo estrategia intersectorial que aporte a la automatización del proceso con orientación a tecnología móviles. - Incorporación de acciones que involucren al adulto mayor como sujeto activo de este proceso y en apoyo al EBS. - Ampliación el conocimiento sobre los EPS incorporándolo en acciones formativas de pre y posgrado con incorporación de la comunidad en especial del adulto mayor y la familia.
2. Clasificación al adulto mayor según calificación y EPS.	- Desarrollo de producto informático que apoye en la clasificación del adulto mayor respecto a la existencia de fragilidad. - Realización de talleres docentes con formación y evaluación de este proceso en grupos básicos de trabajo con asistencia de los EBS. - Incremento de la presencia de este tema al programa del diplomado en Gerontología y Geriatría comunitaria enfatizando en la importancia de este proceso.
3. Confección de historias clínicas	- Garantizar la existencia de modelajes para las historias clínicas, esto facilita el trabajo de los médicos, los motivan y como resultado se obtiene eficiencia en la ejecución de la actividad. - Mejorar el tiempo de confección con variante aceptada por autoridades de salud mediante utilización de las TIC.

(Fuente: Elaboración propia)

Con el proyecto FortAM se realizó la coordinación para fortalecer los lazos de trabajo conjunto entre profesionales de los medios de difusión masiva, los JCCE y con expertos nacionales e internacionales relacionados con la temática del envejecimiento y las TIC, y se comenzó el proceso de análisis para la creación de herramientas necesarias

relacionadas con las TIC para ayudar en la vigilancia y/o monitorización de la fragilidad en los adultos mayores, apoyando al EPS.

Posterior a la valoración por el equipo de trabajo de las propuestas de soluciones se diseñó un plan de acción relacionado con el proceso, que se estructuró por áreas o actividades enunciadas como objetivos, este plan de acción se organizó teniendo como base la estrategia socioeducativa como método de intervención en las áreas más afectadas y se propusieron algunas actividades de potenciación de capacidades con apoyo de otros miembros e instituciones de la comunidad.

Rediseño del proceso.

En el rediseño se incorporaron herramientas informáticas que aportaron a la información y sensibilización en el caso del audiovisual y a la ejecución, procesamiento y almacenamiento del EGEF, en el caso de la App.

La aplicación para dispositivos móviles está soportada en sistema operativo Androide (apk) y permite: Trabajar desconectados, Utilizar exámenes descargados desde la aplicación Web para realizar los exámenes, Realizar otros exámenes propuestos según los resultados de los exámenes realizados, Almacenar los resultados de los exámenes. El sistema fue organizado en una estructura de bases de conocimiento las cuales pueden desarrollarse y compartirse por los propios especialistas: Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) con interfase amigable.

El audiovisual desarrollado tiene la ficha siguiente: Autor: Equipo de Proyecto FortAM

Tema: Examen Periódico de Salud (EPS), Creado: 2018 en Proyecto FortAM. Cuba

Duración: 4 min, Formato: MPG4, MP4, 3GP, Colección o videoteca: Proyecto FortAM, combina la sensibilización y demostración con empleo de técnica mixta y recursos varios.

El proceso de EPS al adulto mayor se apoya en una tecnología, denominada FORTAM/EPS que contiene:

- Audiovisuales EPS Información/Sensibilización
- APP de Escala Geriátrica de Evaluación Funcional EGEF (pesquisaje),
- Actividades de formación planificadas:

Pregrado: Curso electivo “Prevención de la discapacidad del adulto mayor y empleo de las TIC” a estudiantes del 5to año de medicina.

Posgrado: Talleres docentes a los grupos básicos de trabajo de un policlínico docente; Residentes de primer año de Medicina General Integral; Diplomado en Gerontología y Geriatría comunitaria.

Talleres comunitarios: Talleres comunitarios para la formación de promotores para adultos mayores.

Evaluación del rediseño del proceso.

Si solo fuesen utilizadas las nuevas tecnologías implementadas se incurre en un ahorro anual en gastos monetarios en hojas (respecto al sistema previamente utilizado). Los

datos para la elaboración del cuadro 3 fueron extraídos del informe perteneciente al programa atención al adulto mayor en Colón.

Cuadro 3. Costos de modelos a realizar a Adultos Mayores y Consultorio Médico de Familia

Recurso	Cantidad de hojas	Población adultos mayores/ Total de CMF	Precio (c/hoja)	Total
Modelo EGEF	3	15148	$1	$ 45 444
Guía de elaboración del EPS y EGEF (CMF)	5	61	$1	$ 305

Fuente: Elaboración propia

Se consideraron estos datos solo en el municipio de Colón y teniendo en cuenta la realización del EPS solo una vez al año al 100% de los adultos mayores, valor que generalmente es superior debido a la necesidad de realizar un nuevo EGEF a algunos adultos mayores por diversos cambios en su situación de salud que pueden afectar su capacidad funcional.

No se tuvieron en cuenta los ahorros por concepto de otros materiales de oficina debido a que su uso no se limitó solamente a este proceso y además por la diversidad de precios de estos recursos. No se tuvo en cuenta igualmente el costo de las acciones de formación que solo fueron consideradas a favor de la evaluación de la incorporación de las tecnologías a los procesos educativos.

Para obtener una referencia del presupuesto básico a emplear en caso de solicitar la realización de dichas tecnologías, se consultó, para mayor precisión, a empresas que incluyan dentro de sus funciones el desarrollo de audiovisuales y de aplicaciones informáticas orientadas a dispositivos móviles. Al no poseer ese dato se realizó una valoración según publicaciones online sobre el tema.

Audiovisual: La referencia obtenida realiza una comparación entre varias empresas que desarrollan audiovisuales, (https://www.visualservice.es/video-corporativo-y-precios) y evalúa dos indicadores básicos tiempo y calidad del producto donde el precio de la mejor variante para un minuto de audiovisual está valorado en 700€ con nivel de calidad 4 estrellas; el mínimo presupuesto posible podría ser de 450€.

En el caso del audiovisual que se creó por el equipo de trabajo de FORTAM considerando los fines con que se desarrolló, las técnicas mixtas empleadas, el guión, la edición, tiempo de presentación podría estimarse su costo en valores superiores debido a su mayor complejidad de acuerdo a lo descrito en dicha referencia.

APP: se evaluó el presupuesto de la aplicación móvil a partir de una web que valora el estimado aproximado según los niveles de complejidad del producto a desarrollar (https://www.cuantocuestamiapp.com/). El cálculo de presupuesto fue de 17400€ considerando los requerimientos y las características que presenta dicha app. Se incluyeron en su valoración los elementos del cuadro 4.

Cuadro 4 Preguntas de valoración del presupuesto

¿Qué nivel de calidad estás buscando?: Calidad Óptima	¿Tu App tiene que estar integrada a un sitio web?: No
¿Qué tipo de App necesitas?: Aplicación Android	¿Los usuarios tienen sus propios perfiles?: Sí
¿Qué diseño quieres que tenga tu App?: Interfaz personalizada	¿Tu App tiene un panel de administración?: Sí
¿Cómo quieres sacar beneficio a tu App?: Otros/ No lo sé todavía	¿Qué idiomas usará tu aplicación?: Un único idioma
¿Tu App necesita un sistema de login?: No lo sé todavía	¿En qué estado se encuentra tu proyecto?: Boceto ya preparado

Fuente: Elaboración propia

Esto se tradujo en un ahorro debido a que su realización dependió de los recursos humanos y materiales previstos en el proyecto FortAM. Solo en este proceso sin concluir la búsqueda se podría ahorrar por incorporación de tecnologías un valor cercano a los 20 000,00 EU y 45 709,00 CUP.

Además de ser más económico, se consideraron otros beneficios que también aportaron las tecnologías para la salud como mayor rapidez a la hora de aplicar la EGEF a los adultos mayores; menos errores a la hora de clasificar a los adultos mayores una vez aplicada la EGEF mediante la APP; favorece la obtención de datos que permiten cuantificar número de personas que se clasifican como frágiles o no, o si tiene algún estado de necesidad; contribución a la toma de decisiones y mejor formulación de estrategias; mayor cantidad de personas informadas y sensibilizadas con el proceso de manera directa e indirecta gracias a las bondades de las TIC; mayor rapidez en la generalización de la tecnología FortAM/EPS como apoyo al proceso mediante el uso de las TIC; posición activa ante el proceso del EPS por parte de adultos mayores, familiares y líderes de la comunidad; elevado nivel de satisfacción de adultos mayores, familiares y personal de atención y fortalecimiento del trabajo entre diferentes sectores que dan apoyo al proceso del EPS.

Esta valoración económica brindó información que aportó a la toma de decisiones y permitió identificar cómo el rediseño que se planteó ofreció una opción que maximiza la diferencia entre beneficios y costos. La principal ventaja de este enfoque fue que permite la comparación entre cualquier tipo de proyecto, programa u opción, incluso permite comparar el beneficio neto de una acción determinada en relación con la opción de no hacer nada.

CONCLUSIONES

Se logró la mejora del examen periódico de salud basado en gestión de procesos y la evaluación de tecnología FortAM-EPS incorporada donde se pudo demostrar beneficios en lo técnico, operativo y económico. También se alcanzó mejorar con la tecnología el nivel de información de prestadores de servicios de salud al adulto mayor con extensión a la familia y la comunidad. Así como la ejecución, el almacenamiento y la recuperación de datos del EGEF como componente del proceso del EPS con posibilidades de apoyar la clasificación y cuantificación de la fragilidad del adulto mayor en la comunidad.

REFERENCIAS

Aguirre, R. (2014). *Gestión por procesos (una explicación realmente fácil).* Recuperado de: https:// www.gestionar-facil.com/gestion-por-procesos/

Álvarez, R. (2014). *Medicina General Integral. Salud y Medicina* (3a ed.) Vol.1. La Habana: Ciencias Médicas.

Dasenbrock, L., A. Heinks, Schwenk M y Bauer J. M (2016). *Technology-based measurements for screening, monitoring and preventing frailty*. Z Gerontol Geriatr. 49(7): 581-595. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27637581

Fang, Y., Chau, A. K. C., Wong A, Fung H. H y Woo J (2017). *Information and communicative technology use enhances psychological well-being of older adults: the roles of age, social connectedness, and frailty status*. Aging Ment Health, 22(11):1516-1524. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28777010

Hernández, A.; Nogueira, D.; Medina, A. y Marqués, M. (2013). *Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica*. R. Adm. São Paulo. 48: 739-756. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/2234/223429367009.pdf.

Hernández, A.; Delgado, A.; Marqués, M.; Nogueira, D.; Medina, A. y Negrín, E. (2016). Generalización de la gestión por procesos como plataforma de trabajo de apoyo a la mejora de organizaciones de salud. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 15(31), 66-87. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/545/54549363016.pdf.

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Programa del Médico y Enfermera de la Familia*. Cuba, Habana: Dirección Nacional de Medicina General Integral.

Naciones Unidas. (2015 a). *World population prospects: the 2015 revision*. Nueva York, Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Nueva York: Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (2015 b). T*ransformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/L.1&referer=https://www.google.com/&Lang=S.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Suiza, Ginebra: El autor.

Organización Mundial de la Salud. (2018) *Informe del Director General. mSalud. Uso de tecnologías digitales apropiadas en la salud pública.* 71ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Punto 12.4 del orden del día provisional. A71/20. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_ACONF1-sp.pdf

Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. (2017) Salud Pública en la Sociedad de la Información. En Salud en las Américas +. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Pérez, J. (2011) *La modelación, la gestión y mejora de procesos. Particularidades en un hospital gineco-obstétrico*. Tesis de Diploma. Universidad Camilo Cienfuegos. Matanzas, Cuba.

PROPUESTA DE UNA METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN INTERSECTORIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

PROPOSAL OF A METHODOLOGY FOR THE DEVELOPMENT TO INTERSECTORAL MANAGEMENT IN PRIMARY HEALTH CARE

Yovanny Ferrer Lozano (yflozano.mtz@infomed.sld.cu)

Yanett Morejón Trofimova (ymt1988@nauta.cu)

RESUMEN

La intersectorialidad es una de las herramientas, más poderosas, del trabajo social y comunitario en salud.En la práctica se encuentrala ausencia de una clara comprensión en torno a la responsabilidad directa de los sectores en esta tarea conjunta, y no al apoyo o la ayuda brindada por otros sectores sociales. Para el diagnóstico, se consultaron los resultados de la revisión de documentos, entrevistas, y las encuestas con lo cual se estuvo en condición de pasar a la elaboración y presentación de la Estrategia Metodológica. A partir de ellos se diseña una metodología para el desarrollo de la gestión intersectorial en la atención primaria de salud. Los fundamentos de la plataforma teórica y metodológica de la gestión intersectorial en la APSse sustentan en un sistema de conocimientos científico debidamente estructurados ysistematizados, que incluya el carácter sistémico, multi, inter y transdisciplinario e intersectorial del proceso, la flexibilidad estructural y funcional, elénfasis en la innovación social y organizacional y en lo local, mayor flexibilidadteórica, metodológica y práctica de las herramientas de gestión.

PALABRAS CLAVES: atención primaria de salud, gestión intersectorial, salud pública

ABSTRACT

Intersectoriality is one of the most powerful tools of social and community health work. In practice there is the absence of a clear understanding of the direct responsibility of the sectors in this joint task, and not the support or the help provided by other social sectors. Methods: For the diagnosis, the results of the review of documents, interviews, and the surveys were consulted with which it was in condition to move on to the elaboration and presentation of the Methodological Strategy. Based on them, a methodology for the development of intersectoral management. The foundations of the theoretical and methodological platform of intersectoral management in PHC are based on a system of scientific knowledge properly structured and systematized, which includes the systemic, multi, inter and transdisciplinary and intersectoral nature of the process, structural and functional flexibility, the emphasis on social and organizational innovation and at the local level, greater theoretical, methodological and practical flexibility of management tools.

KEY WORDS: primary health care, intersectoral management, public health

INTRODUCCIÓN

La Declaración Salud para Todos emitida en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), realizada en 1978 en Alma Ata, define que “la atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que

constituye la función central y núcleo principal, así como del desarrollo social y económico global de la comunidad" (OPS/OMS, 2015).

Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Incluye ocho elementos básicos: educación en salud, control de las enfermedades endémicas locales, programa expandido de inmunizaciones, atención materno infantil que incluye servicios de planificación familiar, disponibilidad de medicamentos básicos para la atención, promoción de la nutrición (vigilancia nutricional), tratamiento de enfermedades comunes, y saneamiento ambiental, principalmente suministro de agua potable.

Así mismo se sostiene sobre cuatro pilares básicos: desarrollo tecnológico apropiado, fortalecimiento de la gestión administrativa de los servicios de salud, participación comunitaria y procesos de intersectorialidad como parte del desarrollo económico y social nacional y comunitario.

"La intersectorialidad es una de las herramientas, más poderosas, del trabajo social y comunitario en salud" (Castell Florit, 2018)

Se considera como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, bienestar y la calidad de vida.

Para Otálvaro (2017) esta respuesta social organizada brinda una mayor capacidad de respuesta en cuanto a cantidad, calidad y dinamicidad, para enfrentar los problemas vinculados a la salud, bienestar y calidad de vida, ya que convoca a la intervención coordinada de instituciones representativas de la comunidad. Sin embargo, en la práctica los hechos denotan la ausencia de una clara comprensión en torno a la responsabilidad directa de los sectores en esta tarea conjunta, y no al apoyo o la ayuda brindada por otros sectores sociales.

Problemas identificados en otros estudios citan "deficiente autogestión de los directivos, desconocimiento de normativas y directrices, deficiente negociación y gestión con otros organismos del estado, y el hecho de no tomar en consideración las necesidades de los beneficiarios de los servicios de salud" (Castell, 2016, p. 48)

Metodología para el desarrollo de la gestión intersectorial en la Atención Primaria de Salud

En el criterio de selección de los métodos utilizados, se tuvo en cuenta la problemática actual de la realidad.

Una vez concebido el diagnóstico, se presentan los resultados de la revisión de documentos, seguidos de las entrevistas, y las encuestas con lo cual se estuvo en condición de pasar a la elaboración y presentación de la Estrategia Metodológica.

La sistematización como proceso metodológico posibilitó la elaboración de la estrategia sobre la base de un acercamiento sistemático a la solución del problema a través de reflexiones y transformaciones a la práctica.

La metodología para el desarrollo de la gestión intersectorial en la atención primaria de salud concibe, a través de sus atributos, premisas, principios y requisitos, desarrollar la capacidad de los directivos de la APS paraaprovechar las potencialidades y las oportunidades que existen y que les brinda el sistema de salud cubano. (George, 2017)

Se definen cuatro atributos fundamentales que caracterizan este proceso:

> (…) la innovación organizacional, la formación y desarrollo de los actores, su dinamización y su integración. Estas propiedades favorecen la adaptabilidad, variabilidad, retroalimentación y homeostasis del sistema analizado a los cambios del entorno y a sus propias transformaciones, así como disminuye la tendencia a su debilitamiento (Godoy, 2017)

A través de una intervención (figura 1), se pretende modificar el estado actual y alcanzar un estado que permita perfeccionar el proceso de gestión intersectorial.

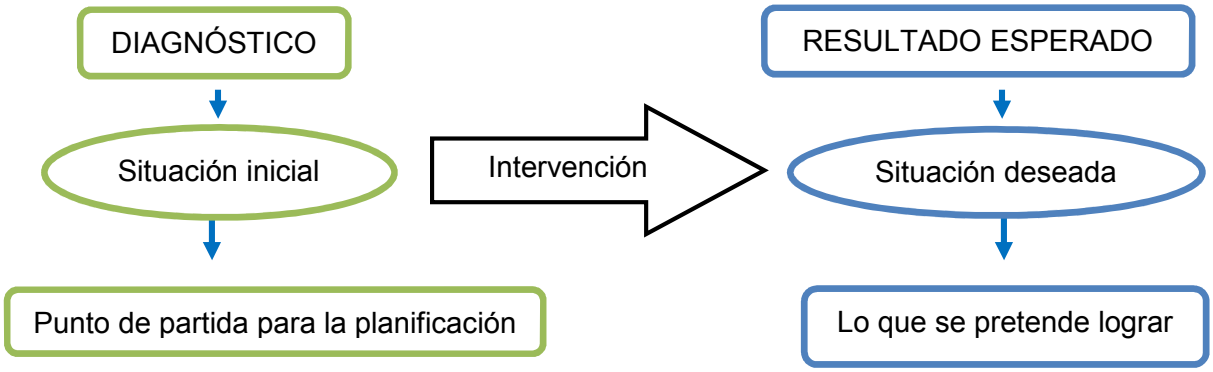


Figura 1: Esquema de intervención propuesto.

La composición de esta metodología aporta el enfoque sistémico del proceso en su implementación práctica (Tabla1).

Tabla 1: Composición de la estrategia.

Componente	Elementos esenciales
Idea rectora	Propicia el desarrollo profesional y humano, ajustado a la incesante revolución científico técnica
Premisas generales	Asumir el postulado marxista que el educador puede y debe ser educado y viceversa Asumir el enfoque histórico cultural (Vigotsky) de que el proceso de enseñanza aprendizaje es eminentemente social y contextualizado, y propicia el desarrollo Propiciar la participación consciente, creadora y activa de los educandos
Premisas particulares	Desarrollar habilidades en los directivos de salud que trabajan en la APS a partir de la educación en el trabajo.
Objetivo	Preparar metodológicamente a los directivos para el desarrollo de

general	habilidades en la gestión intersectorial de salud.
Objetivos específicos	Identificar la necesidad de desarrollo de habilidades para la gestión intersectorial en directivos de la APS. Fortalecer los valores de orientación profesionalidad, social, ética, colectivismo y amor al trabajo Evaluar el impacto sobre el desempeño de los directivos .
Contexto	Existencia de estructuras institucionales, políticasy sociales que contribuyen al diagnóstico, organización y ejecución del proceso. Empleo de varias vías para analizar la situación del problema.
Actores	Incluyen los que se superan (directivos), los que superan (investigador), y los que posibilitan el proceso (estructuras institucionales, consejo científico, organizaciones políticas y de masa)

La gestión se desarrolla a través de cuatro fases:planificación, organización, ejecución y evaluación y ajuste, lo que constituye unproceso cíclico e iterativo.

“La metodología que se propone responde a las particularidades y condiciones técnicoorganizativas y funcionales de las direcciones Municipales de Salud; de aquí su carácter contextual y flexible, yse caracteriza por ser sistémica e iterativa". (Díaz, 2015)

La realización decada etapa influye en el todo y depende, al menos, de una de las demás, lo quepermite retroceder a alguna etapa que necesite ser reajustada.

Entre tanto, en cada una de las fases hay que ejecutar varias etapas o pasos de trabajo (figura2).



Figura 2. Metodología para para el desarrollo de la gestión intersectorial en la atención primaria de salud

En cada una de las etapas los actores implicados deben tomardecisiones operativas y tácticas en función del cumplimiento de la estrategiaproyectada.

Fase I: Concepción y planificación.

Concibe, prepara y planificael proceso, con una serie de pasos lógicos:

- Creación de estructuras y mecanismos funcionales para dinamizar el proceso de gestión. Uno de ellos es el Departamento de Investigación yPosgrado, que coordinará la implantación de la metodología para lagestión del proceso. Este se encargará de elaborar la primerapropuesta de un plan general de acciones.
- Dinamización de los actores implicados en la gestión. Se desarrolla unaintensa y sistemática actividad de capacitación y preparación de los actoresimplicados en la gestión del proceso para contribuir a suformación y desarrollo. Esta labor se realiza mediante las diferentesactividades de posgrado, así como talleres, conferencias, seminarios, etcétera.
- Diagnóstico de las competencias profesionales. Se determinan lascompetencias profesionales mediante el diagnóstico de las capacidadescognitivas que posean los directivos de la APS.
- Elaboración de los elementos orientadores estratégicos (visión, objetivos estratégicos y políticas de actuación) y operativos (objetivos y resultados esperados para el año y los planes deacción tácticos) para la gestión del proceso.

Fase II: Organización e implantación.

Organiza el proceso de gestión y se implantan todas las accionesproyectadas para la concreción de lo planificado en la fase anterior.

Es en esta fase donde se llevan a la práctica el sistema de planes concebidos.

Sedesarrolla en tres etapas:

Primera: Elaboración de los planes de implantación y precisión de elementosdinamizadores del proceso de gestión.

Segundo: Esclarecimiento de los vínculos y de las relaciones jerárquicas y funcionales para la gestión. *S*u objetivo es lograr una interacción y vínculos de trabajoentre los diferentes niveles de gestión, sus actores y los componentesinternos de cada uno en particular, para lo cual es necesario movilizar yanimar a los actores, así como establecer y consolidar alianzas y acuerdosentre ellos.

Tercero: Ejecución. En esta etapa es importante seleccionar líderes científicos comprometidos y motivados para la direcciónde los proyectos y capaces de propiciar el trabajo en equipo.

*Fase III: Evaluación y ajuste***.**

Tiene dos objetivos esenciales:

a. Evaluar al final de un ciclo de trabajo si se obtuvieron los resultadosplanificados.

Con las herramientasmetodológicas y los mecanismos establecidos para evaluar el cumplimientode los objetivos, los indicadores y los resultados previstos a alcanzar, sedeterminan los impactos obtenidos con la ejecución del proyecto planificado.

b. Valorar si se continúa con la estrategia prevista o se debenrealizar cambios o ajustes.

Valoración cualitativa de la metodología para el desarrollo de la gestión intersectorial en la Atención Primaria de Salud

A través de la observación del proceso y de intercambios con los actores involucrados en él para conocer sus criterios valorativos en cuanto a la propuesta metodológica sepudo constatar que existe un alto nivel de satisfacción de los actores en cuanto a lagestión del proceso, teniendo en cuenta lo siguiente:

- El incremento de la preparación científica-investigativa de los directivos de salud en la APS.
- Creación y el desarrollo de capacidades cognitivas, organizativas y de gestión en los directivos del territorio.
- La solución a demandas de salud.

CONCLUSIONES

Los fundamentos de la plataforma teórica y metodológica de la gestión intersectorial en la APS se sustentan en un sistema de conocimientos científico debidamente estructurados ysistematizados, que incluya el carácter sistémico, multi, inter y transdisciplinario e intersectorial del proceso, la flexibilidad estructural y funcional, elénfasis en la innovación social y organizacional y en lo local, mayor flexibilidadteórica, metodológica y práctica de las herramientas de gestión. A partir de lo anterior se propone una metodología de gestión que constituye un instrumento metodológico para gestionar el proceso de gestión intersectorial en correspondencia con las tendencias de la gestión de la ciencia y la innovación en las universidades contemporáneas, pues contempla elproceso de forma sistémica, con el empleo racional del capital humano.

REFERENCIAS

Castell, P.; y Gispert, E. (2018) Empoderamiento Intersectorial en directivos y líderes locales como contexto para la acción en salud pública. *Revista Cubana Salud Pública, 44(3)*

Castell, P.; Más.; P. (2016) Cuba: Time to ExpandHealth in AllPolicies. *MEDICC Rev*. 18(4), p: 48.

Díez, E.; Camprubí, L.; Ferrelli, R. (2015) *Recomendaciones técnicas y operativas para el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública*. Bogotá: EUROsociAL, Agència de Salut Pública de Barcelona y Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia.

George, R.; Laborí, R.; Noa, M.; y Nicot, N. (2017) Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba*. Revista Información Científica,* 96(3), pp: 181-92.

Godoy, N.; Franco, M.; Lozano, J.; Gore, N. (2017) *Importancia de la intersectorialidad en la investigación para la salud: conectando comunidades, científicos y tomadores de decisiones*. Medicina. 39(2), pp: 91-7

Otálvaro, G. y López, A. (2017). *La acción intersectorial por la salud: una vía para la incidencia en los procesos sociales determinantes de la salud*. Tesis en opción al título académico de Máster. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, p: 202

OPS/OMS. (2015) *IntersectoralAction and HealthEquity in LatinAmerica*: AnAnalyticalApproach. Washington, D. C. Estados Unidos

ELEMENTOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ELEMENTS OF ADMINISTRATION OF THE QUALITY OF THE CARE IN NURSING FRON PRIMARY ATTENTION HEALTH

Lourdes Sherwood Ilizastigui (sherwood.mtz@informed.sld.cu)

Yamilet Portela Lauzurica (sherwood.mtz@informed.sld.cu)

Armando García Estrada (armandoge.mtz@informed.sld.cu)

RESUMEN

En 1978, la Conferencia Internacional de Alma-Ata definió la atención primaria de salud (APS) como la estrategia para cumplir la meta de «Salud Para Todos en el año 2000».Cuba se manifiesta en la creación del Médico y la Familia en el 1984 y en Matanzas el Municipio de Colón fue el pionero en su instauración. La atención primaria de salud es desarrollada *b*ásicamente por el médico y la enfermera de la familia, u otros profesionales que laboran en esta instancia y dirigen sus acciones al individuo, la familia y la comunidad. Se realizó una revisión bibliográfica sistemática del tema para desarrollar un análisis crítico del contenido de documentos, donde se consideraron artículos originales y de revisión. La búsqueda fue realizada en las bases de la Biblioteca Virtual de Salud, en Scielo, Medline, Infomed y el Proceso de Atención de Enfermería, con el objetivo de describir los elementos de la gestión de la calidad en enfermería desde la perspectiva en la Atención Primaria de Salud.

PALABRAS CLAVES: Atención Primaria, Salud, Gestión, Calidad, Elementos, Enfermería.

ABSTRACT

In 1978, the International Conference of it Alma-ties it defined the primary attention of health (APS) as the strategy to complete the goal of "Health For All in the year 2000". Cuba is manifested in the Doctor's creation and the Family in the 1984 and in Matanzas the Municipality of Columbus was the pioneer in its setting-up. The primary attention of health is developed basically by the doctor and the nurse of the family, or other professionals that work in this instance and they direct its actions to the individual, the family and the community. Was carried out a systematic bibliographical revision of the topic to develop a critical analysis of the content of documents, where they were considered original articles and of revision. The search was carried out in the bases of the Virtual Library of Health, in Scielo, Medline, Infomed and the Process of Attention of nursing, to trace us the objective of describing the elements of the administration of the quality in nursing from the perspective in the Primary Attention of Health.

KEY WORDS: Primary Attention of Health, Administration, Quality, Elements, Nursing

INTRODUCCIÓN

En 1978, la Conferencia Internacional de Alma-Ata definió la atención primaria de salud (APS) como la estrategia para cumplir la meta de «Salud Para Todos en el año 2000», y se entiende como: La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de

todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación.

En 1966 Canadá fue uno de los primeros países que comenzaron con la creación de la Atención Familiar, al igual que en España1969. y una parte de los Estados Unidos de América en 1978.Las pruebas reunidas en el plano internacional indican que los sistemas de salud basados en una decidida orientación hacia la Atención Primaria de Salud (APS) consiguen unos resultados de salud mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen unos costos de salud más bajos, y pueden conseguir una mayor satisfacción de los usuarios que aquellos cuyos sistemas de salud están poco orientados hacia la Atención Primaria.

Cuba se manifiesta con la creación del Médico y la Familia en el 1984 y en Matanzas el Municipio de Colón fue el pionero en su instauración Placeres, Hernández (2019) La atención primaria de salud es desarrollada *b*ásicamente por el médico y la enfermera de la familia, u otros profesionales que laboran en esta instancia y dirigen sus acciones al individuo, la familia y la comunidad, con carácter de una comunicación, de expresiones que sean entendidas y analizadas por la población. Por tanto se han referido al tema de la Comunicación Naipe Delgado, Estopiñan García, Martínez Abreu (2016), Duany Mejías, (2014), Díaz Roig, Díaz Pacheco, Álvarez Síntes (2014) y Michelena Rivera, Álvarez Síntes (2014).

De mucho valor resultan las relaciones de trabajo entre los directivos del sector y sus subordinados, los integrantes de los diferentes colectivos y ejecutores de los programas priorizados, en especial los grupos y equipos básicos de salud, y de estos con los sectores y grupos de la comunidad, organizaciones políticas y de masas, funcionarios del Gobierno, porque, en general, para todas las actividades de la vida cotidiana es imprescindible establecer una fluida comunicación para el cumplimiento de los objetivos y programas, así como para lograr cambios positivos en indicadores del cuadro de salud.

El personal de enfermería que labora en la Atención Primaria de Salud desempeña una función esencial en el cuidado, rehabilitación, promoción y prevención de la salud de los pacientes, garantizándoles una mayor calidad de vida y potenciando al máximo sus capacidades de autocuidado. Su trabajo se sustenta sobre el Proceso de Atención de Enfermería, que posee un enfoque hacia el paciente, lo que permite crear un plan de cuidados que se ajusta a sus características y peculiaridades. Referenciamos al Ministerio de Salud Pública. (2010-2015). El trabajo ha contemplado las últimas tendencias sobre la actuación del personal de enfermería en la APS y el Proceso de Atención de Enfermería, comenta sobre él, León Román (2006).

Este artículo tiene como objetivo: describir los elementos de la gestión en la calidad en enfermería desde la perspectiva de la Atención Primaria de Salud

Métodos de investigación

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática del tema para desarrollar un análisis crítico del contenido de documentos, donde se consideraron artículos originales y de revisión.

La estrategia de búsqueda adoptada fue la utilización de las palabras claves o descriptores, conectados por intermedio del aperador booleano AND.

Las palabras clave utilizadas fueron: “atención primaria, salud, gestión, calidad, elementos y enfermería”, identificadas a través de DECs o de MeSH. De esta forma, utilizamos para la búsqueda los artículos referidos descriptores en idioma español. La búsqueda fue realizada en las bases de en la Biblioteca Virtual de Salud, en Scielo, Medline, Infomed y el Proceso de Atención de Enfermería, durante el mes de junio, julio y agosto del 2019, dándonos la posibilidad de definir que bibliografías eran referenciadas para el tema en cuestión, de gestión de la calidad, cuidados de enfermería y la Atención Primaria de Salud.

Se determinó como criterios de inclusión para la selección de los artículos ron en español disponible en los portales de datos seleccionados que presentaban adherencia a la temática, publicados entre los años 2006 y 2019 que presentarán de manera clara la metodología o el referencial teórico seleccionado. Los criterios de exclusión se encontraron dentro de las pesquisas repetidas en las bases de datos y los artículos en inglés

Tras la identificación de los estudios pre-seleccionados se llevó a cabo la lectura de los títulos de las publicaciones, resumen y palabras clave, comprobando la pertinencia con el estudio, debiendo estar adherido a la temática abordada.

Actualidad, términos y conceptos sobre Gestión de la calidad, mejora y política. CITMA ONN, (2011)

Caracterizar el estado de salud de la población, mediante la recolección, de la información estadística y la identificación de determinantes que influyen sobre la persona, la familia, la comunidad y el medio-ambiente en Análisis de la Situación de Salud juega un papel importante para la atención de enfermería en la Atención Primaria Salud.(APS)

La atención de enfermería es considerada una valiosa herramienta en el desempeño del profesional, que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería ya sea en policlínicos, consultorios, centros educacionales y laborales.

En la actualidad la Atención de Enfermería se encuentra distribuida por todas las áreas de la APS, aumentando considerablemente el flujo de información que el personal manipula. Esta se utiliza para valorar, diagnosticar, planificar, intervenir y evaluar las condiciones de los pacientes, relacionadas con el PAE. Son de esta opinión los siguientes autores León (2006), León (2017a, 2017b), Blanco y Saravia, (2011) y Colectivo de autores, (2012)

Según estudios realizados, se demostró que por cada hora de cuidado directo sobre el paciente se generaba entre 30 y 60 minutos de registro en papel, aumentando la cantidad de documentación acumulada. Lo que provoca que el personal emplee menos tiempo estando en contacto directo con el paciente, agudizándose la carencia que existe de estos profesionales en la actualidad. Nos hace referencia al tema Torres y Urbina (2008) y Ministerio de Salud Pública. (2010-2015).

Esta escasez de personal genera diferentes problemas, por un lado, pocos para cuidar muchos pacientes y por el otro un aumento del horario laboral. Las constantes limitaciones en la gestión de los servicios a las que se enfrenta el personal de enfermería dificultan el desempeño de sus responsabilidades y pone en riesgo la salud del paciente. El referente sobre la formación de recursos humanos lo plantea, la Organización Panamericana de la Salud, (2015) y Organización Mundial de la Salud, (2016)

Desde hace varios años se discute la necesidad de estandarizar las terminologías en el sector de la salud, buscando alcanzar varios propósitos, entre los que destaca la homogeneización de la Gestión de la Calidad. Referenciamos el Sistema de Gestión de la Calidad, (2015)

Calidad: La palabra calidad tiene su origen en el latín y significa: atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios. En la actualidad existe un gran número de definiciones dadas por estudiosos en el tema, una de ellas, la de la Sociedad Americana para el Control de Calidad (asqc por sus siglas en inglés), quien la define como el "conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente" (Tápanes**,** Errasti, Arana, Rodríguez, Román, Santana, 2019**)** y el Consejo Internacional de Enfermeras, 2008)

Con el objetivo de garantizar la calidad en la prevención, cuidado, rehabilitación de los pacientes y especializar los servicios de salud, el Sistema Nacional de Salud (SNS) comprende tres niveles de atención médica organizados en: Atención Médica Primaria, Atención Médica Secundaria y Atención Médica Terciaria. Organización Mundial de la Salud (2016)

Gestión de la Calidad: Es un resultado esperado deseado que se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos existentes se gestionan como proceso con el objetivo de establecer un sistema de instrumentos en forma rápida y práctica .Normas Cubanas, (2015)

Mejora de la calidad: Es parte de la Gestión de la Calidad de aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de Calidad. Normas Cubanas, (2009)

Política de calidad: Intenciones y directrices globales de una organización relativa a la Calidad y son expresados formalmente por su alta dirección. Mejías Sánchez y Cols, (2013)

En la actualidad, en Cuba y en varios países, no se utiliza un lenguaje estandarizado en el proceso de atención a los pacientes, empleando diferentes terminologías para la realización de diagnósticos, intervenciones y emisión de resultados de enfermería, provocando la falta de fiabilidad, homogeneidad y consistencia de la información generada.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto la Informática en Enfermería tiene gran utilidad en los servicios de enfermería brindados en la APS, así como el rol preponderante de estos especialistas en este nivel de atención y en particular el papel y especificidades del Proceso de Atención de Enfermería como reproducción simplificada de la realidad.

El sistema de atención de salud basado en la atención primaria, la función de las enfermeras figura en un lugar prominente, siendo protagonistas en el cuidado de pacientes de todas las edades, ya sean sanos o enfermos.

Para que un sistema de parámetros para la gestión de atención de enfermería en APS cumpla su finalidad debe contener elementos de análisis, evaluación, comparación y control que permitan la toma de decisiones sobre un conjunto de actividades del sector y su calidad expresará lo tanto que difiere su exactitud de lo conocido como error. La calidad se mide bajo dos conceptos básicos: la cobertura y la integridad.

Como la evaluación no es más que el proceso de identificar, obtener y analizar información útil y descriptiva, que permita valorar y enjuiciar los fenómenos que se presentan en torno al objeto, con el fin de obtener criterios y juicios sobre el propio objeto para tomar decisiones y solucionar problemas asociadas a la gestión del Proceso de Atención de Enfermería, en cuanto a la concepción, funcionamiento y los objetivos que se persiguen, así como los modelos empleados, esta debe tener en cuenta ciertos parámetros que deben estar presente para obtener resultados de calidad que expresaran la confiabilidad del cuidado brindado, con la obtención satisfecha de la población.

Cuadro 1. Elementos de gestión de la calidad en Enfermería desde la perspectiva en Atención Primaria de Salud. Fuente: NC-ISO 9001: Requisitos. (2015) y NC-ISO 9000-(2005.)

Parámetros	Se refiere a:
Integridad	Información completa, integra
Veracidad	Reducción de errores, la información debe reflejar lo más aproximadamente posible la realidad objetiva
Confiabilidad	Establecer márgenes de errores o intervalos de confianzas de los datos que se ofrecen
Oportunidad	Que la información esté en tiempo para los fines y toma de decisiones
Estabilidad	Frecuentes cambios en procederes o definiciones desestabilizan el SI y afectan la calidad de la misma
Suficiencia	La información satisfaga las necesidades de información, el exceso implica gastos inútiles y poca utilización
Compatibilidad	Definiciones y procederes compatibles dentro del sistema de información y subsistemas
Flexibilidad	Se refiere a la información por niveles que ofrezca el sistema de información

Claridad	Expresión de información clara y sencilla, explicita y bien definida
Equilibrio	La información debe ser equilibrada, de manera tal que exprese las principales actividades de todo el programa a que se refiere
Economía	Diseño con un pensamiento racional en función de costo, deben ser económico y eficientes
Pertinencia	La información debe ser pertinente a la situación de cada momento y debe prescindir de emitir información tangencial al problema de medición central

La utilización de estos parámetros para la gestión de los procesos cotidianos le permitirá al personal de enfermería mejorar la calidad y continuidad de los cuidados que dispensan a las poblaciones en todos los contextos. Le brinda información actualizada, estandarizada y oportuna para realizar sus labores, disminuyendo considerablemente el tiempo dedicado al trabajo con la información y posibilitando redirigir este tiempo a la atención al paciente. Lo que tributa a contribuir con la promoción de salud, la prevención de enfermedades, los cuidados y tratamientos y por ende, a la calidad final de la atención sanitaria.

CONCLUSIONES

Los autores del trabajo visualizan que la gestión de la calidad en enfermería debe ser incentivaba con programas educativos para formación de la cultura de la seguridad, para evitar daños en la atención a los pacientes La indagación sobre los cuidados de Enfermería permitió presentar la visión de estos. Se definieron elementos que se deben tener en cuenta para la Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería desde la Atención Primaria de Salud, teniendo el criterio los autores que con ellos ya definidos deben ser atemperados a la actividad diaria del personal de enfermería, teniendo en cuenta la mayor eficiencia en los costos y mejores resultados en términos de salud para los individuos, la familia y la comunidad.

REFERENCIAS

Blanco, C.; Saravia R **(**2011). *Metodología de la Enfermería*. Taxonomía NANDA". Universidad de Cantabria. España,

Colectivo de Autores. (2012) *Proceso de atención de enfermería* (PAE) Universidad del Cauca, Colombia. Recuperado de: http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ PAE.pdf]

Consejo Internacional de Enfermeras. (2008). *Servir a la Comunidad y garantizar la calidad. Las enfermeras al frente de la Atención Primaria en Salud*. Memorándum por el Día Internacional de la Enfermera. Consejo Internacional de Enfermería". Ginebra, 2008.CIE- Recuperado de: http://www.seapaonline.org.pdf

Cuba. Ministerio de Salud Pública. (2010.) *Objetivos, Propósitos y Directrices 2010-2015*.Documento de trabajo. La Habana: Ministerio de Salud Pública.

Duany T. (2014) Comunicación en salud: herramienta indispensable en la estomatología actual. Carta al Director. *Rev Méd Electrón [Internet*]. 36 (4) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?

Díaz I.; Díaz G.; y Álvarez R. (2014) *Comunicación en salud y técnicas educativas.* Medicina General Integral [Internet]. T. I. La Habana: Ciencias Médicas.p.125-37 Recuperado de:http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo1_3raedicion/cap_16.pdf´

León, CA.(2006) Enfermería, ciencia y arte del cuidado Rev.Cub.Enfer Revista en Internet 22(4) Recuperado de : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=es.S0864-03192006 .

León, CA (2017) Nuevas Teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista en Internet 33(4). Revista Cubana de Enfermería.* Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=es.S0864-03192006

León, CA. (2017) La seguridad del paciente una responsabilidad en el acto del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería* 22(3). Recuperado de: http://bvs,sld.cu//.

Naipe MC.; Estopiñán M y Martínez J. (2016) La comunicación en el primer nivel de atención de salud. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet].Feb.-Mar. 38(2) Recuperado de: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/

Michelena N, Álvarez I. (2014). Dimensión comunicativa en la atención primaria de salud. *Medicina General Integral [Internet*]. T. I. La Habana: Ciencias Médicas; p.32-6 Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo1_3raedicion/cap4.pd5-

Mejías, Y. (2013) *Estrategia de Gestión de Calidad en el Sector de la Salud*. La Habana: Ciencias Médicas.

Organización Panamericana de la Salud. (2015). La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe. OPS; [internet]. Recuperado de: goo.gl/a9PzeD

Organización Mundial de la Salud. (2016) Estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. OMS; [internet] Recuperado de: http://bit.ly/2phZItM

Placeres Hernández, José F. (2019).Treinta y cinco años del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. *Revista Médica Electrónica* [Internet].Jul- Ago. 41 (4).Recuperado de: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/i

Sistema de Gestión de la Calidad, NC-ISO 9001: *Requisitos 2015. Sistema de Gestión de la Calidad Fundamentos y Vocabulario*. NC-ISO 9000- 2005.

Tápanes, W. Errasti, MY, Arana, RM, Rodríguez I, Román,k JC, Santana, I. (2019) Control de la Calidad en la Salud Pública. Reseña Histórica. *Rev Médica Electrónica* [Internet].May- Jun- 41(3).Recuperado de: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/

Términos y conceptos aplicables a la Normalización, la Metrología y la Calidad. CITMA ONN. (2011)

Torres Esperón, JM; Urbina Laza, O. (2008) Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal de Enfermería en Cuba, 2008. *Educ Med Super* [revista en la Internet]. Vol. 20(1): Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

CAPÍTULO 5. LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y LAS TRANSFORMACIONES EN EL SECTOR DE LA SALUD

CONTRIBUCIÓN A LA EDUCACIÓN AMBIENTAL DE LOS DIRECTIVOS Y PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MATANZAS

CONTRIBUTION TO THE ENVIRONMENTAL EDUCATION OF MANAGERS AND PROFESSORS OF THE UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES OF MATANZAS

Odalys Bolaños Ruiz(salmeida.mtz@infomed.sld.cu)

Juana María Cuervo Ledo (jcuervo.mtz@infomed.sld.cu)

Santiago Almeida Campos (salmeida.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

El trabajo tiene como objetivo contribuir a la educación medioambiental de directivos y profesores que se desempeñan en la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, se elaboró e implementó una metodología que permitió determinar de manera científica las necesidades de aprendizaje, así como proyectar y desarrollar acciones de capacitación que permitieron eliminar las principales debilidades que impactaban negativamente en la implementación eficaz de la Estrategia Medioambiental de la institución así como a su perfeccionamiento.

PALABRAS CLAVES: educación, estrategia ambiental, necesidades de aprendizaje.

ABSTRACT

The objective of the investigation is to contribute to the environmental education of managers and professors of the University of Medical Sciences of Matanzas, a methodology was developed and implemented that allowed to determine in a scientific way the learning needs, as well as to project and develop training actions that allowed eliminating the main deficiencies that negatively impacted the effective implementation of the institution's Environmental Strategy as well as its improvement.

KEY WORDS: education, environmental strategy, learning needs.

INTRODUCCIÓN

El mundo actual es impactado por profundas transformaciones que han determinado las relaciones entre la sociedad y las organizaciones tanto a nivel nacional como internacional dando un nuevo significado al trabajo y con ello a la vida cotidiana de los individuos, los avances científicos-técnicos en el campo de la información crean un mundo virtual que desdibuja las distancias espaciales colocando un número significativo de datos y de informaciones al alcance del capital humano (UNESCO, 1977).

Desde el inicio del siglo XXI han proliferado las estrategias de comunicación participativa, que tiene como objetivo promover un diálogo entre los educadores ambientales y las personas de las comunidades a las que se dirigen, acerca de los principales desafíos ambientales. Estas estrategias parten del conocimiento de la comunidad, y del análisis de su situación de salud con particular énfasis en los factores ambientales.

A partir de los documentos normativos trazadores de las estrategias ambientales a nivel mundial tales como: el Informe final de la Conferencia Intergubernamental sobre Educación Ambiental (UNESCO, 1977) y a nivel nacional la Estrategia Nacional de Educación Ambiental (CITMA, 2010, 2016), Plan estratégico para el enfrentamiento al cambio climático en la República de Cuba conocido como Tarea

Vida (CITMA, 2017) se trazan las líneas a seguir a nivel nacional, entre las que se encuentran:

- Ampliar el desarrollo de las actividades de educación ambiental que promuevan una mayor participación comunitaria y el incremento de la concientización de los ciudadanos acerca del desarrollo sostenible.
- Determinar los elementos de política específicos relacionados con el papel de los medios masivos de comunicación y los procesos de comunicación en general en el desarrollo de la cultura ambiental de la población.
- Ampliar y fortalecer los espacios de participación de las organizaciones sociales, fundamentalmente al nivel local, en los procesos de elaboración, implementación y monitoreo de las políticas ambientales y los procesos de gestión ambiental en particular.

“La Universidad Médica como agente de transformación social, les da respuesta a estas líneas utilizando como soporte la actividad docente tanto de pregrado como de postgrado con énfasis a los principales decisores de los procesos universitarios, sus directivos” (Assef, 2015, p.3).

> (…) la educación ambiental fomenta estilos de vida saludables que influyen positivamente en las escalas de valores y las actitudes en la sociedad actual, propiciando la interacción del individuo con el entorno y con su entorno, en el caso de las Universidades de las Ciencias Médicas a través del Trabajo Comunitario Integrado máxima expresión de la relación universidad-sociedad y de la pertinencia de ésta (Assef, 2015, p.4).

En el diseño curricular de las carreras de las Ciencias Médicas y en particular en el perfil del egresado aparecen objetivos que van dirigidos a la formación integral y a la solución de los problemas de salud de la población:

> (…) con la finalidad de formar profesionales con competencias laborales que impacten en el desempeño, con actuaciones en pro del mejoramiento humano; un profesional de la salud con habilidades comunicativas, que sepa relacionarse con los demás y por ello se gane el respeto y la confianza de sus pacientes; que sea capaz de influir positivamente en la comunidad, en sus principales actores ejerciendo liderazgo y contribuyendo a provocar cambios significativos que garanticen la mejora de la calidad de vida del pueblo (Macías, 2012; Assef Yara, 2015, p.7).

Es responsabilidad de profesores y directivos del sector formar profesionales preparados para introducir elementos cognitivos de la cultura ambiental en las comunidades constituyendo además una de las prioridades permanentes de los gobiernos locales (Assef, 2015).

En correspondencia con lo anterior constituye una necesidad la educación ambiental y capacitación de los actores de la comunidad.

La investigación se realiza en la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas y tiene como objetivo Contribuir a la educación ambiental de profesores y directivos que propicie la transformación de una cultura ambiental en la comunidad universitaria

La dimensión ambiental en la comunidad universitaria.

El modo de concebir y de aplicar la dimensión ambiental en la comunidad universitaria parte de una concepción sistémica, con una visión interdisciplinaria en el proceso de implementación, lo que requiere de una participación armónica,

coherente, innovadora y comprometida de todos los actores y líderes como principales gestores de la educación ambiental dentro del contexto universitario (Cobas, 2018).

Es una exigencia ética para un profesional de la salud actualizar sus conocimientos, habilidades y actitudes ante los continuos avances científicos y tecnológicos. Las competencias de estos profesionales los obliga a su actualización sistemática y coherente, ajustada a las necesidades del entorno en que se desempeñan (González, 2013)

La educación ambiental debe favorecer cambios en la mentalidad de los hombres y la creación de patrones de conducta sostenibles, de manera que las sociedades estén más conscientes del efecto del medio en la calidad de vida y del impacto que sobre este ejercen los diferentes estilos generados por la diversidad cultural (Saborido, 2018 a, b).

En los momentos actuales la educación como estrategia de desarrollo económico, constituye un asunto prioritario en la agenda de las comunidades, gobiernos e instituciones. Las nuevas inquietudes de la sociedad en torno a la conservación de los recursos naturales y al mantenimiento de un ambiente sano, obligan a cambios en los modelos, contenidos y estrategias educativas (Sotillo, 2017).

En la literatura especializada aparecen numerosas definiciones de comunidad, cada una de las cuales centran su atención o hacen mayor o menor énfasis en determinados aspectos en dependencia del objetivo fundamental del estudio y de la disciplina desde la cual se realiza o dirige dicho estudio. Se utilizan diferentes criterios, lo mismo se puede considerar un grupo, un barrio, una ciudad, una nación, o un grupo de naciones, en dependencia de los intereses de la clasificación, permitiendo la interrelación entre sus miembros (Palomino, 2016).

La mayoría de los autores consideran que la comunidad contiene los elementos necesarios para lograr una educación ambiental, el sentido de pertenencia y la interacción que se establece para la transformación de la misma (Palomino, 2016).

Se asume por tanto que para hablar de comunidad se debe partir de la existencia, el fomento y consolidación de lo común a un grupo, ubicada siempre en un espacio geográfico dado y que de forma consciente transforma el entorno (Palomino, 2016).

La formación integral de los profesionales de la salud tiene varias dimensiones: curricular, extensionista y sociopolítica, así como diferentes momentos antes, durante y después del ingreso a las carreras, con un enfoque sistémico que garantiza la acción participativa, e involucra a todos los actores del proceso, tanto profesionales del Sistema Nacional de Salud como a los propios estudiantes.

La dimensión curricular realiza la transmisión y desarrollo del conocimiento y la creación de habilidades profesionales. La labor educativa, y particularmente político-ideológica desde la visión curricular descansa en los fundamentos científicos del diseño de las disciplinas que integran el plan de estudio.

Es objetivo de profesores y directivos incorporar la dimensión ambiental en el proceso de formación, propiciando el desarrollo de hábitos y habilidades que les permitan participar eficazmente en los procesos económicos, políticos, sociales y culturales a partir de una gestión ambiental que impacte en el desarrollo sostenible desde diferentes ópticas tanto como ciudadano, miembro de una familia, de una

comunidad y especialmente como profesional, independiente de su perfil, o como dirigente a cualquier nivel (Labrada, 2018; Laguardia 2018).

La formación del profesional de la salud debe incluir, además de conocimientos científicos y habilidades técnicas, el desarrollo de valores imprescindibles para el desempeño de sus funciones .A partir de lo anterior se devela la importancia de una visión holística del ambiente que incluye los aspectos naturales, físicos, sociales y culturales además de una identificación de los sujetos con el mismo al ser protagonistas de su propia realidad y a la vez partícipes de sus propios cambios en función de buscar solución a los problemas de sus comunidades, aprovechar las experiencias obtenidas tomando en consideración las opiniones, las sugerencias y los puntos de vistas de los habitantes, y darle carácter participativo, lo que permite convertirse en actores activos al proponer acciones transformadoras (Assef, 2015).

En los escenarios de la Universidad Médica se debe trabajar integradamente con la comunidad, implantar modelos de atención basados en promoción y prevención garantizando el manejo integral de la salud del individuo, su entorno familiar y social (González, 2013).

Para comprender mejor un problema ambiental se debe partir de la práctica educativa que busque por todos los medios la sensibilización directa del individuo con la problemática en cuestión, relacionada con su contexto, que lo llevan a dar solución a los problemas locales (Saborido, 2018 a).

Para el desarrollo de la investigación, los autores elaboraron una Metodología que permitió caracterizar al 100% de los directivos de la Universidad, así como a un 30% de los profesores de las diferentes carreras a partir de un diagnóstico integral se obtuvo las necesidades de aprendizaje en materia medioambiental de directivos y profesores incluidos en el estudio.

Metodología confeccionada:

La Metodología consto de 6 etapas fundamentales que a continuación se describen;

I Etapa:

En esta etapa se conformó el Grupo Multidisciplinario encargado de determinar las necesidades de aprendizaje de los directivos y profesores de la organización.

Se seleccionaron las técnicas y herramientas a aplicar y se elaboraron.

Se determinó por el Grupo Multidisciplinario las competencias medioambientales que requieren directivos y profesores de la organización, se tuvo en cuenta conocimientos, habilidades, destrezas, emociones, personalidad, aptitud, actitud y valores. Se determinó las competencias medio ambientales a incluir en el Perfil de Competencias elaborado para cada puesto.

II Etapa:

Se seleccionaron las técnicas y herramientas adecuadas para determinar las competencias antes mencionadas.

Entre los métodos y técnicas seleccionadas encontramos:

- Observación
- Trabajo Grupal
- Entrevistas

- Encuestas
- Evaluaciones del desempeño
- Análisis Documental

III Etapa: Aplicación de las técnicas

Observación: Nos permitió observar el desempeño de cada directivo y profesor en el ejercicio de sus funciones. Estas observaciones estuvieron enfocadas al modo de actuación de cada uno con respecto a los elementos que forman parte de la educación medioambiental.

Trabajo Grupal:

Se aplicaron diversas técnicas de trabajo grupal que permitieron obtener información sobre los principales problemas medioambientales de la Universidad, así como las principales necesidades de aprendizaje de directivos y profesores.

Entrevista:

Se realizó con el objetivo de conocer la percepción que tenía cada directivo y profesor de sus necesidades de aprendizaje relacionadas con la temática medioambiental.

Encuesta:

Se empleó con los jefes inmediatos y los colaboradores para conocer los criterios que tienen los mismos sobre el directivo y el profesor, las opiniones recogidas estuvieron relacionadas con los roles o papeles que debe desarrollar un dirigente y profesor y la eficacia en la implementación de la estrategia medioambiental en la Universidad.

Evaluaciones de los cuadros:

Se tuvo en cuenta los resultados de las evaluaciones a los cuadros y los profesores que formaron parte del estudio y se dirigió a los señalamientos y recomendaciones relacionadas con el tema medioambiental.

Análisis Documental:

Se revisó la Estrategia medioambiental de la Universidad y el nivel de actualización de la misma, así como las acciones a realizar por directivos y profesores y el sistema de control diseñado por la dirección de la Universidad con vistas a garantizar la implementación

IV Etapa

Se valoraron integralmente los instrumentos y técnicas empleadas y se confeccionó una base de datos con los resultados obtenidos.

V Etapa

Se incluyó en el Plan de Preparación y Superación de la Universidad e individual 23 acciones de capacitación en temas medioambientales dirigidas a directivos y profesores tomando como punto de partida los resultados del diagnóstico realizado.

VI Etapa

Medición del impacto de la capacitación en temas medioambientales a través de los indicadores creados por el Grupo Multidisciplinario que concibió la metodología propuesta. La medición se realizó 6 meses después de concluida la capacitación.

Principales resultados obtenidos con la aplicación de la Metodología

- Se creó un grupo multidisciplinario con las competencias requeridas para determinar las necesidades de aprendizaje en temas medioambientales de directivos y profesores de la Universidad, se identificaron problemas medioambientales en la comunidad universitaria y se proponen acciones para su solución.
- Lograda la preparación y superación de directivos y profesores para la realización exitosa del Trabajo Comunitario Integrado con énfasis en la educación medioambiental.
- Inclusión en los perfiles de competencias de directivos y profesores las competencias medioambientales requeridas y sus dimensiones para garantizar una mejora del desempeño individual.
- La elaboración y aplicación de un conjunto de métodos, técnicas y herramientas que permitieron determinar de manera científica las principales necesidades de aprendizaje de directivos y profesores en materia medioambiental que sirvieron de punto de partida para el perfeccionamiento del plan de preparación y superación de directivos y cuadros científicos pedagógicos, incluyéndose 23 nuevas acciones de capacitación que dan al traste con las necesidades identificadas.
- Diseño de indicadores para medir el impacto de la capacitación medioambiental
- Resultados positivos de la medición del impacto lo que ha contribuido a elevar conocimientos y mayor aplicación práctica de la estrategia medioambiental en la Universidad.

CONCLUSIONES

La metodología propuesta constituye un instrumento efectivo para el análisis de la dimensión ambiental y pone al servicio de la Universidad una vía para determinar los principales problemas ambientales que afectan su entorno y las vías para solucionarlos, implicando a sus principales gestores en la educación ambiental.

Los métodos empleados permitieron determinar las principales necesidades de aprendizaje de los directivos y profesores gestores de la educación de la salud ambiental en la comunidad universitaria facilitando el proceso de toma de decisiones relacionados con la preparación y superación del capital humano.

Se contribuyó a la actualización de la estrategia medioambiental de la Universidad esclareciendo las acciones a realizar para contribuir desde la intersectorialidad a la materialización de la Tarea Vida en la provincia.

REFERENCIAS

Assef J., Ochoa M., Borroto M., (2015) Estrategia de superación profesional para fortalecer la formación ambiental de los profesores de la disciplina Medicina General Integral en la Facultad de Ciencias Médicas. *Educación y Sociedad*. 13 (2), Recuperado de: http://revistas.unica.cu/index.php/edusoc/article/view/126

CITMA, Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente Cuba. (2016). *Estrategia Ambiental Nacional 2016 / 2020*. Recuperado de: http://repositorio.geotech.cu/jspui/bitstream/1234/2727/1/Estrategia%20Ambiental%20Nacional%202016-2020.pdf

CITMA, Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente Cuba. (2010) *Estrategia Nacional Ambiental (2010-2015*). La Habana: Agencia del Medio Ambiente, Centro de Información, Divulgación y Educación Ambiental.

CITMA, Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente Cuba. (2017) *Plan estratégico para el enfrentamiento al cambio climático en la República de Cuba (Tarea Vida*). La Habana. Editorial CITMA

Cobas, M. E. (2018) La universidad cubana y su vinculación con la sociedad por el desarrollo sostenible. *EDUMECENTRO.* versión On-line ISSN 2077-2874. *EDUMECENTRO* 10(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742018000200001

García M.; Loret de Mola E,; Bermejo RM. (2015) *La superación profesional del tecnólogo de la salud en laboratorio clínico en Camagüey*. Transformación. 11 (2). Recuperado de: http://transformacion.reduc.edu.cu/index.php/transformacion/article/view/125/118

González, O.; Mesa N.; González M. (2013) La superación profesional en las universidades de ciencias médicas, tendencias y exigencias actuales. Rev. *EDUMECENTRO*. 5 (3). Recuperado de: http://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/232/html_3.

Labrada E.A., Videauxll S. (2018). La cultura ambiental en la carrera de Medicina. Revista Cubana de Educación Superior. Versión On-line ISSN 0257-4314. *Rev. Cubana Educación Superio*r 37(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142018000200011.

Labrada EA, Fernández LR, Fernández HJM, Díaz-Granado BLM, Yero GRC. (2015) Necesidad social de la formación de la cultura ambiental en la carrera de Medicina. *Mul Med* 19 (6) Recuperado de: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=62249

Laguardia, Y.; Jiménez L.; Hernández Amado L. (2016) *El museo docente y la educación ambiental: su vinculación en la formación inicial de profesores*. 4 (36) págs. 234-250. Recuperado de: https://atenas.reduniv.edu.cu/index.php/atenas/article/view/261/448

Macías R.; Iglesia I.; Veloz N. (2012) Efectividad del proyecto educativo en la formación de estudiantes de salud. *Rev Elect Agencia de Medio Ambiente*. (12)22. Recuperado de: http://ama.redciencia.cu/articulos/22.08.pdf

Márquez, D.L.; Casas M.; Jaula J.A. (2017) La formación ambiental en la universidad *cubana*. *Revista Universidad y Sociedad* 9(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202017000300032.

Palomino, D.; Álvarez, L. (2016) Estrategia educativa para la Educación Ambiental y su tratamiento por la familia en la comunidad. ISSN. 1815-7696 -- *MENDIVE* 14 (4) Recuperado de: http://mendive.upr.edu.cu/index.php/MendiveUPR/article/view/890

Saborido, J. (2018). *Educación superior: desarrollo sostenible y políticas públicas. Visión desde Cuba* En: Educación superior en América Latina y el Caribe. Estudios retrospectivos y proyecciones. IESALC-UNESCO y Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de: http://www.iesalc.unesco.org.ve

Saborido, J. (2018) b *La Universidad y la agenda 2030 de desarrollo sostenible en el centenario de la reforma universitaria de Córdoba. Visión desde Cuba. XI Congreso Internacional de Educación Superior UNIVERSIDAD 2018* "La universidad y la agenda 2030 de desarrollo sostenible, en el centenario de la Reforma Universitaria de Córdoba". Recuperado de: http://www.congresouniversidad.cu/sites/default/files/documento/DISCURSO%20DEL%20MINISTRO%20%20UNIVERSIDAD%20%202018%20%2015%201.pdf.

Sotillo, A. (2017). *La educación ambiental en Cuba: de la voluntad política a la práctica.* Recuperado de: https://cubaposible.com/educacion-ambiental-en-cuba/

UNESCO. Conferencia intergubernamental sobre Educación Ambiental. (1977) Recuperado de URL http://unesdoc.unesco.org/images/0003/000327/032763sb.pdf

EL DESEMPEÑO PROFESIONAL POR COMPETENCIAS DEL TUTOR EN LA CARRERA DE ENFERMERÍA: ESTRATEGIA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

PROFESSIONAL PERFORMANCE BY TUTOR'S COMPETENCES IN THE NURSING CAREER: STRATEGY FOR IMPLEMENTATION

Anabel González Sánchez (anabelg.mtz@infomed.sld.cu)

Ana María Sánchez Silva (anamariasanchezsilva@fcmc.sld.cu)

Yaneisi Sánchez Sierra (yane.bc@nauta.cu)

RESUMEN

El tutor de enfermería tiene como precepto primordial favorecer el crecimiento profesional y personal de cada estudiante que tiene a su cargo, al proyectar acciones que potencien su formación, con elevado nivel científico y compromiso con la sociedad. El objetivo de la presente investigación es elaborar una estrategia de superación que contribuya al desempeño profesional por competencias del tutor en la carrera de enfermería. Se efectuó una investigación de desarrollo en la Filial de Ciencias Médicas "Dr. Eusebio Hernández Pérez", del municipio de Colón, provincia Matanzas, durante el período 2016 – 2018. La valoración de los expertos corroboró la pertinencia de la propuesta. La prueba de desempeño aplicada permitió la constatación de las transformaciones y reconocer el mejoramiento profesional y humano en los tutores.

PALABRAS CLAVES: tutor, desempeño profesional por competencias, enfermería

ABSTRACT

The nursing tutor has the primary precept to favor the professional and personal growth of each student in charge, by projecting actions that enhance their training, with a high scientific level and commitment to society. The objective of the present investigation is to elaborate a strategy of overcoming that contributes to the professional performance by competences of the tutor in the nursing career. A development research was carried out in the Medical Sciences Branch "Dr. Eusebio Hernández Pérez", of the municipality of Colón, Matanzas province, during the period 2016 - 2018. The assessment of the experts corroborated the relevance of the proposal. The performance test applied allowed the verification of the transformations and recognized the professional and human improvement in the tutors.

KEY WORDS: tutor, professional performance by competencies, nursing.

INTRODUCCIÓN

El tutor constituye un elemento clave en la formación del estudiante por estar en contacto directo y sistemático con él, lo atiende durante toda su carrera, por lo que ha de ser portador de valores y debe poseer una preparación profesional que se exprese a través del sistema de conocimientos y habilidades específicas de la profesión, así como en el desarrollo de normas de relación con el mundo de manera que manifieste su modo de actuación, constituyendo un ejemplo a imitar en todos los ámbitos de su vida: política, social y profesional. (Pedroso, Rubiera, Herrera, Suárez, Ramírez, & Alvarado, 2017).

En la carrera de Enfermería varios investigadores han estudiado la actividad del tutor: Alvarado, Bos, Sosa, Montenegro, Barceló (2010), tuvieron a cargo del diseño web para perfeccionar la actuación del tutor en la carrera Licenciatura en Enfermería; Escalona, Pérez, Segura, Serviño, Toledo (2012), aplicaron una propuesta de talleres como vía para la preparación de las funciones de los tutores en la carrera de Licenciatura en Enfermería; Pérez, Pérez, Pérez (2013) crearon una estrategia pedagógica profesional para la preparación del tutor de la carrera de enfermería; así como Rodríguez (2013), quien fundamentó un modelo de formación del tutor en esa especialidad. Casanova (2016) propone una estrategia pedagógica para el mejoramiento del desempeño del enfermero docente-asistencial en la educación en el trabajo y Puerto (2016) elaboró una estrategia pedagógica para el mejoramiento del desempeño profesional del tutor de enfermería de la Atención Primaria de Salud. En sus indagaciones revelaron sus aportes científicos en relación a las insuficiencias que poseen los tutores en el orden pedagógico, metodológico y modo de actuación.

En el caso de la formación tutoral en Enfermería, las investigaciones actuales han enfatizado en lo pedagógico y metodológico. No se abordan la relación que debe existir entre el desempeño profesional, las competencias y la concepción sistémica de los procesos sustantivos que hoy demanda la Universidad Cubana actual para la formación de profesionales de la Educación Médica. Es por ello, que se propone como objetivo elaborar una estrategia de superación que contribuya al desempeño profesional por competencias del tutor en la carrera de enfermería.

El desempeño profesional y competencias del tutor en la carrera de Enfermería

> (…) la Educación Médica contemporánea exige al tutor progresar en habilidades y destrezas de forma que le permita enfrentar los desafíos de los cambios constantes de la sociedad, para ello es de vital importancia adiestrarlo con un mayor énfasis en el proceso educativo personalizado, que le posibilite aprender, producir, crear e innovar su desempeño profesional (Gónzalez, Sánchez, Junco, Núñez, Veitía & Govín, 2018)

> (…) el profesional que se desempeña hoy como tutor en la carrera de Enfermería, tiene que dar solución a los problemas en su contexto de actuación, el trabajo debe estar centrado en la indagación de conocimientos que viabilicen su desempeño profesional, así como en la producción de conocimientos y realizar aportes del saber en lo científico-técnico, psicopedagógico, investigativo, en la esfera política, cultural y social (González, Mondéjar, Ortega, 2015; González, 2016)

Los autores consideran que para el desarrollo de las exigencias educativas de la Educación Médica y las transformaciones actuales del sector de la salud, se requiere un tutor de enfermería competente en su desempeño profesional para asumir con calidad el reto de la formación de los futuros enfermeros que el Sistema Nacional de Salud demanda. Además, cavilan que el desempeño profesional tiene múltiples dimensiones en estrecha interrelación dialéctica entre conocimientos, habilidades, actitudes y valores, donde estos aspectos constituyen elementos esenciales en las competencias profesionales.

González (2016) concibe el desempeño profesional del tutor en la carrera de Enfermería como

> (…) la combinación de acciones que direccionan la actividad del tutor en correspondencia con las exigencias actuales en la educación en el trabajo. Además, define como

> competencias del tutor en la carrera de Enfermería la combinación e interrelación de diferentes saberes para lograr un óptimo desempeño del tutor relacionado con el contexto de actuación de la profesión y las exigencias sociales actuales, dirigida a lo cognoscitivo (saber), lo procedimental (saber hacer) y lo comportamental (saber ser y saber convivir con los demás) que posibiliten transformar su desempeño profesional desde el puesto de trabajo (González, 2016).

El análisis teórico realizado permitió a González en el año 2016 determinar como competencias del tutor en la carrera de Enfermería las que se denominan:

- *Competencia técnico – profesional*: Se refiere a los saberes teóricos y prácticos de la profesión de Enfermería que debe dominar el tutor para su desempeño profesional en su contexto de actuación.
- *Competencia pedagógica*: Se refiere a los saberes que debe poseer el tutor para desarrollar el proceso pedagógico en su contexto de actuación.
- *Competencia comunicativa*: Se refiere al adecuado uso de la legua materna, el establecimiento de relaciones de respeto y confianza con sus tutorados, tener habilidad para situarse en los contextos comunicativos según las características individuales y colectivas.
- *Competencia investigativa*: Se refiere a los saberes en correspondencia con las funciones investigativas propias del desempeño profesional del tutor que facilitan soluciones a los problemas profesionales, de la práctica educativa y la actividad científica estudiantil.
- *Competencia ético – moral*: Se refiere a los principios del sistema social cubano, la labor política ideológica que se desarrolla en la sociedad, así como las acciones educativas orientadas a propiciar el fortalecimiento de los valores en los tutorados en el contexto de actuación.

El análisis, valoraciones y reflexiones expresadas posibilitaron a González (2016) definir el desempeño profesional por competencias del tutor en la carrera de Enfermería, como “la interrelación e integración dialéctica de acciones sistemáticas, personalizadas, flexibles y contextualizadas desde lo cognoscitivo, lo procedimental y lo comportamental en correspondencia con las exigencias actuales en el contexto de la educación en el trabajo”.

Se efectuó una investigación de desarrollo en la Filial de Ciencias Médicas "Dr. Eusebio Hernández Pérez", del municipio de Colón, provincia Matanzas, durante el período 2016 – 2018. El universo de estudio estuvo constituido 34 tutores que imparten docencia en los diferentes años en la carrera de Enfermería en la educación en el trabajo, se seleccionó como grupo experimento. La Filial Universitaria Médica “Gabriela Arias” del municipio de Cárdenas, se seleccionó como grupo de control, el universo estuvo conformado por 34 tutores. Se utilizaron métodos teóricos: analítico-sintético, inductivo-deductivo para los principales conceptos, la revisión de bibliografía actualizada sobre el tema, la interpretación de los datos obtenidos y la modelación para la estructura del diseño de la propuesta de superación para el tutor de enfermería.

Como métodos empíricos se emplearon:

La *revisión de documentos* para el estudio minucioso del Modelo del Profesional de la Carrera de Enfermería vigente hasta el curso académico 2017-2018; normativas que regulan el desempeño de los tutores y actas de reuniones departamentales, colectivos de asignaturas, colectivos de año, claustros de profesores y conferencias científico-metodológicas.

La *observación* participante, facilitó evaluar el desempeño profesional de los tutores en la práctica laboral.

La *encuesta* a profesores, estudiantes y tutores permitió recopilar información y criterios que poseen sobre las dificultades, carencias y limitaciones que se observan al tutor, así como sus necesidades de aprendizaje.

La *entrevista* a los metodólogos y directivos que atienden la carrera en los niveles de base, provincial y nacional, se realizó con el fin de recibir criterios y sugerencias sobre cómo cumplir con el objetivo y solucionar el problema objeto de la investigación.

La *prueba de desempeño* se empleó con el objetivo de evaluar el desempeño profesional por competencias del tutor en la práctica.

Para la valoración de la propuesta se seleccionó un grupo de expertos, se realizó una preselección de 35 posibles a criterio de los autores, a los que se les envió por correo electrónico un cuestionario de autovaloración que permitió determinar el coeficiente K de competencia de cada uno. Se elaboró una tabla patrón que posibilitó determinar el coeficiente de argumentación o fundamentación de los criterios de cada posible experto (Ka), según los datos aportados por el antes referido cuestionario. Luego, se determinó el coeficiente de conocimiento acerca del problema (Kc), basados en los datos del propio cuestionario en su primer inciso. La aplicación de la fórmula K= (Kc+Ka)/2 permitió, finalmente, obtener el coeficiente de competencia de cada uno, se discriminaron 3 expertos ya que tenían un nivel de competencia bajo a partir de lo cual quedó una muestra de 32 expertos con un nivel de competencia entre alto y medio. A los expertos se les envió un nuevo cuestionario con los aspectos a valorar en la propuesta empleando una escala cualitativa de muy adecuado, bastante adecuado, adecuado, poco adecuado e inadecuado.

Se procedió al procesamiento de los resultados con el empleo de métodos matemáticos y estadísticos: los datos obtenidos fueron procesados a través de la estadística descriptiva con distribución de frecuencia absoluta y relativa. Finalmente se empleó la triangulación de fuentes en el análisis cualitativo de los datos obtenidos.

El desempeño profesional por competencias del tutor en la carrera de Enfermería: dimensiones e indicadores

Para evaluar el desempeño profesional por competencias del tutor en la carrera de Enfermería se determinaron las siguientes dimensiones: cognoscitiva, procedimental y comportamental.

La dimensión cognoscitiva, se expresa en el dominio de los conocimientos que poseen los tutores para realizar acciones que le permitan desempeñarse en el proceso de tutoría. Los indicadores que evalúan esta dimensión son: el nivel de conocimientos de

sus funciones, del modelo del profesional a formar, la actualización que este posee en cuanto a los contenidos técnico – profesionales de la enfermería y el nivel de conocimientos sobre las características de la educación en el trabajo como forma fundamental de organización del proceso docente educativo en la Educación Médica.

La dimensión procedimental, incluye las acciones desplegadas por el tutor donde revela de forma integrada el cumplimiento de sus habilidades, destrezas, funciones, tareas, procedimientos, que se concretan en el saber hacer en relación con los requerimientos del contexto educativo. Los indicadores identificados para esta dimensión son: el nivel de aplicación de contenidos técnico-profesionales actualizados de la profesión, la aplicación de las características de la educación en el trabajo como forma fundamental de organización del proceso docente educativo en la Educación Médica, el nivel de comunicación con los participantes en el proceso de tutoría y el grado de planificación del proceso tutoral.

La dimensión comportamental, engloba el desarrollo de actitudes, valores, principios, disposición para enfrentar tareas que caracterizan el saber ser y el saber convivir con los demás, se expresa en el modo de actuación del tutor en lo personal, lo profesional y lo social. Se especifican como indicadores: el grado en que promueve el conocimiento del acontecer nacional e internacional, la Historia de Cuba y de la localidad, el grado en que propicia el fortalecimiento de valores, sentimientos de pertenencia y amor a la profesión, la actitud responsable ante la labor que realiza, el grado en que promueve la cooperación y el trabajo en equipo y el nivel para la toma decisiones en los ámbitos donde tiene jurisdicción y competencia.

La estrategia de superación concebida para el desempeño profesional por competencias del tutor en la carrera de Enfermería se estructuró en cuatro etapas: diagnóstico, planeación, implementación y evaluación, articuladas en sistema por su continuidad y sistematicidad, lo cual respalda la retroalimentación. A continuación se expone la esencia de cada etapa, las acciones con sus respectivas formas de implementación y evaluación.

Etapa 1. Diagnóstico: se efectúa una revisión y análisis de los documentos que reglamentan la labor y el accionar de los tutores en la Educación Médica específicamente en la carrera de Enfermería, dentro de los que están: modelo del profesional, normativas que regulan el desempeño de los tutores, actas de las reuniones departamentales, colectivos de asignatura, colectivos de año, claustro de profesores y conferencias científicas metodológicas.

Para esta etapa se desarrollaron las siguientes acciones:

- Diagnosticar el desempeño de los tutores.
- Caracterizar el desempeño de los tutores para determinar las regularidades del diagnóstico.
- Determinar las necesidades de aprendizaje de los tutores, que posibiliten diseñar las acciones para la conducción del proceso y las vías de instrumentación.

Los resultados obtenidos en el diagnóstico y caracterización propiciaron la aproximación a las principales necesidades que en el orden de la superación presentan los tutores, se sentaron las bases para solucionar sus carencias, de ahí que en la

siguiente fase se presentan los elementos fundamentales que distinguen la vía de solución a esta problemática expresada a través de la estrategia de superación.

Etapa 2. Planeación: se planificaron las acciones que conformaron la estrategia, a partir de concebir sus conocimientos, habilidades, actitudes y valores, así como las funciones a realizar y las acciones tutorales de carácter general a desarrollar durante la formación de los futuros enfermeros. Se elaboró un diplomado en tutoría que para su puesta en marcha fue necesario planificar entre las acciones de la estrategia, la formación básica de los tutores a partir de las carencias diagnosticadas.

Las acciones que se establecen en esta etapa son las siguientes:

- Determinar las temáticas a abordar.
- Establecer las formas de superación a desarrollar.
- Determinar los recursos humanos y materiales a emplear en el desarrollo de la estrategia.
- Seleccionar los objetivos, contenidos, formas, métodos, medios y formas de evaluación de las actividades de superación en función de las necesidades identificadas.
- Diseñar el programa del diplomado en tutoría y el material complementario para la autosuperación.
- Establecer el tiempo de cada forma de superación según las necesidades y posibilidades de los tutores.
- Determinar la evaluación de los tutores en los diferentes cursos que conforman el diplomado.
- Establecer los indicadores a medir en la evaluación de los tutores a partir de los resultados en la labor que desarrollan.

En la planeación de la estrategia de superación se realizó el diseño del diplomado para los tutores como forma organizativa de postgrado donde se tuvo en cuenta la Resolución 132/2004 del Ministerio de Educación Superior. El programa del diplomado se diseñó para ser desarrollado con un total de 488 horas/clases distribuidas en cinco cursos de postgrado, de 122 horas presenciales y 366 horas no presenciales respectivamente y dirigido a complementar el currículo con conocimientos, habilidades y competencias profesionales relacionados con la función tutoral, destinadas a orientar a los tutores en la solución práctica de problemas de salud.

Etapa 3. Implementación: ejecutar la estrategia de superación para promover el cambio en el ejercicio de la profesión de los tutores y cumplir el fin previsto.

Se desplegaron las acciones siguientes:

- Desarrollar trabajos investigativos como una vía para la solución de los principales problemas detectados en la práctica educativa.
- Determinar el personal docente y los medios que se necesitan para el desarrollo de la superación.

- Ejecutar las formas de superación diseñadas en la estrategia.
- Valorar los resultados alcanzados en cada uno de los cursos impartidos, para el rediseño de la estrategia.
- Rediseñar los cursos ofrecidos a partir de las necesidades e intereses de los tutores.

Esta etapa partió en un primer momento de conformar el Comité Académico del diplomado para los tutores quien rectoró todo el proceso de tutoría; luego se desarrolló la formación de los tutores, a partir de los cursos diseñados, lo que permitió la actualización y profundización en la formación teórico-práctica del tutor, lo que contribuyó a su preparación por competencias profesionales. La ejecución de los cursos contempló la utilización de una metodología participativa, sustentada en una comunicación dialógica, en la autoevaluación y evaluación sistemática de los participantes de manera de potenciar el protagonismo y el compromiso de los tutores en la mejora de su práctica educativa a partir de la aplicación reflexiva y crítica de los conocimientos adquiridos en el curso y en la práctica de su labor tutoral.

Etapa 4. Evaluación: comprobar la efectividad de la estrategia de superación propuesta para el desempeño profesional por competencias del tutor de la carrera de Enfermería.

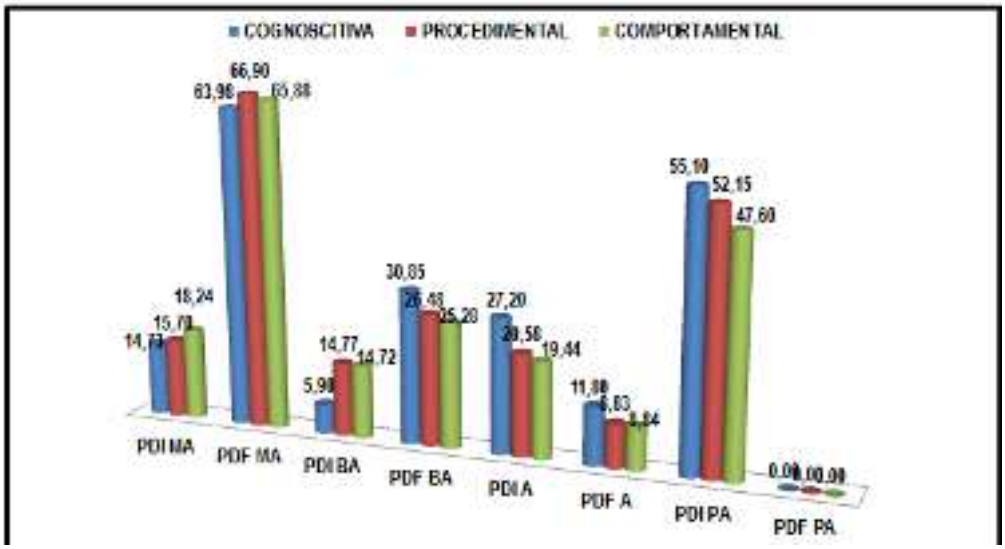
Se desarrollaron las siguientes acciones:

- Evaluar los resultados alcanzados por los tutores en el desarrollo de las evaluaciones en los diferentes cursos que conformaron el diplomado, además se tuvo en cuenta la autoevaluación, los resultados del trabajo en equipo y los talleres que se efectuaron, así como el criterio personal de cada uno de los participantes en relación con las posibilidades de cambio y autotransformación que les brindó la superación recibida.
- Valorar el desempeño profesional por competencias de los tutores en la práctica laboral a través de la prueba de desempeño.
- Constatar la validez de la implementación de la estrategia en correspondencia con los resultados del diagnóstico.
- Rediseñar las acciones de la estrategia.

Para la medición de las dimensiones e indicadores se elaboraron y aplicaron diferentes instrumentos: guía de observación de la práctica laboral, encuestas, entrevista, prueba de desempeño inicial y final, la técnica de ladov, para el estudio del nivel de satisfacción de los tutores por la superación recibida. Se evaluó cada una de las dimensiones e indicadores para valorar las potencialidades cognitiva, procedimental y comportamental de los tutores con respecto al desempeño profesional por competencias del tutor en la carrera de Enfermería.

Para evaluar el mejoramiento del desempeño profesional por competencias del tutor en la carrera de Enfermería, los autores compararon los resultados de la prueba de desempeño inicial y final del grupo experimento y control respecto a la introducción de la estrategia, donde se centra la atención en los cambios que se produjeron en las dimensiones e indicadores derivados del objeto de estudio de la investigación.

Las tres dimensiones en la prueba de desempeño inicial (PDI) se revelaron un predominio de la categoría poco adecuado (PA), los instrumentos empleados en la investigación concuerdan en que las mayores deficiencias se hallaron en las dimensiones cognoscitiva y procedimental. En la prueba de desempeño final (PDF) mostró un progreso satisfactorio, logrando transformaciones en el desempeño profesional por competencias de los tutores.



Los resultados obtenidos con la aplicación de la prueba de desempeño final (PDF) muestran la pertinencia y efectividad de la estrategia de superación propuesta, ratifica sus potencialidades para transformar el desempeño profesional de los tutores expresado en su crecimiento profesional y humano. Además, da respuesta a la problemática esbozada, ya que contribuye a la formación del tutor para la carrera de Enfermería, lo que favorece a ofrecer a la sociedad un egresado de enfermería con calidad y excelencia en su desempeño profesional.

Por su parte, los resultados de la prueba de desempeño aplicada inicial y final después de la implementación de la estrategia de superación y el grado de satisfacción de los tutores que participaron en las acciones de superación tras la aplicación de la Técnica de Iadov cuyas respuestas se procesan según un cuadro lógico de Iadov y se obtuvieron los resultados que permiten constar el nivel de satisfacción individual de los tutores, el cual aumentó notablemente al finalizar las acciones de superación.

El resultado del índice de satisfacción grupal de los tutores 0,72 está ubicado entre 0,5 y 1, lo que muestra un nivel de satisfacción e impacto satisfactorio.

CONCLUSIONES

El desempeño profesional por competencias del tutor en la carrera de Enfermería como proceso que combina acciones que orientan la labor de tutoría con un enfoque por competencias profesionales, exige preparación científico-técnico, psicopedagógico, investigativo, en la esfera política, cultural y social. En el diagnóstico se evidenciaron insuficiencias que viabilizaron la estructuración y contenido de una estrategia de superación en la cual conformada en cuatro etapas, con sus objetivos, acciones y

orientaciones para su ejecución, que brindan la oportunidad y posibilidad a los tutores apropiarse de las herramientas esenciales para el mejoramiento de su desempeño profesional por competencias.

La valoración de los expertos corroboró la pertinencia de la propuesta. La prueba de desempeño aplicada permitió la constatación de las transformaciones y reconocer el mejoramiento profesional en los tutores.

REFERENCIAS

Alvarado, J., Bos, Z., Sosa, N., Montenegro, L., & Barceló, A. (2010). *Diseño de una página Web para perfeccionar la actuación del tutor en la formación del estudiante de Licenciatura en Enfermería*. *Medisur, 8*(6). Recuperado de: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1465

Casanova, X. (2016). *Estrategia pedagógica para el mejoramiento del desempeño del enfermero docente-asistencial en la educación en el trabajo.* Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Ciencias Pedagógicas "Enrique José Varona", La Habana.

Díaz, C., Llerena, F., Núñez, M., Menéndez, G., & González, L. (2012). La superación de los tutores como premisa en la formación de profesionales. Perfil Servicios Farmacéuticos. *Medisur,* 10(3). Recuperado de: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewFile/2194/7252

Escalona, S., Pérez, M., Segura, A., Serviño, M., & Toledo, B. (2012). *Propuesta de talleres para la preparación de los tutores de la carrera de enfermería*. *Correo Científico Médico, 16*(1). Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2012/ccm121n.pdf

Gónzalez, A., Sánchez, A., Junco, V., Núñez, J., Peña, L., & Govin, J. (2018). Superación profesional del tutor en la carrera Enfermería proceso esencial para el mejoramiento de su desempeño. *Revista MéDica ElectróNica,* 40(5). Recuperado de http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2445/4056

González, A., Mondéjar, J., & Ortega, J. (2015). Superación para tutores de la carrera de Enfermería. *Revista IPLAC*, (6). Recuperado de: www.revista.iplac.rimed.cu

González, A. (2016). *El desempeño profesional por competencias del tutor en la carrera de Enfermería.* Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Matanzas. Cuba

Montes de Oca, N., & Machado, E. (2014). Formación y desarrollo de competencias en la educación superior cubana. *Humanidades Médicas, 14*(1), 145-159. Recuperado de: http://www.humanidadesmedicas.sld.cu

Pedroso, B., Rubiera, M., Herrera, Y., Suárez, I., Ramírez O., & Alvarado M. (2017). Influencia del tutor en la educación en el trabajo. *Revista Médica Electrónica*, 39(2). Recuperado de: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu

Pérez, Y., Pérez, Y., & Pérez, V. (2013). Estrategia pedagógica profesional para la preparación del tutor de la carrera de *enfermería*. *Revista Pedagogía Profesional 11*(4). Recuperado de: http://www.pedagogiaprofesional.rimed.cu

Puerto, S. (2016). *Estrategia pedagógica para el mejoramiento del desempeño profesional del tutor de enfermería de la Atención Primaria de Salud, en la Facultad Lidia Doce.* Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. La Habana. Cuba.

Rodríguez, M. (2013). *Modelo del proceso de formación del profesor tutor para la carrera de enfermería: Estrategia para su implementación en la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.* Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. del Río. Cuba

FORMACIÓN VOCACIONAL EN CIENCIAS MÉDICAS CON ESTUDIANTES DESDE EL NIVEL MEDIO HASTA EL MEDIO-SUPERIOR EN MATANZAS

VOCATIONAL TRAINING IN MEDICAL SCIENCES WITH STUDENTS FROM MIDDLE TO UPPER-MIDDLE LEVE EN MATANZAS

Janice Sosa Díaz (janicesosa.mtz@infomed.sld.cu)

Regina Yamilet Sosa Díaz (reginasosa.mtz@infomed.sld.cu)

Aurelio Dueñas Ruiz (adruiz.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

La adolescencia y la juventud son etapas largas y complejas de la vida donde se definen cuestiones básicas como la identidad, los estudios, el trabajo con vistas a alcanzar una adultez plena y feliz, por lo que la formación vocacional juega un papel preponderante en tal sentido. Como parte de la labor extensionista en la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, un grupo de profesores creó un Círculo de Interés con el objetivo de motivar a los estudiantes en la elección por las carreras de las Ciencias Médicas. El programa incluyó 9 conferencias, 11 clases prácticas y visitas a centros de interés histórico, científico, cultural y social. Además se ejecutaron entrevistas a personalidades de la Salud Pública e historiadores matanceros. Los datos se procesaron mediante el Sistema Operativo Windows 10 y el paquete Microsoft Office 2016. Se utilizaron métodos de la estadística descriptiva. Al culminar el pasado curso escolar se habían ejecutado 48 encuentros con resultados docentes significativos. Los estudiantes adquirieron habilidades y conocimientos en diferentes disciplinas de las Ciencias Médicas.

PALABRAS CLAVES: Formación Vocacional**,** Orientación Profesional, Círculo de Interés.

ABSTRACT

Adolescence and youth are long and complex stages of life where basic questions such as identity, studies, work with a view to reaching a full and happy adulthood are defined, so Vocational Formation plays a preponderant role in this sense. As part of the extensionist work in the University of Medical Sciences of Matanzas, a group of professors created a Circle of Interest with the objective of motivating the students in the choice for the careers of the Medical Sciences. The program included 9 lectures, 11 practical classes and visits to historical, scientific, cultural and social centers of interest. In addition, interviews were carried out with personalities from the Public Health and historians of Matanzas. The data were processed through the Windows 10 Operating System and the Microsoft Office 2016 package. Methods of descriptive statistics were used. By the end of the last school year, 48 meetings had been held with significant teaching results. The students acquired skills and knowledge in different disciplines of Medical Sciences.

KEY WORDS: Vocational Training, Professional Orientation, Circle of Interest.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia y la juventud son etapas largas y complejas de la vida donde se definen cuestiones básicas como la identidad, los estudios, el trabajo con vistas a alcanzar una adultez plena y feliz. La finalización de los estudios de nivel medio significa para los jóvenes una transición importante y la oportunidad de nuevas inserciones en los estudios superiores u otras ubicaciones del mundo laboral; momento crítico para los jóvenes en la construcción de un plan de vida posible, según criterios de López (2015), Alonso (2016) y Prieto (2019).

A esta problemática se le suman los acontecimientos del contexto económico, social y laboral como son: la deserción escolar por no tener un conocimiento previo de lo que se quiere, la culminación de los estudios y la no inserción en el mundo laboral, no han sido preparados para que se cumplan las experiencias del contexto laboral, no trabajar en lo que se estudia, incluso en algunas ocasiones, el perfil de egresado no se corresponde con la ubicación laboral, transformando todo esto las trayectorias educativas y laborales en menos previsibles y más diversas (Baró, 2012; Leyva, 2011; Contreras, 2018).

En Cuba, las universidades médicas se enfrentan a elevadas matrículas, siendo estas muy superiores a las históricamente alcanzadas, con resultados de promoción y permanencia no siempre acorde con los niveles de calidad que se esperan en la formación de los futuros profesionales y técnicos de la salud, constituyendo un reto a enfrentar desde la labor extensionista y comunitaria direccionada a facilitar la interacción con los educandos de diferentes enseñanzas y a contribuir en el desarrollo del interés mediante actividades sistemáticas que los orienten hacia una profesión, lo que permitirá en la medida de lo posible, su realización como ser social.

En Cuba la orientación profesional y la formación vocacional están vigentes en el decreto Ley no. 63 del Comité Ejecutivo de Consejo de Ministros que establece el papel rector del Ministerio de Educación sobre el trabajo en esta esfera. Por cuanto el Sistema Nacional de Educación tiene como una de sus funciones la preparación de los técnicos medios, obreros calificados, maestros y especialistas de nivel superior para satisfacer las necesidades de las diferentes ramas de la producción, los servicios, la ciencia, la cultura y la economía del país (Castro, 1974; Salas 2017).

Entre las vías utilizadas para la orientación vocacional de los alumnos están los Círculos de Interés Científico-Técnicos, los cuales constituyen la actividad fundamental para la formación y desarrollo dirigido y sistemático de los intereses vocacionales en todos los niveles de la enseñanza (Miranda, 2017).

En una de las partes del programa del PCC, aprobada en su tercer congreso, se establece la necesidad de armonizar, por una parte la elección por el alumno de estudios profesionales y de especialidades sobre la base de sus capacidades e intereses vocacionales, y por otra parte las necesidades sociales derivadas de la planificación estatal (Dorrego, 2014). La necesidad de armonizar intereses individuales y sociales, pueden presentar dificultades si no se aplica una política adecuada.

Se trata de lograr el desarrollo de intereses vocacionales hacia aquellas actividades que el país prioriza (Cerezal, 2000; Ruiz, 2015; Santos, 2016). En tal dirección se ha

trabajado pero aún existen deficiencias. Es necesario reconocer que el trabajo de orientación vocacional aun no responde a las exigencias crecientes.

Cuba reclama de una educación que instruya a los estudiantes acerca de su futura profesión donde vinculen la teoría y la práctica como base del necesario desarrollo, aspecto desde el cual la universidad constituye piedra angular en la formación para la vida y para el trabajo. Se le presta especial atención a este tema porque todos los jóvenes se enfrentan a la necesidad de optar por estudios que los preparan directamente para su inserción en la práctica social y resulta de gran interés para el país la formación de profesionales en la salud.

Este tipo de actividad extracurricular es una forma diferente de desarrollar sus habilidades desde el punto de vista educativo e investigativo, lo que contribuye al fortalecimiento de los valores humanos tales como: responsabilidad, humanismo, laboriosidad y abnegación, imprescindibles en la formación del profesional de la salud (Alcántara, 2017).

Dentro de los elementos decisivos que favorecen el desarrollo de la misión de la Universidad Médica en Cuba ocupa un importante lugar la existencia de voluntad y decisión política por parte del Gobierno y las instituciones del sector salud desde el triunfo revolucionario (Castro, 2003; Herrera, 2018).

Por estas razones, profesores pertenecientes al Departamento de Medios Diagnósticos de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas (UCMM) y al Departamento de vigilancia en Salud de la Dirección Provincial de Salud aunaron esfuerzos con el objetivo de establecer un sistema de acciones pedagógicas y comunicativas con un grupo de estudiantes que se encontraban cursando el séptimo grado durante el curso 2015-2016 en la Escuela Secundaria Básica Urbana (ESBU) “Ramón Mathieu” del municipio de Matanzas y que en el pasado (2018-2019) culminaron los estudios correspondientes al décimo grado en el Instituto Preuniversitario (IPU) “José Luis Dubrocq” del mismo municipio, para orientarlos en el momento de la elección de estudios de nivel superior y motivarlos para optar por carreras relacionadas con las ciencias médicas, mediante la creación de un Círculo de Interés, que será la base del desarrollo de un proyecto de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas (FCMM) “Juan Guiteras Gener” y que ha devenido además en proyecto comunitario (Sosa, 2019).

Acciones realizadas y resultados obtenidos con el círculo de interés.

El círculo de Interés comenzó con una matrícula de 14 estudiantes de la ESBU “Ramón Mathieu" del municipio de Matanzas y fue creado desde el mes de octubre de 2015, momento en el que cursaban el séptimo grado y no tenía, la gran mayoría, definida vocación alguna por una profesión.

El pasado curso (2018-2019) estos estudiantes culminaron los estudios correspondientes al décimo grado en el IPU “José Luis Dubrocq” y suman 20 (11 de los que venían desde secundaria básica y 9 nuevos ingresos).

De los 14 del inicio una estudiante se encuentra en el primer año de Técnico Medio en Enfermería y 2 continúan sus estudios en el IPVCE Carlos Marx, por lo que ya no forman parte del grupo.

Cuenta con una frecuencia quincenal en el horario de 1 a 4 pm los miércoles.

Durante este tiempo se ejecutaron 48 encuentros con la realización de varias actividades como:

- Visita a la oficina del Historiador de la Ciudad, donde tuvieron un primer contacto con el Dr. Ercilio Vento Canosa, quien los introdujo en el estudio de la Historia de la ciudad, de su país, así como de figuras que se destacaron en las Ciencias Médicas.
- Visita al Archivo Histórico de Matanzas donde aparecen la vida y obra de estas personalidades de la Historia de la Medicina.
- Recorrido por la Casa de la Cultura de la UCMM que incluyó la visita al Dpto. de Extensión Universitaria donde se impartieron charlas sobre Historia de la Medicina y figuras que en ella se destacaron, como por ejemplo: Dr. Juan Guiteras Gener, como parte de las actividades de la Cátedra Honorífica que lleva su nombre.
- Visita a la Dirección Provincial de Salud, al Centro Provincial de Vigilancia en Salud.
- En el transcurso de esta actividad cada estudiante tuvo la oportunidad de trabajar con un Sistema Experto empleado por los geógrafos, informáticos y epidemiólogos en el seguimiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles en la provincia. Tal es el caso de la Distribución Espacial de dichas enfermedades, que se practica en todo el país y consiste en llevar las bases de datos, presentes en tablas de trabajo Excel, sobre el comportamiento de dichas enfermedades a mapas de cada provincia con sus respectivos municipios, mediante el Programa MapInfo.
- Visita al CITMA, donde se les habló sobre Medio Ambiente y su contaminación. Los estudiantes aprendieron a realizar diagnóstico medioambiental, mediante el planteamiento de los principales problemas medioambientales y el plan de acciones trazadas para mitigarlos, teniendo en cuenta los objetivos de la Tarea Vida en el municipio de Matanzas. En tal sentido se intercambiaron opiniones sobre cómo influye el desarrollo de la ciencia y la tecnología en el medio ambiente, tomando en consideración las ideas del profesor Jorge Núñez en su texto La Ciencia y la Tecnología en los procesos sociales, fundamentalmente cuando habla de la fractura planetaria en los países desarrollados y países subdesarrollados y plantea: (…) “La riqueza mundial está concentrada en un grupo de países que les da poder en las relaciones internacionales. Este poder se apoya en el dominio de la ciencia y la tecnología, más concentrada aún que la riqueza” Núñez (1999, p. 57).
- Recorrido por zonas aledañas a la escuela Ramón Mathieu, donde detectaron problemas medio-ambientales de la localidad y pusieron en práctica los conocimientos adquiridos.
- Visita a la Biblioteca del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, donde se abordaron temas de gran importancia en la actualidad, como las enfermedades transmisibles, así como su prevención y control.

Una vez incentivado el deseo de conocer sobre Medicina y antes de adentrarlos en temas y disciplinas puntuales, se debatió en conjunto (profesores y alumnos) los Consejos de Esculapio. Es en esta etapa en la que se vinculan a los laboratorios y conocimientos sobre prácticas que en ellos se realizan.

Se les impartieron temas sobre:

- Organización de un laboratorio.
- Clase práctica (CP): Las partes del microscopio y su manipulación.
- Normas de bioseguridad.
- CP: Toma de muestra para cromatina oral.
- CP: Lectura de cariotipos e identificación de cromosomas humanos en una metafase.

Estos encuentros se llevaron a cabo en el Centro Provincial de Genética e Inmunoquímica, en sus diferentes laboratorios.



- Nociones sobre ultrasonografía: Clase demostrativa sobre una ecografía fetal que se realizó con la colaboración de una gestante de 24 semanas de embarazo que se encontraba en ese momento en consulta. Para dicha ecografía se utilizó el equipo de Ultrasonido Tridimensional con Doppler del Centro Provincial de Genética e Inmunoquímica.
- Visita al Laboratorio de Microbiología de la FCMM “Juan Guiteras Gener”, con la observación de muestras microbiológicas macro y microscópicas (parásitos, láminas bacteriológicas, etc.)



- Visualización de materiales didácticos (Infografías sobre ITS, enfermedades de transmisión vectorial, parasitismo, entre otras).
- Visita a Osteoteca y Museo de Anatomía de la FCMM “Juan Guiteras Gener”.
- Visualización de piezas anatómicas.



- Visita al laboratorio de embriología de dicha facultad.
- Visita a los laboratorios de investigaciones biomédicas.
- Clase demostrativa sobre canalización de una vena. Laboratorio de Enfermería de la UCMM.



- Visita al Departamento de Informática y charla con el profesor Cristóbal Mesa Simpson (Web- Máster), quien abordó el tema sobre la importancia de las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) dentro de la sociedad en el cambio de la percepción del aprendizaje y de la comunicación.

En la ejecución de estas actividades contamos con la colaboración de otros profesores de la UCMM como los del Departamentos de Ingresos y Formación Vocacional, Informática, Enfermería, los integrantes de la cátedra de Anatomía, Embriología y Extensión Universitaria, así como profesores del de Genética, Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, historiadores de la Oficina del Historiador de la Ciudad y Archivo Histórico.

En el transcurso de este tiempo, durante el desarrollo de estas actividades educativas, se obtuvieron resultados satisfactorios en el desempeño docente de los jóvenes adolescentes, como por ejemplo:

- Un estudiante perteneciente al Círculo de Interés fue premiado a nivel municipal en el concurso “Sabe más quien lee más” con un trabajo sobre historia de la ciudad, basado en tres libros del Dr. Ercilio Vento Canosa, además de un Reconocimiento de la Asociación de Pedagogos por una carta que le envió al Comandante en Jefe con motivo de su 90 aniversario.
- El mismo estudiante (un año después) obtiene Medalla de Bronce en el Concurso Nacional de Historia y se le otorga el Premio a la Integralidad ese año en su escuela.





- El grupo obtuvo un Reconocimiento en el Concurso Protección del Medio Ambiente realizado en la escuela secundaria básica Ramón Mathieu.
- Presentación de una clase práctica sobre Nociones de Microscopía Óptica en el transcurso de una preparación metodológica desarrollada por los profesores de la escuela Ramón Mathieu.
- Durante el curso 2017-2018 cuatro de estos estudiantes llegaron a concursos provinciales de Biología, dos a los de Química y Física respectivamente y uno al nacional de Historia.
- En el presente año (2019), de los 20 integrantes del grupo, 12 estudiantes se presentaron a concursos de asignaturas. De ellos, se examinaron 4 en los provinciales de Historia, Física, Biología y Español respectivamente.
- El grupo presentó un trabajo sobre la trayectoria durante el período de estudio en el Círculo de Interés en el encuentro de Sociedades Científicas de la enseñanza media superior desarrollado en su escuela.

En el primer encuentro (octubre de 2015), cuando aún no se les había impartido tema alguno, se les aplicó una encuesta donde solo 4 de ellos mostraban interés por carreras de las Ciencias Médicas.

En mayo del pasado año (2018), momento en que realizamos un corte parcial, de los 14 estudiantes con que contaba el Círculo de Interés 12 deseaban estudiar carreras vinculadas a las Ciencias Médicas (Sosa, 2018).

Los otros dos estudiantes se interesaban por carreras vinculadas a La Historia.

En 2019, de los 20 estudiantes, 19 desean estudiar carreras de las Ciencias Médicas y uno carreras relacionadas con la Historia. Este estudiante, además, está vinculado al Estudio de la figura del Dr. Juan Guiteras Gener como parte de un tema doctoral aprobado por el CITMA, titulado: La obra médico-pedagógica del Dr. Juan Guiteras Gener. Los resultados obtenidos en este tema de investigación se contextualizan en el proyecto: Estudios históricos acerca de la Educación y el Pensamiento Educativo en Cuba y en Matanzas, por convenio firmado entre universidades (Sosa, 2019 A).





CONCLUSIONES

Con el desarrollo de este Círculo de Interés se le ha dado salida a una de las problemáticas fundamentales a las que se enfrenta hoy el sistema de enseñanza superior en las carreras de ciencias médicas, se han inculcado valores y contribuido al aprendizaje de diversos temas relacionados con el plan de estudio de los estudiantes según el grado de enseñanza mediante la interrelación de varias disciplinas en la Formación Vocacional, poniendo de manifiesto la interdisciplinariedad y la intersectorialidad,

De esta manera los estudiantes se presentaron a concursos de asignaturas con premios en los diferentes niveles: de base, municipal, provincial y medalla a nivel nacional, adquirieron habilidades técnicas en prácticas de laboratorios y, al culminar el pasado curso (2018-2019), ya habían definido su vocación por carreras relacionadas con las Ciencias Médicas en su gran mayoría.

Los estudiantes que forman parte del estudio, a través de acciones pedagógicas protagonizadas y dirigidas por los profesores, han recibido toda una influencia vinculada de forma directa con los estudios que iniciarán en el nivel superior, facilitando así su interés, la motivación y la toma de decisiones a la hora de definir su futura profesión.

Los conocimientos adquiridos por los adolescentes permitirán que enfrenten esta etapa de la vida con las herramientas necesarias para su mejor desempeño, pues el nivel de información alcanzado se revertirá en su accionar personal, familiar y social.

REFERENCIAS

Alcántara, F., Alcántara, A., Vara, E., Fimia, R. (2017). Impacto de actividades extracurriculares de formación vocacional y orientación profesional en estudiantes de ciencias médicas. *EDUMECENTRO* 9(2).

Alonso, L.A.; Leyva, P.A.; Mendoza, L.L. (2016). Concepción de la formación laboral en los estudiantes de las carreras universitarias. *Revista Electrónica Formación y Calidad Educativa (REFCalE*), 4(2)pp. 101-112. Recuperado de: http://www.refcale.uleam

Baró, W.; Borroto, M.; Morales, M. (2012). *Formación laboral en la escuela general*. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación.

Castro, F. (1974). *La Educación en Revolución*. Discurso pronunciado el 8 de diciembre de 1972. La Habana: Instituto Cubano del Libro.

Castro, F. (2003). *Amanecer del tercer Milenio* Ciencia, sociedad y tecnología. La Habana: Editorial Científico Técnica.

Cerezal, J. (2000). *La formación laboral de los alumnos en los umbrales del siglo XXI*. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación.

Contreras, J., Mirabal, J.M., de la Hoz, L., Monteagudo, A., Monteagudo, E., González, C. (2018). Círculos de interés de Estomatología: espacio para la orientación vocacional e información bucodental en escolares. *EDUMECENTRO* 10(3)

Dorrego, M.; Infante, A.; Martínez, O. (2014). *La modificación de las actitudes hacia la actividad laboral*. Luz 13(2), pp. 86-98. Recuperado de: http://luz.uho.edu.cu/index.php/inicio/4236-la-modificacion-de-actitudes-hacia-la-actividad-laboral-changing

Fernández, M.; Campello, L.E.; Fernández, Y.; Hernández, L. (2018). Desafíos y alternativas de la Universidad de Ciencias Médicas Cubana. *Rev. Médica .Electrónica.* 40(6).

Herrera, V.A., Alfonso, I., Quintana, M., Pérez, M., Navarro, L., Sosa, I.M. (2018). Formación vocacional y motivación: su incidencia en el estudio de la carrera de Medicina. *EDUMECENTRO,* 10(2).

Leyva, P.; Mendoza, L. (2011). *Propuesta de dimensiones para el estudio de la formación laboral.* Luz 10 (3), pp. 1-9. Recuperado de: http://luz.uho.edu.cu/index.php/component/content/article/283-edicion-45-ano-x-no-3-holguin-2011/2573-propuesta-de-dime

López, M.; Santana, M.; García, N.; Hernández, D.; Ríos, J.; Véliz, D. (2015). Círculo de interés de Enfermería: alternativa para la formación vocacional en ciencias de la salud. *EDUMECENTRO* 7(4).

Miranda, J. (2017). Ciencia médica, ciencia clínica y la formación del médico. *Rev. Médica Electrónica*. 39(6).

Núñez, J. (1999). *La ciencia y la tecnología como procesos sociales*. La Habana: Félix Varela.

Prieto, Y.; Guillemí, N.; Claro, Y. (2019). Caracterización de la orientación vocacional en estudiantes de primer año de Medicina. *Revista Humanidades Médicas* 19 (2).

Ruiz, Y. (2015). *El Varona dice. ¡Ahora!* pp. 6. Recuperado de: http://ahora.cu/secciones/holguin/20685-el-varona-dice

Salas, R.S.; Borroto, E.R. (2017). El ingreso a la educación médica en el pensamiento de Fidel. *Revista Cubana de Educación Médica Superior* 31 (1)

Santos, A.; Conde, A.; González, M.; Esteban, O.; Arias, N. (2016). Factores que influyen en la orientación vocacional de estudiantes en Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera". *Revista Uruguaya de Enfermería* Montevideo, 11(2).

Sosa, R.Y.; Pestana, Y.; Afonso, A. (2019). Juan Guiteras Gener, figura representativa de la Educación Médica en Cuba. *Rev Médica Electrónica* 41(1).

Sosa, J.; Sosa, R.Y.; Dueñas, A. (2019). *Formación vocacional en Ciencias Médicas con estudiantes del nivel medio y medio-superior*. Matanzas. 2020-2024. Proyecto de Investigación Institucional. Universidad de Ciencias Médicas. Matanzas.

Sosa, J.; Sosa, R.Y.; Valdés, D.; González, R.; Fernández, C.; Jaquinet, M. (2018). Formación vocacional en Microbiología y Genética Médica en estudiantes de secundaria básica. *Rev Médica Electrónica*, 40(2).

LA INFLUENCIA EDUCATIVA DEL DOCTOR JUAN GUITERAS GENER EN LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PÚBLICA CUBANA

THE EDUCATIONAL INFLUENCE OF DR. JUAN GUITERAS GENER ON THE TRAINING OF CUBAN PUBLIC HEALTH PROFESSIONALS

Regina Yamilet Sosa Díaz (reginasosa.mtz@infomed.sld.cu)

José Alberto Afonso de León (maricelap.mtz@infomed.sld.cu)

Yuseli Pestana Llerena (yuseli.pestana@umcc.cu)

RESUMEN

Se aborda la temática sobre las influencias educativas que inciden en la formación de los profesionales de la salud, específicamente aquella ejercida por el doctor Juan Guiteras Gener, personalidad destacada de la historia de la Medicina. Responde a la necesidad de abordar los fundamentos necesarios para la integración de las exigencias educativas de la enseñanza superior con las aportaciones y el legado de las figuras históricas, temáticas que cuentan con una insuficiente incorporación en el proceso de enseñanza aprendizaje (PEA) de las disciplinas que forman parte del currículo de las Ciencias Médicas. El trabajo forma parte de las investigaciones realizadas por los autores como parte del proyecto de investigación: Estudios Históricos acerca de la Educación Médica en Matanzas y en Cuba. El legado del doctor Juan Guiteras Gener constituye una influencia educativa significativa en la formación de los profesionales de la salud cubana.

PALABRAS CLAVES: influencias educativas, figuras representativas, formación profesional.

ABSTRACT

It deals with the subject of the educational influences that impact on the training of health professionals, specifically that exercised by Dr. Juan Guiteras Gener, an outstanding personality in the history of medicine. It responds to the need to address the necessary foundations for the integration of the educational demands of higher education with the contributions and legacy of historical figures, which despite the efforts made by the leadership of the country to rescue historical memory, are topics that have an insufficient incorporation in the learning teaching process (LTP) of the disciplines that are part of the curriculum of the medical sciences. The work forms part of the research carried out by the authors as part of the research project: Historical Studies on Medical Education in Matanzas and Cuba. The legacy of Dr. Juan Guiteras Gener constitutes a significant educational influence in the training of Cuban health professionals.

KEY WORDS: educational influences, representative figures, professional education.

INTRODUCCIÓN

“Las influencias educativas tienen una extraordinaria importancia en la transmisión y apropiación de la experiencia histórica-social, pero fundamentalmente en la formación de cualidades de la personalidad del individuo” (Buenavilla, 2012). Existe una estrecha relación entre educación e influencia, una figura puede contribuir al desarrollo de la

educación si ostenta potencialidades educativas que le permitan ejercer influencia en las personas, en los hechos y acontecimientos.

“La educación es un sistema complejo de influencias al que el individuo está sometido desde el nacimiento hasta la muerte” (Alfonso, 2015; Ramos, 2017).

> (…) cada una de las organizaciones e instituciones así como los sujetos participantes cumplen determinadas influencias educativas, recíprocas y cambiantes, que responden a necesidades sociales, económicas y políticas, y también culturales de una sociedad determinada. Cualquier persona o institución actúa como agente educativo, trasladando conocimientos, hábitos y habilidades, normas y valores, trasmitiendo el resultado de su experiencia individual y colectiva. Buenavilla, (2012), Jiménez, (2017), Abad, (2018).
>
> (…) la universidad tiene como encargo social la formación de profesionales comprometidos con las demandas del momento histórico, pero la formación no puede ser asumida solo por la universidad, esta es resultado de la influencia ejercida por la sociedad, la escuela y la familia. (Guevara, 2014; Guzmán, 2017).

La Universidad Médica Cubana tiene como misión ejecutar y controlar la formación del capital humano de pregrado y posgrado y egresar un profesional competente, de calidad y alto rigor científico, con profundos valores humanos y éticos que generen elevada producción científica para satisfacer las demandas del sistema nacional de salud y en otras partes del mundo, en correspondencia con los lineamientos de la política económica y social del gobierno y el Partido. Entre sus objetivos está obtener un egresado revolucionario, con una formación integral y profundos valores morales y éticos, que juegue un rol protagónico en la transformación sistemática y proactiva de la realidad en que vive y sea capaz de vincular la docencia, la asistencia, la investigación y la administración o dirección de los servicios de salud.

En Cuba, los estudiantes de ciencias médicas son considerados abanderados en la formación de valores, no solo por lo moral que implica el cumplimiento de las normas de la ética médica, sino por la función social revolucionaria que les corresponde desempeñar en otras tierras del mundo: la profesionalidad y la solidaridad del especialista de la salud cubana (Dorta, 2018).

Teniendo en cuenta la responsabilidad que le corresponde a la educación institucionalizada en la formación del futuro profesional, la universidad médica cubana es responsable de la formación axiológica desde el proceso docente educativo y por ende del modelo de hombre que debe egresar de sus aulas.

El plan de estudios de la carrera de medicina en Cuba, concibe en el modelo del profesional un perfil humanista que define desde el currículo y fuera de él un sistema de valores en correspondencia con los que refrenda la sociedad cubana contemporánea, el cual aporta el marco ético de su actuación profesional (Peña, 2017).

En consonancia con lo anterior, la universidad médica cubana, prepara a sus estudiantes para obtener un profesional integral, con una elevada preparación político-ideológica, dotados de una amplia cultura general integral, preparados para defender la Revolución Cubana en el campo de las ideas con sus propios argumentos y comprometidos con la patria. Es por tanto muy importante el rescate de la historia de la medicina en el proceso de enseñanza aprendizaje (PEA) de las disciplinas que conforman el currículo de las ciencias médicas para la formación de los futuros

profesionales de la salud, partiendo de la incidencia que tienen las influencias educativas y por tanto el legado de las figuras representativas en la gesta y desarrollo de valores en los estudiantes.

Este trabajo forma parte de los resultados del Proyecto: Estudios Históricos acerca de la Educación Médica en Matanzas y en Cuba. Para los investigadores se convirtió en una necesidad insoslayable exponer los aspectos más significativos de la obra del doctor Juan Guiteras Gener cuya vigencia le permite ejercer influencias educativas en la formación de los recursos humanos de la salud pública cubana.

Educación, influencias educativas y figuras representativas

Es frecuente en la literatura pedagógica hacer referencia a la educación como un sistema de influencias en el que participan todos los componentes de la sociedad. Blanco señala que: “la educación constituye un sistema complejo de influencias, en las que participa toda la sociedad” (Blanco, 2001, p.115). Mientras que Chávez plantea que “la educación es un efecto o resultado. Por tanto, es todo proceso de influencia, de configuración o de desarrollo del hombre, al mismo tiempo que el efecto de esa influencia, de esa configuración, o de ese desarrollo” (Chávez, s/f, p. 3).

Sobre la influencia en el contexto social, Paredes afirma que: “es el proceso que origina y/o conforma en el individuo sus expresiones conductuales y predisposiciones para actuar” (Paredes, 1979, p.25). Gómez, la define como: “el proceso mediante el cual se ejerce autoridad, de forma regulada sobre la persona o grupo de personas, para incidir de forma directa o indirecta en su manera de pensar y actuar en un contexto determinado” (Gómez, 2006, p.3). Blanco plantea que: “las influencias educativas son acciones que se ejercen con el objetivo de asegurar la asimilación y reproducción de toda la cultura anterior, así como de las relaciones sociales existentes” (Blanco, 2002, p.4).

Según Buenavilla (2012) la influencia educativa es una categoría pedagógica que puede enriquecerse a partir de la contribución que le brinda el estudio de los procesos de cooperación y comunicación social, de la psicología y la sociología de la educación, y de la dirección educacional.

Las influencias educativas actúan como procesos de cooperación y comunicación social que pueden clasificarse en: intencionales y no intencionales, sistematizadas (centro docente) y no sistematizadas (agencias socializadoras), como influencias especializadas (profesores, instructores) o no especializadas (padres, amigos, vecinos, entre otros). (Buenavilla, 2012) y (Odiber, 2016).

Cualquier persona o institución actúa como agente educativo, al trasladar conocimientos, hábitos y habilidades, normas y valores, se trasmite además el resultado de su experiencia individual y colectiva. (Martínez, 2004; Sánchez, 2015). Aunque unos logran desarrollar con más fuerza que otros esa capacidad de penetración en las personalidades ajenas.

Por su parte en la literatura especializada, se entiende por figuras a aquellas personalidades con una trayectoria ejemplar que con sus aportes teóricos o prácticos, en cualquiera de las actividades que realice, científicas, políticas, culturales u otras contribuyen al desarrollo y bienestar de la sociedad en un momento histórico

determinado. Desde el punto de vista del pensamiento educativo y pedagógico cubano, Pérez, Buenavilla y otros (2009) aportan su definición de figura representativa del pensamiento cubano y señalan que es:

> (…) aquella cuya obra pedagógica o educacional, ya sea o no escrita, tiene presencia y trascendencia en la escuela y en la sociedad como un todo" y como personalidad pedagógica: (…) "aquellos maestros o grandes personalidades pedagógicas de alcance nacional que tienen por lo general una extensa obra escrita y que han sido objeto de estudios filosóficos, pedagógicos y de otros tipos (Pérez, Buenavilla, 2009, p. 46).

> (…) la incorporación de figuras históricas en el PEA es un instrumento para desarrollar valores y sentimientos, por cuanto su obra constituye un tesoro de incuestionable valor material, moral, espiritual, científico e intelectual y además constituyen fuentes de conocimiento, de motivación y de ejemplo (Álvarez, 2004, p.31).

La influencia educativa de un profesor es válida y alcanza significación en los estudiantes en la medida en que se evidencia una sólida unidad entre lo que el profesor dice y lo que hace; para que su actuación responda a los más firmes principios que dice sustentar. La influencia educativa descansa en la confianza que el profesor se gana entre sus propios alumnos y que no puede traicionar.

La autora concuerda con Martínez y Addine (2004), cuando plantean: "entre todas las personas que ejercen alguna influencia educativa solo el profesor se puede considerar como educador profesional" (Martínez, Addine, 2004, p.8). Por su parte, Páramo (1927) considera que:

> (…) el maestro es el factor principal para la influencia de la disciplina; su bondad, su laboriosidad, su escrúpulo, muy discreta vigilancia y su tranquilidad del alma constituye un verdadero foco de influencia moral para sus alumnos, los cuales pueden ser fácilmente gobernados con solo su presencia (Páramo, 1927, p.18)

"La proyección del educador puede hacer brotar en el propio ser de cada persona, gérmenes de iniciativa creadora, de riqueza espiritual, multiplicador de nuevas ideas y experiencias". (D' Angelo, 2004).

> (…) no existe un parámetro para evaluar toda la gama de posibilidades que tiene un educador para ejercer influencia educativa. Cuanto más firme y arraigados son sus normas y valores, más desarrollada su voluntad y capacidad de actuación y más consciente está de la repercusión de su ejemplo, más trascendencia alcanzará su actuación como agente educativo (Buenavilla, 2012; Aguinaga-Doig, 2018).

> (…) el hombre ejerce influencia educativa, mediatizada por el contexto, educa a través de su propia personalidad. Esta influencia se manifiesta como proceso, no se impone, se recibe o asimila consciente o inconscientemente y contribuye a propiciar cambios, transformaciones, de diferente naturaleza en el sujeto que la recibe (Mellado, 2016; Santiesteban, 2017).

Según Buenavilla (2012), las influencias educativas de personalidades históricas tienen múltiples formas de manifestarse, por ejemplo: en las conmemoraciones establecidas en instituciones u organizaciones sociales alrededor de las efemérides de la figura objeto; la publicación de su producción científica; que una institución, escuela, calle y otros, porte su nombre; el establecimiento de distinciones, medallas que ostentan su nombre; la construcción de monumentos, estatuas y bustos; la realización de eventos

organizados con el propósito de indagar, profundizar en la vida y obra de la personalidad.

En ocasiones se logra obtener un sistema de influencias sólido y poderoso con resultados significativos en la transformación de los miembros de una comunidad. Se puede hablar entonces de influencia significativa.

Buenavilla (2012) la define como: “aquellas acciones e ideas que pueden tener capacidad para movilizar a los miembros de un conglomerado humano hacia sus objetivos prioritarios, a la satisfacción de sus necesidades o a una parte de ellos mismos” (Buenavilla, 2012, p.4). Este es el caso del Doctor Juan Guiteras Gener, en cuya obra se integran los valores y cualidades que se esperan obtener de los profesionales de la salud.

Juan Guiteras Gener y su influencia educativa en la formación de los recursos humanos de la salud.

Guiteras, maestro de maestros, una de las figuras más representativas de la sanidad cubana, fue uno de sus fundadores y dedicó toda su vida al engrandecimiento de esa institución a quien le ofreció los frutos de su talento, de su cultura médica y científica, de su entusiasmo y dinamismo extraordinarios, marcando pautas, señalando la ruta idónea y los procedimientos de su férreo carácter al servicio de una acción directriz encaminada al mejoramiento de la salud pública cubana, no por gusto conocido como “El Primer Higienista de Cuba” y “El Padre de la Parasitología Nacional”.

Juan Guiteras Gener (1852-1925), matancero de nacimiento, gloria de la medicina cubana y americana. Cubano digno y patriota, destacado médico higienista, epidemiólogo, microbiólogo, patólogo, pedagogo y escritor. Uno de los más importantes de su especialidad en Cuba, el mayor defensor de la gloria de Carlos J. Finlay, fue un investigador valioso y para los médicos cubanos es bandera de honor, símbolo de ciencia y de virtud, timbre de orgullo y de gloria.

Hombre de una sencillez extraordinaria, por su modestia realmente notable, por su saber y por el culto y devoción que rindió siempre a la verdad y a la ciencia, a la Patria y a la familia, al deber y al honor, puede indiscutiblemente, ser presentado como el modelo de las más grandes virtudes cívicas y del mayor valor profesional. Fue por los vastísimos conocimientos que atesoró, por su dedicación constante al estudio y al trabajo, un verdadero ***sabio*** en toda la amplitud de la palabra. El laboratorio, el hospital, la cátedra y la Dirección de Sanidad fueron sus grandes campos de acción.

Guiteras pasó su vida enseñando, sus conocimientos, su valor científico, los actos que marcaron su vida, y todos sus méritos lo definen como un gran educador. Descendiente de una familia ilustre matancera, acomodada, culta, de pedagogos y patriotas recibió sus primeros estudios en el Colegio “La Empresa”, fundado y dirigido por su padre y su tío, Eusebio Guiteras Font y Antonio Guiteras Font respectivamente, escuela de patriotas cubanos solo comparada con el Colegio “El Salvador “de José de la Luz y Caballero, quien lo consideró como el mejor de España y sus colonias. Las autoridades españolas lo consideraban “un nido de víboras” por lo que fue clausurado. (Sosa, 2019)

Su formación pedagógica y científica se vio enriquecida al trabajar junto a eminentes figuras de las Ciencias Médicas de todos los tiempos como William Osler, Robert Koch y Paul Erlich, entre otros. Su pensamiento científico-pedagógico estuvo influenciado por su trabajo junto a su compañero y gran amigo Carlos Juan Finlay y Barrés. (Sosa, 2019). Guiteras fue un genuino propagador, divulgador y continuador de las ideas y métodos de Finlay. Fue su más fiel seguidor y jugó un papel importante en la conservación de la herencia científica y educativa de ese ilustre galeno considerada la más alta figura de la medicina cubana.

Es en el magisterio, en su labor como profesor, donde Guiteras exhibe con mayor fuerza los rasgos de su carácter. La serenidad fue distintiva en su personalidad, virtud que solo reflejan los grandes hombres que han cultivado la verdad como directriz de su vida y que es exponente fiel de dos de los valores que lo distinguían: la honestidad y la sencillez. La honestidad le fue legada desde la cuna, fue un valor cultivado por una familia cuyos integrantes supieron soportar las persecuciones políticas antes de ocultar sus convicciones. Para Guiteras la verdad y la honestidad de espíritu eran tan consustancial a su ser como la luz del sol.

Las evidencias de su obra como Educador se recogen en sus múltiples artículos y libros publicados sobre diversos tópicos relacionados con el cuadro epidemiológico imperante y cuyas temáticas estaban incluidas en los Planes de Estudios y Programas de las Asignaturas que impartía y donde se destacan entre otros: el Manual de Prácticas Sanitarias de Cuba junto a Carlos Juan Finlay Barrés (1833-1915), Claudio Delgado Amestoy (1843-1916), Enrique B Barnet (1855-1916), y Arístides Agramonte Simoni (1868-1931) y la confección junto a otras personalidades de la época del Plan de Estudios Varona durante la Reforma Universitaria de 1900. Su bibliografía científica por lo variada, original y numerosa se considera entre las de más alta calidad del mundo médico latinoamericano, libros como: Notas sobre Patología General y Especial, El Cólera en Cuba, La Peste Bubónica en la Habana, Capítulo de Fiebre Amarilla en Enciclopedia de Enfermedades Médico Quirúrgicas de la Infancia entre otros, pueden citarse. Con otros autores destacan: Fiebre Amarilla (Guiteras, Moreno y Pernas), Anatomía Patológica de la Fiebre Amarilla (Guiteras y Aballí) en el libro Handbook of Medical Sciencies, New York, Trabajos Selectos (Finlay y Guiteras) y artículos como: El Dengue en Cuba, su importancia y su diagnóstico con la Fiebre Amarilla (Rev. Med. Trop, La Habana, 1906; 7:37-42) (Sosa, 2019).

Guiteras no fue un hombre de poses, ni alardes, fue el profesor que se enfrentó a dificultades y poniéndose a su nivel intelectual, enseñó la esencia a sus alumnos. En él se veía la maestría al impartir una clase, fue un gran comunicador, tuvo la dedicación necesaria para documentarse y autoprepararse en el contenido a impartir en cada una de una de sus conferencias en estrecha relación con los adelantos de la Medicina en su época (Delgado, 1995). Las influencias de su obra, por el alcance de su ejercicio profesional, prevalecen en la formación de médicos y personal sanitario.

Sus descubrimientos científicos inmortalizaron su nombre y dieron días de legítima gloria a la Medicina y a la Patria. En este sentido: describió clínicamente por primera vez la brucelosis en Estados Unidos y la llamó Fiebre Térmica Continua, término que aún hoy es usado (1885), descubrió el agente causal de la Filariasis Americana en 1886, sus observaciones patológicas en enfermos con Fiebre Amarilla lo llevaron a la

obtención de grandes hallazgos, introdujo nuevos métodos en patología de las enfermedades tropicales, descubrió la Anquilostomiasis en Cuba en 1902, contribuyó de forma protagónica a la extinción de la Fiebre Amarilla y la Peste Bubónica en Cuba, describió en 1902 y por primera vez en Cuba un caso de granuloma venéreo o enfermedad de Nicolás Fabré (Sosa, 2019).

Guiteras hombre, maestro, patriota, amigo, conocido por sus discípulos los cuales supieron de sus grandes cualidades contaba con un merecido reconocimiento social por sus grandes méritos y con la admiración de sus contemporáneos, alumnos y sucesores y formó parte de los grupos de intelectuales, educacionales y sociedades científicas de su época. (Sosa, 2019). En este sentido fue: jefe de cátedra de Patología Intertropical con su Clínica (1899), jefe de la cátedra de Patología General con su Clínica (1900), director de la Estación Experimental de Inoculaciones del Hospital de Infecciosos “Las Ánimas” (1900), vocal de la Junta Superior de Beneficencia (1901), vocal de la Junta de Sanidad (hasta 1908), presidente de la Comisión de Enfermedades Infecciosas (1902), director del Hospital “Las Ánimas” (1903), decano de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Habana (1905-1909), presidente de la Sociedad de Medicina Tropical de Cuba (1908), Director Nacional de Sanidad (1908), Jefe Superior de Administración y presidente de la Junta Nacional de Sanidad (1909), director del Boletín de Sanidad y Beneficencia (1909), miembro de la Comisión de Fiebre Amarilla de la Fundación Rockefeller (controlando epidemias en Panamá, Ecuador, Colombia, Venezuela, Brasil, Puerto Rico, Martinica, Trinidad y Barbados) (1916), fundador y director de la Revista de Medicina Tropical (1900), primera de su tipo en América, presidente de la Federación Médica de Cuba (1925), miembro de la Real Academia de Ciencias de Cuba, miembro de la Sociedad de Estudios Clínicos, vicepresidente de la Conference of North American Boards and Health Association.

Su pensamiento antimperialista destaca entre los rasgos más distintivos de su personalidad, a pesar de haber vivido por treinta años en los Estados Unidos, así lo demuestran sus palabras a raíz de la intervención norteamericana:

> (…) he vivido más de la mitad de mi vida en los Estados Unidos y me unen sentimientos de amistad con aquel pueblo, pero esto no quiere decir que yo esté dispuesto a aceptar o aplaudir injerencias innecesarias en nuestras cosas por parte del norteamericano que siempre mira más a los grandes negocios que a otras cosas (Roig,1938).

Fue amigo de Martí y colaborador activo de la causa independentista en el exilio, realizó contribuciones al periódico Patria. Su labor como patriota emigrado fue incansable, su mayor sentimiento antimperialista y patriota se expresa en su carta de renuncia al cargo como Secretario General de Sanidad y Beneficencia de Cuba, al presidente Alfredo Zayas en 1922, donde se opone rotundamente a la injerencia del General Enoch E Crowder, enviado especial de los Estados Unidos en los asuntos internos de la salud pública cubana. En su carta Memorandum al Presidente, renuncia oficialmente a su cargo y denuncia la política injerencista del gobierno de los Estados Unidos. Abandona esta responsabilidad lleno de gloria y como un símbolo del patriotismo de la Medicina Cubana. (Delgado, 1987; Sosa, 2019).

Otras causas también fueron prioridad en su ejecutoria dejando constancia de su preocupación por los problemas que afectaban a sectores desprotegidos afines a la profesión, así su defensa por los derechos de la mujer en general y de las enfermeras,

constituyen páginas de belleza y calidad extraordinarias; fue propulsor de un proyecto de Seguro Obrero e intervino de forma protagónica en su legislación, se preocupó intensamente por la lucha antituberculosa; combatió el intrusismo profesional y defendió la sanidad en las industrias y en los centrales azucareros. (Rodríguez, 1952).

Guiteras constituye un paradigma de los valores morales e intelectuales que deben ser legados a las nuevas generaciones de médicos y cubanos. Cada página de la vida del doctor Juan Guiteras Gener, aporta una enseñanza, su altruismo, honradez, responsabilidad, honestidad, sencillez, modestia, lealtad a la patria, justicia y valentía, son valores dignos de imitar por los estudiantes de las ciencias médicas en Cuba. (Sosa, 2019). El patriotismo, la honestidad, la honradez, la dignidad, el internacionalismo, entre otros, forman parte del Sistema Director de Valores de los estudiantes de la carrera de Medicina. Se reúnen en Guiteras todos ellos. Guiteras fue en su tiempo lo que hoy es un internacionalista. Su altruismo y modestia sin límites fueron altamente valorados por Finlay.

Una de las evidencias de las influencias educativas más significativas del doctor Guiteras se recoge cuando el gremio de médicos cubanos en 1925 al fundarse la Federación Médica de Cuba consideró que fuera su presidente por ser un símbolo de la dignidad nacional y la más alta figura médica viviente. En esta ocasión Guiteras pronunció un discurso que fue reconocido por muchos como la declaración de principios de los médicos cubanos. Al final de su alocución expresó: (…) “en este mundo de mentiras, sólo la verdad os hará libres” (Guiteras, 1925).

Días después pasaría de la vida a la inmortalidad para ser contemplado en las páginas de la Historia como uno de los más grandes hombres de la ciencia cubana. Se reúnen en Guiteras las condiciones de carácter, los conocimientos médicos y universales, las dotes morales y pedagógicas de un hombre integral. En su personalidad polifacética, no se sabe qué admirar más, si al patriota, al científico-investigador, al profesor y maestro o al funcionario de la sanidad cubana.

Evidencia indiscutible de su influencia es que la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas porte su nombre, así como la creación de una Cátedra Honorífica en su honor y el establecimiento de la medalla Juan Guiteras Gener que es entregada a aquellos profesionales de la provincia con una destacada labor en la docencia, la asistencia, la investigación y la administración de los servicios de salud.

CONCLUSIONES

Las influencias educativas tienen una extraordinaria importancia en la transmisión y apropiación de la experiencia histórica-social, fundamentalmente en la formación de cualidades de la personalidad del individuo. Las figuras representativas contribuyen al desarrollo de la educación al ostentar potencialidades educativas que le permiten ejercer influencia en las personas, en los hechos y acontecimientos. Juan Guiteras Gener es una figura representativa de la Educación Médica en Cuba, su obra médica, pedagógica y científica reviste una gran significación en el contexto de la formación de los profesionales de las ciencias médicas.

El legado del doctor Juan Guiteras Gener enriquece el acervo histórico de las Ciencias Médicas en Cuba y particularmente en el plano institucional potencia el trabajo de todos

los procesos sustantivos de la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas, que orgullosa, porta su nombre.

REFERENCIAS

Abad, M.; Espinosa, M. (2018). La integración de la escuela, la familia y la comunidad en la educación en valores. *Revista Atlante*. Cuadernos de Educación y Desarrollo. Recuperado de: https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/04/escuela-familia-comunidad.html//hdl.handle.net/20.500.11763/atlante1804escuela-familia-comunidad

Aguinaga-Doig, S.; Velázquez, M.; Rimari, M. (2018). Modelo contextualizado de inclusión educativa. *Revista Educación*. 42 (2). ISSN: 0379-7082 / 2215-2644.

Alfonso, M.; Gómez, V.; Remedios, J. (2015). La orientación familiar para la atención educativa de escolares con discapacidad visual en Angola. *Pedagogía y Sociedad*. Cuba. 18 (42), mar. - jun. ISSN 1608-3784. RNPS: 1903

Álvarez, R.Z. (2004). *Contribución de la obra pedagógica de José María Izaguirre a la educación cubana*. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Educación. Ciudad de la Habana, Cuba.

Blanco, A. (2001). *Introducción a la Sociología de la Educación*. La Habana: Pueblo y Educación, pp. 115.

Blanco, A. (2002). *La Educación como función de la sociedad*. En nociones de Sociología, Psicología y Pedagogía. La Habana: Pueblo y Educación, pp.4.

Buenavilla, R. (2012). *Influencias Educativas: factores objetivos y subjetivos. Dialéctica de su desarrollo*. Proyecto de Investigación: Figuras destacadas de la cultura nacional. Contribución al desarrollo de la educación y la teoría pedagógica cubana. Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”. Facultad de Ciencias de la Educación. Centro de Estudios Educacionales. La Habana. Cuba.

Chávez, J. (s/f). *Apuntes para el examen estatal de Pedagogía para aspirante a Doctor en Ciencias Pedagógicas*. ICCP. La Habana, p.3.

D Angelo, H. (2004). *Sociedad y Educación para el desarrollo humano*. La Habana: Pueblo y Educación, pp.71.

Delgado, G. (1995). Precursores y forjadores de la salud pública cubana Dr. Juan Guiteras Gener (1852-1925). *Revista Cubana Salud Pública* (2).

Delgado G. (1987). *La obra científica y patriótica del doctor Juan Guiteras Gener*. Cuadernos Historia Salud Pública, No 2.

Dorta, M.P. (2018). *Los documentos históricos en función del perfeccionamiento de valores en los estudiantes de las ciencias médicas*. *Educ. Med. Sup 32.*

Fernández, A. (2001). *Propuesta para el perfeccionamiento de la interrelación de los centros docentes con la comunidad*. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Educación. ISP “Enrique José Varona”. La Habana. Cuba.

Gómez, J. (2006). Algunas reflexiones acerca de las particularidades del líder educacional. *Revista electrónica Orbita Científica.* No 44- ISSN: 1027-4472.Universidad de Ciencias Pedagógicas "Enrique José Varona". La Habana. Cuba.

González, R.; Cardentey, J. (2016). El reforzamiento de valores en la educación médica cubana: un reclamo impostergable *EDUMECENTRO* 8(2).

Guevara, E.; Herrera, J.; García, Y. (2014). La integración de las influencias educativas de la universidad y la familia en la formación del profesional de la Educación Superior. *Gaceta Médica Espirituana* 16(2).

Guzmán, Y.; García, M. (2017). La competencia educativa del coordinador de año en el contexto de la nueva universidad cubana. *Rev. Cubana Edu. Superior* 36(1). La Habana.

Jiménez, O.; Villalón, O.; Evora, O. (2017). La educación para la percepción de riesgos de desastres como prioridad del trabajo educativo en la escuela cubana. *Revista Electrónica Educare* 21(3). EISSN: 1409-4258.

Martínez, M.; Addine, F.; Garcia, M.; Cruells, M.; Chiong, O.M. (2004). *Reflexiones teórico-prácticas desde las ciencias de la educación*. La Habana: Pueblo y Educación. p.8.

Mellado, M.; Chaucono, J. (2016). Liderazgo pedagógico para reestructurar creencias docentes y mejorar prácticas de aula en contexto mapuche. *Revista Electrónica Educare.* 20(1). Recuperado de: http://www.una.ac.cr/educare

Odiber, O.; Díaz, J.; Alonso, L. (2016). Modelo didáctico de la dinámica de la matemática con el uso de las TIC. *Revista Didasc@lia:* D&E. 7(3) p.30.

Ojalvo, MV. (2001). *La formación de valores en el contexto universitario.* La Habana: Félix Varela.

Páramo, F.C. (1927). *La influencia de la disciplina en la formación del carácter moral del niño. Asociación Provincial de Maestros de Oriente*. Santiago de Cuba. Topografía Arroyo Hermanos. pp. 18-20.

Paredes, E. (1979). *El estudio de la influencia social, una visión integrativa. Influencia educativa*. Colihue- Hachette. B. Aires. pp. 25.

Peña, D.P. (2017). Lo básico, lo clínico y lo histórico para el trabajo educativo con los epónimos médicos. *Educ. Med. Sup* 31(1).

Pérez, S.D; Buenavilla, R.; Fernández, N.L.; Bermúdez, J.A.; Fontanilla, M. G.; Bonachea, O.M. (2009). Figuras representativas del pensamiento educativo cubano: una alternativa para su estudio. Cecip. La Habana Cuba, pág. 46

Pérez, Y.; González, E.; Acosta, A.; Concepción, N.; Pérez, C. (2015). El trabajo educativo como vía para el fortalecimiento de valores en la carrera de Medicina. *Rev Ciencias Médicas*. 19 (6).

Ramos, R.; González, V. (2017). Un acercamiento a la función educativa de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 33 (1) .

Rocher, G. (1973). *Introducción a la Sociología General.* Barcelona: Herder.

Rodríguez, E. (1952). *Centenario del Nacimiento del Dr. Juan Guiteras Gener. Cuadernos de Historia Sanitaria*. Imprenta. La Habana: Neptuno.

Roig, E. (1938). *Juan Guiteras y Gener. Uno de los higienistas más notables del mundo*. La Habana: Alfa.

Sánchez, P. (2015). La formación de valores en los educandos. *CUMBRES, Revista Científica*. 1(2).

Santiesteban, L.; Cantillo, C. (2017). Sistematización y actualidad de las influencias educativas de las organizaciones sociocomunitarias, en la educación de la personalidad de los estudiantes de preuniversitario. *Revista: Atlante. Cuadernos de Educación y Desarrollo*. ISSN: 1989-4155

Sosa, R.; Pestana, Y.; Afonso, J. (2019). Juan Guiteras Gener, figura representativa de la Educación Médica en Cuba. *Revista Médica Electrónica* 41 (1). ISSN 1684-1624.

LAS IMÁGENES COMO RECURSO PARA LA ENSEÑANZA Y EL APRENDIZAJE DE LA HISTOLOGÍA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MATANZAS

THE IMAGES AS A RESOURCE FOR THE TEACHING AND LEARNING OF HISTOLOGY IN THE FACULTY OF MEDICAL SCIENCES MATANZAS

Maritza Alonso González (malonso.mtz@infomed.sld.cu)

Mayelín Milián Castresana (mmilian.mtz@infomed.sld.cu)

Mirna del Puerto Horta (myrna.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

Dentro de la memoria metodológica en la didáctica particular de la Histología, la imagen ha estado presente en todos los momentos. En el presente trabajo se valora el empleo de las imágenes como recurso para la enseñanza y el aprendizaje de la Histología como Ciencia Morfológica en la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas. Como metodología se aplicó una dinámica grupal y procedimientos analítico-sintético e inductivo-deductivo para obtener los resultados. Se delimitaron aspectos metodológicos en la orientación para la formación más eficiente de las habilidades, de superación docente y de infraestructura. Se aplicó una escala de Likert como técnica de medición de la opinión a los profesores. Se realizó una valoración de las dificultades que limitan las potencialidades del empleo de las imágenes como recurso didáctico y se proponen acciones para darle solución al problema identificado.

PALABRAS CLAVES: dibujo histológico, didáctica de la Histología.

ABSTRACT

Within the methodological memory in the particular teaching of Histology, the image has been present at all times. In this paper, the use of images as a resource for teaching and learning Histology as a Morphological Science in the Faculty of Medical Sciences of Matanzas will be evaluated. As a methodology, a group dynamic was applied within the group of 9 professors of Histology and analytical-synthetic and inductive-deductive procedures to obtain in the results, a more precise knowledge of the particular characteristics on the use of histological images in which methodological aspects were delimited in the orientation for the most efficient training of skills, teaching improvement and infrastructure. An assessment was made of the difficulties that limit the potentialities of using images as a teaching resource and actions are proposed to solve the identified methodological problem that will favorably influence the training of undergraduate students and residents in training.

KEY WORDS: histological drawing, teaching of Histology.

INTRODUCCIÓN

Uno de los retos fundamentales que persigue la Educación Médica Superior, es desarrollar egresados que posean una formación acorde al perfil profesional y que se vinculen a través de su competencia, con las exigencias de la sociedad y los problemas de salud priorizados por las autoridades sanitarias y las políticas del estado cubano.

Las Ciencias Biomédicas en las carreras de las Ciencias Médicas, muchas veces se consideran más distantes de ese objetivo por las características de los contenidos que

se imparten a través de disciplinas morfológicas y fisiológicas. Estas que deben contribuir al desarrollo de habilidades intelectuales en los estudiantes de medicina, proceso que se considera en cierta manera, por algunos investigadores como algo empírico (Cañizares, Saraza, 2013) y (Valdés, Arencibia, Cruz, Rivero, González, 2005).

La importancia del aporte que representa una adecuada dirección del proceso de enseñanza aprendizaje durante la etapa de las Ciencias Biomédicas, repercute en el posicionamiento cognitivo y de autorregulación de los estudiantes para afrontar progresivamente objetivos de complejidad creciente en sus estudios. Las competencias docentes y una adecuada orientación metodológica para lograr la sistematización de las operaciones mentales necesarias para desarrollar las habilidades más frecuentemente solicitadas en los programas de primero y segundo años de la carrera, necesita la implementación de tareas docentes dirigidas al uso de métodos específicos y activos de la didáctica particular de estas materias, para obtener resultados medibles que repercutan en la formación de los médicos.

En un estudio realizado a los programas de las Ciencias Básicas por Cañizares y Sarasa (2013), se identificaron: 15 habilidades intelectuales (observar, valorar, caracterizar, definir, describir, clasificar, identificar, comparar y argumentar, predecir, explicar, fundamentar, generalizar, aplicar e interpretar) declaradas durante años en los programas de disciplinas biomédicas básicas como Anatomía Humana, Embriología Humana, Bioquímica, Histología y Fisiología Normal.

En los contenidos relacionados con la estructura histológica normal de las células, tejidos y órganos en los programas del Plan D en primero y segundo años, las más abordadas en las diferentes formas organizativas docentes son las de: observar, describir, identificar, clasificar y explicar, sin que con esto se niegue la presencia de las demás. La pura descripción se ha ido enriqueciendo con la observación interpretativa, es decir, hacia una actividad mental que promueva el análisis síntesis de la relaciones morfofuncionales y no solo la descripción sobre base memorística, según Pomares (2013). Todas estas habilidades son imprescindibles en el proceso de diagnóstico que se realiza en la práctica médica, donde la observación e identificación del problema de salud implica el reconocimiento de aquellas características que lo diferencian de otros posibles.

> (…) Dentro de la memoria metodológica en la didáctica específica de la Histología, la imagen ha estado presente en todos los momentos. Históricamente la observación había sido a través del microscopio óptico o más actualmente por las imágenes virtuales en proyecciones u observaciones en los dispositivos propios de los estudiantes, pero lo que ha sufrido variación, es el uso que se han dado de esas imágenes, las cuales han resultados un vehículo solo de observación al estudiante, sin que se aprovechen sus potencialidades para hacer más comprensible y activo el aprendizaje de la Histología (Alonso, 2019; González y Barbeito, 2015)

En el presente trabajo se pretende valorar el empleo de las imágenes como recurso para la enseñanza y el aprendizaje de la Histología como Ciencia Morfológica en la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas.

La enseñanza aprendizaje de los contenidos de Histología dentro de las disciplinas del Plan D de la Carrera de Medicina: la imagen y su representación por los actores del proceso docente.

En el desarrollo de las conferencias, clases prácticas, clases talleres, clases teórico prácticas y en seminarios, resulta un recurso imprescindible el uso de imágenes histológicas, tanto de la enseñanza por parte de los profesores, como en el aprendizaje de los estudiantes. En la actualidad, la Histología ha utilizado nuevos recursos, la tecnología ha facilitado la obtención de bellas imágenes pero, en su quehacer diario es una disciplina que puede ser poco activa, por lo que se hace necesario incrementar la creatividad en el diseño de tareas docente que sean atractivas y que permitan la construcción del conocimiento de los estudiantes con apoyo de la observación y representación esquemática de las características microscópicas relacionado con la lectura e interpretación de los textos. (Fabro, 2018, y Díaz y Pandiella, 2007)

Se aplicó una dinámica grupal dentro del colectivo de profesores de Histología (9 docentes de diferentes años de experiencia, categoría docente y científica) y procedimientos analítico-sintético e inductivo-deductivo para la obtención de un conocimiento más preciso de las características particulares sobre el empleo de las imágenes histológicas como recurso en la enseñanza y el aprendizaje de la Histología, a partir del cual se pudieran elaborar generalizaciones de utilidad para responder a la interrogante central planteada anteriormente. Una vez identificadas las variables de su empleo dentro del proceso docente para optimizar la calidad, se aplicó una escala de Lickert como técnica de medición de la opinión a los profesores. La información obtenida por esta técnica, después de analizada por los investigadores, se sometió a un proceso de contrastación con especialistas y las valoraciones reportadas en la literatura.

Los resultados fueron los siguientes:

- En la actualidad la Histología ha utilizado nuevos recursos, la tecnología ha facilitado la obtención de bellas imágenes pero, en su quehacer diario es una disciplina eminentemente práctica y es necesario incrementar la actividad de los estudiantes, la observación y representación esquemática de las características microscópicas como se realizaba en otros cursos.
- Los estudiantes no han contado con el uso del microscopio óptico y diferentes preparaciones histológicas. Estas se han sustituido por imágenes virtuales, pero el dibujo sigue siendo una herramienta ampliamente recomendada como método de estudio.
- La representación esquemática que proporciona al alumno el desarrollo y reforzamiento de su memoria visual y la observación para realizar descripciones que mejoren el aprendizaje.
- Es responsabilidad de los docentes desarrollar estas habilidades en los estudiantes, por lo que desde la conferencia orientadora, además en las actividades prácticas, los profesores deben realizar demostraciones con el uso del pizarrón.

- Se deben orientar tareas docentes en las clases prácticas relacionadas con la representación esquemática que estimule la observación de los detalles esenciales referidos en la teoría y facilitar la asimilación, la comprensión, interiorizando los contenidos que deben se evaluados.
- Los profesores consideran que debe ser más empleado en las explicaciones realizadas en las conferencias, los dibujos y esquemas realizados por los docentes en el pizarrón, sin que eso deje a un lado las ventajas de las presentaciones elaboradas por los profesores en ppt con imágenes virtuales y resúmenes.
- Los profesores reconocieron la necesidad de incorporar en los programas de formación de la especialidad y en la preparación metodológica en el colectivo, actividades de superación como entrenamientos en cada asignatura para que se mejore la calidad y homogeneidad entre los docentes en sus dibujos.
- Incorporar en la medida de las posibilidades el empleo de láminas histológias en las clases prácticas y tareas docentes a realizar en las actividades de consolidación y evaluación.
- Orientar metodológicamente a los estudiantes sobre la observación y representación en dibujos de la estructura histológica, precisando las operaciones que forman parte del desarrollo de estas habilidades, destacándolas diferencia entre señalar solamente y representar, donde debe existir correspondencia de la teoría con la representación que e realice. Precisar los pasos a realizar.
- Valorar en los momentos de actividades de formación de residentes, controles a clases, exámenes de Pase de Años y Estatales, lo progresos en la calidad del uso de este recurso en la enseñanza de la Histología.
- Implementar en la estrategia metodológica de la asignatura, la convergencia entre las ventajas de los procedimientos empleados en otros cursos con el empleo del microscopio y el afianzamiento de las TIC como tendencia novedosa, pero no única en la docencia de la Histología. No se debe renunciar a otras estrategias didácticas que posibilitan el desarrollo de aprendizajes comprensivos en los alumnos, como la observación al microscopio óptico,
- Es necesario que el docente seleccione las imágenes e incluso, en algunas oportunidades, las trasforme o cree otras nuevas.

Estas opiniones se clasificaron de acuerdo a la incidencia fundamental tenían, en tres variables: Metodológicas, vinculadas con la superación de los docentes y por infraestructura; las acciones propuestas estuvieron enfocadas a la solución de los dificultades con los recursos disponibles y las iniciativas del colectivo.

Acciones a desarrollar

- Incluir en las guías de las clases evaluadas tareas docentes donde el estudiante realice el dibujo de la lámina disponible, siempre que se cuente con el recursos de microscopio o a través de una imagen virtual seleccionada por el profesor por ser la más adecuada.

- Planificar ejercicios colectivos de lectura comentada y dibujo en el pizarrón por parte de estudiantes señalados, donde se vincule la representación que se realice con lo que se describe teóricamente en la lectura colectiva en la actividad docente. Es orientar tareas docentes en las clases prácticas relacionadas con la representación esquemática que estimule la observación de los detalles esenciales referidos en la teoría y facilitar la asimilación, la comprensión, interiorizando los contenidos. Ese ejercicio facilita la concentración y la aplicación de las ideas principales en el dibujo.
- Tener en cuenta en la evaluación de la actividad docente con estudiantes, la calidad de las representaciones de imágenes histológicas, estimulando el uso de colores y destacando los más destacados.
- Tener presente en las visitas a clases que se realicen a los docentes, el empleo del dibujo de imágenes histológicas por los profesores en sus explicaciones.
- Tener en cuenta en los seminarios y exámenes a residentes, el interés y la calidad del trabajo realizado con este objetivo.
- Proponer un programa de entrenamiento para los profesores del colectivo den la Asignatura de Cardiovascular, Respiratorio, Digestivo y Renal.
- Proponer a la dirección de posgrado el programa de entrenamiento realizado en dibujo histológico en la asignatura de Sistema Nervioso, Endocrino y Reproductor realizado el curso 2018-19 a los profesores del colectivo.

El dibujo histológico es un aliado en el proceso de enseñanza aprendizaje

“La realización de los dibujos en la enseñanza de los contenidos de Histología es importante como recurso visual por su papel en la construcción y transmisión de conocimientos” (Branda, y Cuenya, 2014). “Las imágenes se caracterizan además por sus funciones cognitivas, las imágenes son instrumentos de comunicación” (González, 2018). Los autores concuerdan que al tratarse de una forma de comunicación este tipo de imágenes acompañan, describen, aclaran, ilustran el trabajo escrito dentro del cual están incluidas.

El dibujo es una actividad antigua de la humanidad. El mundo que nos rodea desde la antigüedad llega a nosotros gracias a los sentidos. Observar una imagen es uno de los primeros pasos para introducirnos en el mundo del dibujo y comenzar a entender, opinar y disfrutar de lo que nos transmite.

Debe tomarse en cuenta que la esquematización es una vía para que el estudiante resuma aquellas características que resultan esenciales en la estructura del objeto de estudio y, por tanto, constituye una estrategia a seguirse en el aprendizaje de la estructura microscópica. Para Ramón y Cajal, eminente profesor-investigador en Histología: “el buen dibujo, como la buena preparación histológica, son pedazos de la realidad” (De Felipe, 2018)

La enseñanza de la Histología gira en torno al uso de la imagen como instrumento de comunicación, dado que ésta permite representar, comprender y organizar las estructuras que deben ser descriptas.

Las imágenes son elementos fundamentales en la enseñanza y el aprendizaje de la histología. Comprenden las ilustraciones científicas, esquemas, fotografías analógicas o digitales, microfotografías, etc.

La Histología es una disciplina visual y por lo tanto debe valerse constantemente de las imágenes para su enseñanza, su aprendizaje y su comunicación, según Anselmina (2018).

Es necesario que el docente seleccione las imágenes e incluso, en algunas oportunidades, las trasforme o cree otras nuevas.

En opinión de los autores, la imagen es un elemento central alrededor del cual se genera un ejercicio de lectura comprensiva y escritura descriptiva, coincidiendo con otros autores: Pomares, (2013); Anselmina, (2018) y Alonso (2019).

Con lo expuesto en el texto se pretende destacar que la lectura de imágenes y la representación gráfica son dos habilidades fundamentales para aprender histología. Dado que el manejo de estas prácticas, junto con la escritura descriptiva, son requeridas en las instancias de evaluación, es que se hace necesaria la enseñanza y el acompañamiento del estudiante a la hora de desarrollar las habilidades mencionadas de manera tal que pasen a formar parte de los contenidos a enseñar junto con aquellos que son específicos de la disciplina.

En el campo específico de la enseñanza y el aprendizaje de la histología, los materiales gráficos son un referente continuo para docentes y estudiantes.

Para aprender histología, como en otras asignaturas básicas -anatomía y embriología por ejemplo- los alumnos deben incorporar toda una nueva terminología que será la que utilizarán en el resto de la carrera y durante su vida profesional. La incorporación de la nueva nomenclatura se debe enseñar en forma paulatina pues las dificultades que se presentan en este aprendizaje son similares a las que suceden en el aprendizaje de un nuevo idioma (Zucolilli, 2012). Es necesario muchas veces desarrollar recursos memorísticos para incorporar la gran cantidad de nuevos términos y los autores consideran que las habilidades en la representación esquemática contribuye al logro de este fin.

CONCLUSIONES

Es criterio de los autores que el trabajo realizado aportó resultados que permitieron perfeccionar el trabajo metodológico del colectivo de Histología al valorar el empleo en uno de los recursos de la didáctica particular de la asignatura que influye en el mejoramiento de la calidad de la formación de los futuros egresados y a definir acciones con el fin de materializar este reto de la Educación Médica en la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas.

REFERENCIAS

Alonso M.; Milián, M.; Pichardo, D.; Betancourt, Sánchez, RM.; Amador A.; (2019) *Entrenamiento en dibujo de imágenes histológicas a profesores de la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas*. Curso 2017-18 Convención Inernacional Morfovirtual 2018 (p. 1-16) Recuperado; http://www.morfovirtual2018.sld.cu/index.php/morfovirtual/2018/director/submission/350 ISSN 2415-0282 (Consultado en agosto 2019).

Anselmino, C. (2018). La imagen en Histología. Puente hacia la comprensión y la apropiación de contenidos. *Trayectorias Universitarias*, *4*(6), 51-57. Recuperado a partir de https://revistas.unlp.edu.ar/TrayectoriasUniversitarias/article/view/5983ANselmino (Consultado en junio 2019)

Branda, J; Cuenya, A. (2014). *Comunicación Visual. Reflexión y práctica de la enseñanza*. Libros de cátedra. Edulp. Recuperado en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/35993/Documento_completo.pdf?sequence=1 (Consultado: 11/2/2017)

Cañizares, L.; Saraza, NL. (2013) *Posicionamiento didáctico para el desarrollo de habilidades intelectuales en las ciencias básicas biomédicas*. EDUMECENTRO Sep 29];3(3):[aprox. 5 p.]. Recuperado en: *http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/136* (Consultado en 2017)

Diaz, L.; Pandiella, S. (2007) Categorización de las ilustraciones presentes en libros de texto de Tecnología. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias* 6(2) 424-441. Recuperado en: http://reec.webs.uvigo.es (Consultado en julio 2019)

Fabro, AP (2018) *Aportes de los recursos tecnológicos para la enseñanza de ciencias morfológicas: una mirada convergente entre modelos innovadores y tradicionales*. Convención Internacional Morfovirtual 2018. Recuperado en: http:www.morfovirtual2018.sld.cu (Consultado 2018)

González NV.; Barbeito, G. (2015) *Taxonomía y funciones cognitivas de los materiales gráficos en los libros de texto de Histología*. Recuperado en: http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/37566 (Consultado el 12 febrero 2018.)

Migoya, A. (2014). *La ilustración científica como disciplina, planteamiento de una mirada y posibilidad de su enseñanza en la Universidad.* Trabajo Final Integrador. Especialización en Docencia Universitaria. UNLP Recuperado en: http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/46567. Consultado 11/2/2017 *(*Consultado en marzo 2019).

Pomares, EJ.; Iglesias, B.; Rodríguez, I. (2013) *Laminario virtual de histología: ¿por qué reconsidar su uso didáctico?* III Jornada de Educación Médica. Recuperado en http://www.edumedhabana2013.sld.cu/index.php/edumedhabana/2013/paper/viewFile/114/229 (Consultado en Julio 2019)

Valdés, J.; Arencibia, L.; Cruz, J.; Rivero, R.; González, M. (2005) Evaluación y desarrollo de habilidades lógico intelectuales en estudiantes de medicina. *Educ Med Super* [Internet]. 19(1): [aprox. 9 p.]. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es [Consultado en 5 Ago 2010]

Zucolilli, G. (2012). *El perfil y el desempeño académico de los estudiantes en los ciclos de las ciencias morfológicas veterinarias*. Trabajo Final Integrador. Especialización en Docencia Universitaria. UNLP. Recuperado en: http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/36077. (Consultado 11/2/2017)

PROPUESTA DE MODIFICACIONES AL TRATAMIENTO DEL CONTENIDO PUERICULTURA EN EL PLAN "D" DE MEDICINA

PROPOSAL OF MODIFICATIONS TO THE TREATMENT OF CHILDCARE CONTENT IN THE PLAN "D" OF MEDICINE

Ana Iris Prieto Peña (aprieto.mtz@infomed.sld.cu)

Meilyn Fernández Martori (fmeilyn.mtz@infomed.sld.cu)

Lisette Rodríguez Mesa (lisetterodriguez.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

La universidad debe formar con calidad y pertinencia social al futuro profesional pero, aún existen insuficiencias en la realización de la consulta de Puericultura por los estudiantes de sexto año de la carrera de Medicina. Objetivos: Valorar el tratamiento del contenido ¨Puericultura¨ en el Plan de Estudio "D" de la carrera de Medicina, y proponer modificaciones para elevar el desarrollo de las habilidades teórico-prácticas en los estudiantes. Se realizó una investigación de desarrollo en la Filial de Ciencias Médicas de Colón. Se utilizaron métodos: análisis y síntesis; inducción-deducción, e histórico-lógico, que garantizó la apreciación del beneficio de la puericultura en el proceso de evolución histórica de la Medicina en Cuba. Conclusión: El abordaje de la actividad práctica sobre el contenido Puericultura en el Plan de Estudio "D" de Medicina no garantiza una adquisición de habilidades suficientes. Concebir modificaciones en su tratamiento podría contribuir a enriquecer la adquisición de habilidades teórico-prácticas en los estudiantes para su desempeño como Médicos Integrales Básicos.

PALABRAS CLAVES: programa de estudio, puericultura, habilidades, desempeño

ABSTRACT

The university must train the professional future with quality and social relevance, but there are still inadequacies in conducting the Childcare consultation for students in the sixth year of the medical degree. Objectives: To assess the treatment of content ¨Puericultura¨ in the "D" Study Plan of the Medicine career, and propose modifications to increase the development of theoretical-practical skills in students. A development research was carried out in the Medical Sciences Branch of Colón, Empirical methods were used (analysis and synthesis), the theoretical methods (induction-deduction, and historical-logical, which guaranteed the appreciation of the benefit of childcare in the process of historical evolution of Medicine in Cuba. Conclusion: The approach to practical activity on the content of Childcare in the "D" Study Plan of Medicine does not guarantee the acquisition of sufficient skills, conceiving modifications in its treatment could contribute to enriching the acquisition of theoretical-practical skills in students for their performance as Basic Integral Doctors.

KEY WORDS: study program, childcare, skills, performance

INTRODUCCIÓN

La carrera de Medicina ha transitado en su proceso histórico desde el Plan de Estudios "A" hasta el "D". En ellos se observa una evolución satisfactoria en cuanto a la importancia concedida al desarrollo de habilidades para la formación integral de un

estudiante, capaz de resolver los problemas de salud de la comunidad donde sea ubicado una vez graduado como Médico General (Carreras, 2003). Las transformaciones realizadas abarcan, entre otras, la conformación de una disciplina principal integradora (DPI) durante todos los años de la carrera, con un enfoque sistémico del programa que forma parte del currículo base. El estudiante tiene un rol protagónico, ya que debe construir su conocimiento de forma independiente (Gómez, y otros, 2014) (Alemañy & Merino, 2017).

La atención a la salud del niño y el adolescente ha dejado de limitarse a la curación de las enfermedades que se presentan en estas edades, lo que constituye un enfoque integral de todos los factores biológicos, psicológicos y sociales que, aun antes del nacimiento, pueden determinar el bienestar en esta importante edad de la vida, e incluye los aspectos de educación y rehabilitación (Taureaux Díaz N, 2017) (Román Lafont Joaquín, 2017) (Grupo de Trabajo Nacional de Puericultura, 2017).

Se ha constatado desde hace varios cursos que, en la realización de ejercicios y exámenes prácticos de MGI a internos de la carrera de Medicina, aún persisten insuficiencias en la realización de la consulta de Puericultura. Entonces surge el siguiente problema científico: ¿Cómo elevar el desarrollo de las habilidades teórico-prácticas para la realización de la consulta de Puericultura por parte de los estudiantes de Medicina?

A partir de lo anteriormente declarado, las autoras se propusieron evaluar el tratamiento del contenido Puericultura en el Plan de Estudios “D” de la carrera de Medicina, y presentar algunas modificaciones para contribuir al desarrollo de las habilidades teórico-prácticas en los estudiantes.

Descripción de materiales y métodos

Se realizó una investigación de desarrollo en la Filial Universitaria de Ciencias Médicas de Colón, en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2018. A partir del método materialista dialéctico se emplearon métodos teóricos y empíricos para lograr el objetivo propuesto. Métodos empíricos: análisis documental, se revisaron los documentos rectores de los programas de las diferentes asignaturas de la disciplina de Medicina General Integral en el Plan de Estudios “D” de la carrera de Medicina (Carrera, 2015), orientaciones metodológicas de MGI como disciplina integradora, a fin de identificar si en ella se plasma el tema puericultura, así como el programa de la asignatura Pediatría. Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica, lo cual permitió obtener la información sobre esta temática en dichas disciplinas y profundizar en el tema.

Los métodos teóricos que se utilizaron fueron: inducción-deducción, como vía para arribar a conclusiones a partir de confrontar criterios y conceptos de diversos autores sobre el tema, que hizo posible deducir las consecuencias que puede traer para el profesional de la salud asumir el tema puericultura desde la disciplina MGI; así como histórico- lógico, el cual garantizó la apreciación del beneficio que representa la realización de la puericultura en el proceso de evolución histórica de la Medicina en Cuba.

Abordaje del contenido "puericultura" en las asignaturas de la Disciplina Medicina General en el Plan de Estudios "D".

- La Introducción a la MGI presenta objetivos generales sobre los Programas priorizados de la Revolución (Programa de Atención Materno- Infantil).
- En Promoción de Salud se trataron elementos relacionados con la familia, el crecimiento, la alimentación y nutrición en las diferentes etapas de la vida.
- Prevención de salud desarrolló la prevención de accidentes, la inmunidad e Inmunizaciones, así como la funcionalidad de la familia, que constituyen elementos a tener en cuenta en la consulta de Puericultura.
- En Medicina comunitaria se trataron las Actividades específicas de MGI, donde se abordó la dispensarisaciòn, y las edades pediátricas representan uno de los "Grupos especiales" a los que se hizo referencia.
- Se desarrolló un curso propio sobre Nutrición y otro sobre Inmunizaciones en el segundo año.
- En MGI, en el 5to año de la carrera se volvió a tratar el contenido Dispensarisaciòn, pero no hizo referencia en ninguno de sus objetivos a la realización de Puericultura. Estuvo dirigida fundamentalmente al manejo de pacientes con enfermedades trasmisibles y no trasmisibles, así como a la rehabilitación.
- Entre los temas que se propusieron en el internado rotatorio para seminarios de actualización en la asignatura de MGI estuvo el Crecimiento y desarrollo, el resto de los temas no se relacionan con la Puericultura. Los objetivos generales educativos e instructivos del internado fueron iguales a los declarados en el modelo del profesional. No se programaron nuevos contenidos, son los mismos de las disciplinas y asignaturas cursadas en la carrera, pero se insiste en la actualización y profundidad, determinados por los problemas de salud que debe resolver el Médico General.

La evaluación se concibió en todos los programas a través de las evaluaciones frecuentes en las actividades académicas colectivas y la ET, y la evaluación final teórico-práctica. (García Milián, Alonso Carbone, López Puig, León Cabrera, Segredo Pérez, & Calvo Barbado, 2015) (Pernas Gómez, Garí Calzada, Arencibia Flores, Rivera Michelena, & Nogueira Sotolongo, 2012) (Santelices, Williams, Soto, & Dougnac, 2015) (Gálvez Gómez, Sierra Figueredo, & Vicedo Tomey, 2015).

Aspectos del abordaje al contenido "puericultura" en la asignatura Pediatría en el Plan de Estudios "D".

- Se planificaron dos temas para la APS: Temas generales y Nutrición (80 horas de las 540 horas del Programa)
- Se plantea un objetivo más específico sobre la Puericultura, pero a un nivel de asimilación del contenido de familiarización (Identificar las acciones que deben desarrollarse en una consulta de Puericultura), a desarrollar en un estudio independiente de dos horas.

- Estos dos primeros temas no se consideraron para ser evaluados en Trabajo de Control Parcial.
- El examen práctico final de la asignatura se determinó realizarlo en el Hospital al 100% de los estudiantes, con pacientes ingresados.
- La habilidad para realizar la consulta de Puericultura no se estimó evaluarla en examen práctico final, solamente algunos de los conocimientos teóricos, pues el examen se centraba fundamentalmente en niños enfermos.
- La realización de la consulta de Puericultura no se estableció en la Tarjeta de habilidades.
- De las 32 horas de ET, se restaron las 12 horas de guardia, pues esta actividad se indicó realizarla en la atención secundaria.

Las autoras son del criterio de que no se intenciona la integración de estos contenidos en la consulta de puericultura, dado el hecho de que no se incluyen objetivos a un nivel de asimilación del conocimiento productivo, donde el estudiante tenga que evaluar, resolver problemas, establecer conductas, etc. Como este tipo de consulta no es objeto de evaluación parcial ni final, ni siquiera se establece en la Tarjeta de habilidades, no se controla si el estudiante adquirió los conocimientos necesarios. Esta situación hace ineludible la intencionalidad del proceso, donde la evaluación y el control sean elementos indispensables para la retroalimentación del cumplimiento de los objetivos planteados.

Durante el Internado el estudiante debe poner en práctica, a un nivel superior, los principios de la medicina como ciencia socio biológica y convertir informaciones y habilidades adquiridas en modos profesionales de actuación. Teniendo en cuenta que el programa establecía una propuesta de temas para seminarios integradores, y que esta podría ser modificada según las necesidades identificadas, se tendría la posibilidad de agregar el contenido Puericultura. Todas las actividades lectivas que realiza el interno son evaluativas, y se espera de él una preparación sólida con conocimientos y habilidades que necesitará para ser egresado de las Ciencias Médicas. (Gálvez Gómez, Sierra Figueredo, & Vicedo Tomey, 2015).

Para el logro de dichos propósitos es innegable la importancia de la educación en el trabajo (ET). Esta constituye una eficiente forma de organización de la enseñanza, a partir de la formación de habilidades, reforzamiento de valores, además de la transmisión de métodos avanzados en el desarrollo de los rasgos que conforman la personalidad médica en nuestra sociedad socialista. El estudiante aprende trabajando en el servicio, y al desarrollar los métodos profesionales, educacionales e investigativos, interactúa con el medio para resolver un problema de salud, lo cual es el motor impulsor del aprendizaje. De tal forma se contribuye con la consolidación de temáticas relacionadas con la puericultura y su actuación desde la APS. (Grupo de Trabajo Nacional de Puericultura, 2017).

Las autoras son de la opinión de que los estudiantes adolecen de una integración práctica de los contenidos teóricos al llegar al internado. La consulta de Puericultura cuenta con siete componentes: la Entrevista, que incluye particularidades a tomar en consideración en dependencia de la edad del niño o adolescente, así como lo ocurrido

entre el control anterior y el actual; el Examen Físico de acuerdo a la edad y procedimientos de pesquisa de problemas de salud frecuentes en las edades tempranas de la vida; la evaluación del crecimiento y desarrollo que incluye el nivel y canalización de los indicadores antropométricos básicos, la valoración de la madurez sexual de los adolescentes y la detección a edades clave de signos anormales del desarrollo psicomotor. Otro componente es la Evaluación del funcionamiento familiar, donde se trata de identificar problemas reales y potenciales en el ajuste psicosocial de la familia, con vistas a prevenir disfunciones que afecten el desarrollo del paciente pediátrico. El diagnóstico debe ser biopsicosocial, e incluye no sólo la situación de salud y del desarrollo, sino también la valoración del contexto familiar. También se incluyen dentro de los componentes de la Puericultura las Guías anticipatorias y consejos, para orientar a los padres sobre cómo actuar ante situaciones posibles a presentarse en el periodo que resta hasta el próximo control, y por último, en las Indicaciones, se incluye información sobre la alimentación, inmunizaciones, normas de higiene, estimulación del desarrollo psicomotor, alguna medicación específica que necesite y fecha de próximo control.

Un número importante de estudiantes no desarrollan todos los componentes de la Puericultura, como por ejemplo el funcionamiento familiar para poder expresar un diagnóstico biopsicosocial, o hacer un comentario clínico sobre la curva de crecimiento y desarrollo, sin tener en cuenta solamente las tablas de indicadores antropométricos. La evaluación del desarrollo psicomotor y del lenguaje tiene dificultades después del primer año de vida. La consulta al adolescente carece de elementos indispensables en esta etapa como son la educación nutricional, hábitos tóxicos como el tabaquismo y alcoholismo, que cada vez es más corta la edad en que aparecen, infecciones de transmisión sexual, el embarazo en la adolescencia y la evaluación de los padres sobre la salud del adolescente desde el último control.

Las autoras consideran que en el 5to año de la carrera, en la asignatura MGI, sería además un buen momento para considerar la realización de la puericultura dentro de las habilidades que le corresponden al educando cumplimentar, específicamente en el tema I que aborda lo relacionado con las Actividades específicas de MGI, como la forma integradora de aplicar la teoría estudiada.

En un estudio realizado sobre la calidad de la consulta de Puericultura en escolares realizada por médicos de la atención primaria de salud, por del Prado de la Torre y otros en Santiago de Cuba, se encontró que la competencia fue adecuada en todos los médicos evaluados, pero el desempeño profesional inadecuado en 27,7 %, por lo cual se recomendó elaborar estrategias de intervención para optimizar este último. (del Prado de la Torre, Salvador Álvarez, de los Reyes Losada, & Cartaya Ortiz, 2011)

En Brasil, el Ministerio de la Salud estableció en 2004, acciones estratégicas con el objetivo de reducir la mortalidad infantil. Entre estas acciones está la vigilancia del desarrollo infantil, cuya práctica se encontraba por debajo de lo esperado, teniendo en cuenta la falta de preparación de los enfermeros para la realización de este seguimiento (no se realiza por parte del médico como en Cuba). Se realizó un estudio con el objetivo de evaluar la eficacia de una acción educativa en vigilancia del desarrollo infantil, por los enfermeros que trabajan en la atención primaria de salud. Los enfermeros mostraron gran interés en participar en esta actividad, alegando insuficiencia de

conocimientos sobre el desarrollo infantil y reconociendo su importancia para la mejora de la calidad de la atención a los niños. (Pereira da Silva Reichert A, 2015)

Similar comportamiento se observó en un estudio con 192 pediatras en Gujarat - India, donde el 92% expresaron su interés en recibir capacitación para la evaluación del desarrollo infantil, alegando poco conocimiento sobre temas relativos al desarrollo. (Martins de Souza J, 2015)

Existen contenidos de gran importancia a tener en cuenta en la puericultura del adolescente, como son los hábitos tóxicos, el embarazo en la adolescencia y las infecciones de trasmisión sexual. Varios autores, cubanos y de otros países, se han referido a la necesidad de conocimientos de profesionales de la salud para abordar la educación para la salud en este sentido. (Barbaro MC, 2014) (Luisa, 2008).

Es cierto que no contamos actualmente con tutores categorizados en el 100% de los consultorios de los policlínicos docentes, y este es un tópico a tratar fundamentalmente en la ET. La preparación adecuada de los tutores y su capacitación frecuente y actualizada debe ser organizada y seguida muy de cerca por el personal que atiende la actividad docente, (Díaz Pita, Arteaga Prado, González Fernández, Palacios Díaz, & Gener Arencibia, 2016) pero ese sería otro tema a tratar en próximas investigaciones. Consideramos que no se han explotado todas las potencialidades que brinda el Consultorio Médico de Familia en la realización de la puericultura. No obstante, también pensamos que no ha sido suficiente el abordaje de este tema en el Plan de estudio “D”, por lo que se proponen una serie de modificaciones que redundarían en un aumento del desarrollo de las habilidades teórico- prácticas en los estudiantes.

Propuesta de modificaciones

En la asignatura Pediatría concebir objetivos instructivos de tercer nivel de asimilación del contenido (producción), referentes a la realización de la puericultura en los temas 1 y 2, con habilidades a desarrollar como valorar, realizar, resolver problemas, establecer conductas, adoptar decisiones, entre otras.

En la asignatura Pediatría agregar un Trabajo de Control Parcial (TCP) que abarque los temas 1 y 2, teniendo en cuenta que los estudiantes rotan en APS sólo las dos primeras semanas, y el resto de la rotación es hospitalaria. Esta evaluación sería preferentemente práctica, con la realización de una consulta de Puericultura como forma integradora de los contenidos estudiados.

Agregar en la tarjeta de habilidades de los estudiantes de 4to año de Medicina en la asignatura de Pediatría la habilidad: Realizar consulta de puericultura en las diferentes etapas de la vida, para evaluar el desarrollo del estudiante en el logro de este objetivo.

Definir que un porciento determinado de los estudiantes en la rotación de Pediatría realicen el examen práctico final en la APS con la consiguiente realización de una consulta de Puericultura.

Incluir entre los temas de la rotación de MGI de 5to año, específicamente entre los contenidos del tema 1: Actividades específicas de MGI, el contenido Puericultura, y que este sea una de las habilidades a evaluar en el examen práctico final.

CONCLUSIONES

El abordaje de la actividad práctica sobre el tema Puericultura planificado en el Plan de Estudio “D” de la carrera de Medicina no garantiza una adquisición de habilidades suficientes. Concebir modificaciones en cuanto al tratamiento de esta temática podría contribuir a enriquecer la adquisición de habilidades teórico-prácticas en los estudiantes para su desempeño como Médicos Integrales Básicos.

REFERENCIAS

Alemañy, M. A., & Merino, M. S. (2017). El plan D de la carrera de Medicina, un reto para las universidades médicas cubanas. *Revista médica electrónica*.

Alonso RM, R. A. (2014). Necesidades de conocimientos de profesionales de la salud sobre la atención a la gestante y madre adolescente. *Rev Cub de Medicina General Integral*, 185-197.

Barbaro MC, L. A. (2014). Asistencia prenatal a la adolescente y los atributos de la Atención Primaria de Salud. *Rev. Latino-Am*.

Carrera, C. N. (2015). *Plan de estudio D carrera de Medicina.* La Habana.

Carreras, C. N. (2003). *Documento Base para la elaboración de los Planes de estudios "D".* La Habana.

Del Prado, L., Salvador Álvarez, M., de los Reyes Losada, A., & Cartaya Ortiz, E. (2011). Calidad de la consulta de Puericultura en escolares. *MEDISAN*, 780-788.

Díaz, G., Arteaga, Y., González, E., Palacios, J., & Gener, N. (2016). Propuesta para incorporar temas de envejecimiento al programa de estudio de la disciplina Medicina General Integral. *Rev Ciencias Medicas de Pinar del Río*.

Gálvez, L., Sierra, S., & Vicedo, A. y. (2015). Efectividad del currículo de la carrera de medicina. *Revista habanera de ciencias médicas*, 663-680.

García, A., Alonso, L., López, P., León, P., Segredo, A., & Calvo, D. (2015). Propuesta metodológica para el análisis crítico a un programa de estudio. *Educación Médica Superior*, 292-303.

Gómez, M. P., Díaz, N. T., Figueredo, S. S., Cobelo, J. M., Aguilera, E. M., Sacasas, J. Á., y otros. (2014). Principales retos para la implantación del Plan de estudio D en la carrera de Medicina. *Educación Médica Superior*, 335-346.

Grupo de Trabajo Nacional de Puericultura, M. (2017). *Consulta de Puericultura.* La Habana.

Luisa, S. B. (2008). Cartilla de Puericultura de la Sociedad Chilena de Pediatria. *Rev Chilena de Pediatría*, 85-89.

Martins J, R. V. (2015). Desarrollo infantil: análisis de un nuevo concepto. *Rev. Latino-Am*, 1097-104.

Pereira da Silva A, C. N. (2015). Vigilancia del desarrollo infantil: estudio de intervención con Enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia. *Re. Latino-Am. Enfermagem*, 954-962.

Pernas, M., Garí, M., Arencibia, L., Rivera, N., & Nogueira, M. (2012). Consideraciones sobre las ciencias básicas biomédicas y el aprendizaje de la clínica en el perfeccionamiento curricular de la carrera de Medicina en Cuba. *Educación Médica Superior*, 307-325.

Román, Á. V. (2017). Historia de la Puericultura en Cuba. *Revista cubana de Pediatría*.

Santelices, L., Williams, C., Soto, M., & Dougnac, A. (2015). Evaluación de un programa de perfeccionamiento docente implementado en la Facultad de Medicina de la Universidad Finis Terrae. *Revista médica de Chile*, 1152-1161.

Taureaux N, M. A. (2017). El perfeccionamiento de la disciplina principal integradora en el plan de estudio de la carrera de medicina. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.

REQUERIMIENTOS METODOLÓGICOS PARA EMPLEAR RECURSOS TECNOLÓGICOS EN LAS CLASES DE FÍSICA DE LAS CARRERAS TÉCNICAS DE LA SALUD

METHODOLOGICAL REQUIREMENTS FOR THE USE OF TECHNOLOGICAL RESOURCES IN THE LESSONS OF PHYSICS FOR THE HEALTH TECHNICAL MAJORS

Alexander Torres Hernández (alexthpssc@gmail.com)

Magdelin Rojas Rosales (magdelin.rr@mtz.sld.cu)

Juan Jesús Mondéjar Rodríguez (juan.mondejar@umcc.cu)

RESUMEN

Se presentan varias recomendaciones metodológicas para implementar los recursos tecnológicos, llamados también herramientas informáticas, en las clases de Física que se imparten en las carreras técnicas de la salud en Cuba. Esta propuesta fue aplicada en la Educación Media Superior y en la carrera de Ingeniería Mecánica en la Universidad de Matanzas con resultados satisfactorios. El objetivo de este material es proponer una serie de recomendaciones metodológicas para la actuación metodológica de los profesores de Física que emplean los recursos tecnológicos para impartir los conocimientos físicos en las clases de las carreras técnicas de la salud. Se emplearon métodos teóricos como el análisis-síntesis e inducción-deducción. Dentro de los empíricos el análisis de documentos y observación a clases. Se muestra un breve ejemplo de aplicación de estas para la enseñanza del efecto fotoeléctrico.

PALABRAS CLAVES: Enseñanza de la física; recursos tecnológicos; lenguaje científico-tecnológico.

ABSTRACT

This article shows a set of methodological recommendations for the use of technological resources, also called informatic tools, in the Physics lessons delivered in the majors in Health Technology in Cuba. This proposal was applied in the Pre-university teaching and in the major in Mechanical Engineering in the University of Matanzas with remarkable results. The objective of this material is to propose a set of methodological recommendations for the methodological performance the professors of Physics who use the technological resourses, in order to teach the knowledge of Physics during the lessons for the majors in Health Technology. Theoritical methods were applied as analysis-synthesis and inducction-deduction. The empirical methods were document analysis and class observation. A brief example of their application is showed for the teaching of the Photoelectric Effect.

KEY WORDS: Teaching of physics; techonological resources; scientific and technological language.

INTRODUCCIÓN

La formación de tecnólogos de la salud en Cuba, se direcciona hacia la preparación de profesionales capaces de realizar tareas asistenciales para la atención de la salud de los pacientes y al mismo tiempo para la investigación y la docencia. Para ello deben tener una sólida formación básica que les permita solucionar los problemas profesionales de la profesión.

Para el logro de esta formación básica se necesitan varias disciplinas y una de las que contribuye a este proceso es la de Física. Esta disciplina tiene un estrecho vínculo con el desempeño de los futuros egresados de las tecnologías de la salud, porque desde su estudio durante el desarrollo de las actividades docentes, se explican, modelan, caracterizan y analizan fenómenos de la Física que están presentes en el objeto de la profesión.

Uno de los aspectos que se establecen en los programas de Física, es el empleo de las herramientas informáticas para impartir la docencia, lo cual repercute en el proceso de enseñanza-aprendizaje, en tanto que exige la aplicación de métodos de enseñanza que favorezcan la participación activa de los estudiantes y en el que el proceso comunicativo se configure como un elemento dinamizador para el aprendizaje de los contenidos de la ciencia y la tecnología que se imparten durante la clase.

Desde la Tecnología Educativa y la Didáctica de la Física se han elaborado varias herramientas informáticas para la enseñanza de la Física. Estas permiten la simulación y modelación de fenómenos físicos mediante la recogida de datos, tabulación, gráficas e inserción de sensores que permiten vincular lo virtual y lo real. Este tipo de tecnologías conocido como recursos tecnológicos aplicados a la educación, favorece la visualización y el análisis de diversos conocimientos físicos.

El uso de recursos tecnológicos favorece la eficiencia y la eficacia de los métodos de enseñanza. Esta afirmación se sustenta en varias investigaciones didácticas (A Rosado, A Flores, & C Flores, 2016), (Jahnke, Bergstrom, Mårell-Olsson, Hall , & Kumar, 2017), (López Paredes, Moncayo Robinson, & Soria Carrillo, 2017) que revelan resultados positivos en los aprendizajes de los estudiantes de la Educación Superior al interactuar con estos recursos o al ser empleados por los docentes en las clases.

Algunas investigaciones relacionadas con la implementación de los recursos tecnológicos, sobredimensionan las potencialidades de estos, por ejemplo se señala que “las TIC entran a jugar un papel fundamental en la educación como puentes cognitivos” (Estiwar Gómez, 2016, pág. 123), sin embargo olvida que estas son recursos tecnológicos o tecnologías aplicadas a la educación, que son útiles, pero en opinión de los autores, no constituyen el elemento principal para la apropiación del conocimiento por parte de los estudiantes. Es imprescindible la metodología, la participación activa de cada uno de los sujetos del proceso de enseñanza-aprendizaje mediante el desarrollo adecuado de la comunicación. En relación a esta idea Herrán & Fortunato, 2017 apuntan que “las TIC son una clase de recursos, y los recursos son posibilidades que responden al ‘con qué’ de la enseñanza” (Herrán & Fortunato, 2017,p. 311-312).

Herrán y Paredes señalaron que “a su vez los cómos se estructuran en principios didácticos. Es al conjunto compuesto por principios, métodos, técnicas y recursos lo

que puede considerarse la metodología didáctica. Los recursos sin metodología (…) no tienen utilidad a medio o largo plazo" (Herrán & Fortunato, 2017, p. 312)

Estos referentes cobran importancia si se toma en cuenta la necesidad de atender, desde lo metodológico, la implementación de los referidos recursos tecnológicos que se utilizan en las clases de Física, dado que estos generan diversos textos en forma de signos propios de las ciencias Físicas, Matemáticas y la tecnología, para el estudio de fenómenos físicos y no siempre son comprendidos por los estudiantes.

El lenguaje que utilizan profesores y estudiantes en las clases de Física en las que se emplean los recursos tecnológicos, se modifica en los actos de habla como resultado de la interrelación entre los signos físicos, matemáticos y tecnológicos que forman parte de los textos de diferentes significados que se generan con los recursos tecnológicos. Es por ello que se considera que este tipo de lenguaje tiene un carácter científico-tecnológico, lo que trae consigo que no siempre todos los estudiantes alcancen una adecuada comprensión de este según Torres (2016).

Por otro lado, el incremento de textos de diferentes significados generados por los recursos tecnológicos en las clases de Física, modifica las relaciones comunicativas entre los profesores y estudiantes, aspecto que coincide con una investigación de Pérez (2011), en la que muestra cómo esta situación se refleja en la educación superior. El citado autor señaló que: "en los procesos formativos se evidencia la irrupción de una nueva arquitectura comunicacional signada por la interactividad y la integración de símbolos de diferente naturaleza sensorial y documental, de los que resultan complejas construcciones textuales" (Pérez, 2011, p.1); además afirma que:

> (…) no es suficiente para el discente poseer las habilidades de operación de las tecnologías de la información, sino que se precisa de la incorporación de nuevos saberes, referidos a cómo secuenciar e interactuar racionalmente con los contenidos mediáticos para apropiarse de la información didáctica" (Pérez, 2011, p.23).

Los profesores de Física cuentan con varios recursos tecnológicos que pueden ser utilizados para impartir conocimientos físicos. Entre estos se encuentran varias simulaciones accesibles como los tracker, software como el VIRTINS Multi-instruments, el sistema inteligente de exploración digital (IDES), Modellus, Física interactiva, Electronics Workbench, Proteus, FisMat, entre otros.

Sin embargo, el uso de estos recursos tecnológicos no garantiza el aprendizaje de los conocimientos por parte de los estudiantes. Para ello se debe tomar en cuenta que no siempre todos los estudiantes comprenden los textos de diferentes significados que se generan con estos recursos, de modo que el lenguaje científico-tecnológico que se manifiesta en los actos de habla entre estudiantes y profesores debe ser un elemento que se direccione desde la preparación metodológica de los docentes, dado a las funciones noética, semiótica y mediadora de este tipo de lenguaje en el proceso comunicativo que se establece durante la actividad docente.

Aunque existe reconocimiento de las potencialidades didácticas que ofrece el empleo de los recursos tecnológicos en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la Física, las valoraciones de los controles a clases a docentes, revelan la necesidad de realizar un adecuado tratamiento metodológico del lenguaje científico-tecnológico y de perfeccionar

el modo de actuación de estos al emplear los recursos tecnológicos durante la impartición de los conocimientos físicos.

El objetivo de este material es proponer una serie de recomendaciones metodológicas para la actuación metodológica de los profesores de Física que emplean los recursos tecnológicos o llamados también herramientas infórmaticas para impartir los conocimientos físicos en las clases de las carreras técnicas de la salud.

Es necesario apuntar, que estas recomendaciones metodológicas fueron elaboradas por Torres (2016) y se han ido implementando en la Educación Preuniversitaria y en la carrera de Ingeniería Mécanica de la Universidad de Matanzas, sin embargo se ha modificado en la medida en que la práctica pedagógica muestra la necesidad de sus adecuaciones.

El nivel de generalidad de estas recomendaciones metodológicas permiten adecuarse al proceso de enseñanza-aprendizaje de la Física en las carreras de las Tecnologías de la Salud, en tanto que coinciden varios elementos del proceso, entre estos: las edades de los estudiantes son similares; las acciones están dirigidas a la interpretación científica de los textos de diferentes significados que se generan con los recursos tecnológicos; se toma en cuenta la participación activa de los estudiantes y el intercambio dialógico; así como la modificación del lenguaje que emplean estudiantes y profesores en los actos de habla durante la actividad docente y por ende la transformación del proceso comunicativo.

Se utilizaron los métodos teóricos de análisis-síntesis e inducción-deducción, los cuales permitieron realizar una valoración de los fundamentos teóricos esenciales para caracterizar el proceso de enseñanza-aprendizaje de la Física con el empleo de los recursos tecnológicos, así como para la adecuación de las recomendaciones metodológicas que se proponen.

Dentro de los empíricos se realizaron el análisis documental, entre estos los planes de clases para determinar como desde la concepción metodológica de las clases, los profesores toma en cuenta el tratamiento al lenguaje científico-tecnológico y al proceso comunicativo que se desarrolla cuando emplea los recursos tecnológicos. La observación a clases permitió establecer regularidades en los modos de actuación de estos docentes durante las clases de Física que emplean los referidos recursos.

Recomendaciones metodológicas para el empleo de los recursos tecnológicos en las clases de Física

Estos requerimientos metodológicos no precisan de un orden dogmático para el desarrollo de la actividad docente. Ellos no constituyen un procedimiento didáctico en el que se revelan acciones o pasos secuenciales a seguir para la utilización de los recursos tecnológicos, sino una guía para atender aspectos que, a criterio de los autores, son importantes para el desarrollo del proceso comunicativo mediante el lenguaje científico-tecnológico en las clases de Física, dado el incremento de textos de diferentes significados generados por los recursos tecnológicos.

Estas recomendaciones metodológicas para la actuación de los profesores se pueden concretar en las siguientes acciones:

- Se debe tomar en cuenta el diagnóstico de los estudiantes de manera integral, en el que se incluyen las reglas sociales de la comunidad y las familias a las que pertenecen los estudiantes. Lo cual resulta necesario para adecuar las diferentes situaciones comunicativas (que pudieran ocurrir durante las clases) a los propósitos formativos de la educación y potenciar actitudes de respeto y comprensión.
- Los profesores deben concebir desde su preparación metodológica y la planificación de las clases la manera en que se tratará el lenguaje científico-tecnológico y la lengua materna durante el desarrollo de estas, delimitando aquellos signos, códigos tanto sociales como de las ciencias y las tecnologías que serán empleados durante la clase y que son necesarios esclarecer, dado su coincidencia o no en sus significados, así como su aplicabilidad en una u otra asignatura. Este paso puede ser útil para encontrar nodos interdisciplinarios, en los que estos elementos del lenguaje científico-tecnológico y la lengua materna, se articulen para enseñar y aprender los conocimientos físicos que se imparten y de esta manera propiciar la comprensión, apropiación y socialización de estos.
- El profesor debe asegurarse del dominio del lenguaje técnico de los instrumentos y de la modelación que realizará para evitar un uso inadecuado de este, de manera que los estudiantes no se apropien de analogías inadecuadas al expresarse en relación a un conocimiento científico-tecnológico.
- El profesor aclara de manera dialógica, la utilidad de los recursos tecnológicos que emplea para el estudio del fenómeno físico y potencia esta idea con los estudiantes especificando cómo en la actualidad se realizan muchos estudios mediante la simulación de fenómenos físicos.
- Durante toda la clase la actitud del profesor y el volumen de su voz deben favorecer la empatía, comprensión, la confianza con sus estudiantes, así como entre ellos mismos.
- El profesor debe esclarecer las relaciones entre los significados e interpretaciones de los signos de las ciencias y las tecnologías que se manifiestan durante la clase, al destacar la interpretación de la ciencia y la tecnología sobre la explicación del fenómeno físico que se estudie. En este punto se debe potenciar el lenguaje científico-tecnológico. Por ejemplo, la relación entre la modelación de la ecuación matemática que expresa al fenómeno y las gráficas que lo representan en la interfaz de la computadora, así como los signos que representan a las magnitudes, además de la relación que existe entre los datos obtenidos mediante el empleo de los instrumentos de medición conectados a la computadora y la interpretación de las gráficas, así como la ecuación fundamental que explica el fenómeno. Estas acciones favorecen la interpretación de las gráficas, imágenes, tablas, simulaciones en la interfaz de la computadora empleando los datos que se introducen para su modelación. En el momento en que se desarrolla la actividad experimental y la modelación del fenómeno mediante la interfaz de la computadora, el intercambio del profesor con los estudiantes debe ser con un adecuado lenguaje científico-tecnológico.

- El profesor debe realizar preguntas relacionadas con la interpretación científica de los signos que se visualizan en el recurso tecnológico o herramienta informática y aclarar cualquier interpretación incorrecta del significado que tiene cada signo.
- El profesor debe utilizar el lenguaje científico-tecnológico como parte de su actuación comunicativa en la explicación del fenómeno físico en cuestión. Por tanto la interacción con los recursos tecnológicos durante este proceso es esencial como vínculo en la actividad docente, que permite reflejar no solo la utilidad de estos, sino la relación existente entre la ciencia y la tecnología como procesos sociales que el profesor puede potenciar a partir de la intencionalidad pedagógica con la que se aborde el desarrollo científico-tecnológico para solucionar los problemas a los que se enfrenta la humanidad o conocer el mundo que nos rodea, lo cual responde a uno de los propósitos de la asignatura en relación a formar una concepción científica del mundo desde una perspectiva dialéctica materialista.
- En el caso particular, en el que los estudiantes interactúan con los programas informáticos e introducen datos para la modelación de fenómenos físicos para encontrar, deducir, o comprobar ecuaciones matemáticas que expresan una ley Física, se debe propiciar la información referida al significado de los textos de diferentes significados, aludiendo al significado de los signos que estén presentes de las ciencias Física, Matemática y la Tecnología, lo cual responde a su utilidad para comprender y aprender el conocimiento físico. De manera que es necesario emplear un adecuado lenguaje científico-tecnológico para explicar, intercambiar opiniones, trabajar en colectivo, para contribuir a socializar el conocimiento entre los estudiantes. Otra situación puede ser la utilización de un medio audiovisual como apoyo a la clase. De igual manera se debe esclarecer el significado e interpretación que le han otorgado las ciencias y las tecnologías a la diversidad de textos que se generan con estos recursos para estudiar los fenémnos físicos.
- El profesor, al concluir la actividad docente debe propiciar la reflexión sobre las ideas más importantes aprendidas por los estudiantes y evaluar el desempeño académico y educativo. Además de reconocer el buen trabajo de los más destacados y estimular al resto para lograr mejores resultados.

Ejemplo

En este ejemplo no se especifica la clase, ni el tema porque puede variar en dependencia de la carrera en la que se imparte y de los conocimientos que se desarrollan en una clase en particular, que no siempre son los mismos. Por ello solo se modela uno de los contendios que pueden ser parte de una de las conferencias y en el que el empleo de los recursos tecnológicos o herramientas informáticas puede ser empleado. Siendo así, en ninguna de las conferencias se trata solo el contenido que se muestra, sino que se abordan otros que al mismo tiempo pueden ser tratados con estos recursos.

Tipo de Clase: Conferencia

Temática: Efecto fotoeléctrico

Objetivo: Explicar el efecto fotoeléctrico evidenciando su aplicación práctica en la industria, en la protección del medio ambiente y en la salud.

Método: Elaboración conjunta.

Nivel de partida.

Los alumnos conocen de la educación preuniversitaria:

- Ley de Stefan-Boltzmann.
- Fórmula de Planck.
- Efecto fotoeléctrico externo.
- Circuitos de corriente directa y alterna.
- Ondas Electromagnéticas.

Condiciones necesarias.

Los alumnos disponen del libro de texto básico y los complementarios. Se les brinda a los estudiantes el recurso tecnológico que se empleará en la clase. Además se utiliza una Laptop conectada a un televisor o a un videobim que permita visualizar la simulación del fenómeno físico que se modela en el recurso tecnológico específico.

Para el fenómeno fotoeléctrico existen muchos applets que pueden ser utilizados. El docente escogerá, el que estime conveniente de acuerdo a los criterios que tenga sobre la efectividad del mismo para simular de manera didáctica el conocimiento. Es por ello que no se especifica ningún applet en este ejemplo.

Actividad 1.

Se puede mostrar lo conocido por los estudiantes hasta ese momento del curso de Física recibido y las limitaciones que tienen esos conocimientos para explicar los fenómenos que se estudiarán en la clase. Por ejemplo: la emisión y absorción de la radiación electromagnética, el efecto fotoeléctrico, la cuantización de la energía. Esto permitiría ir mostrando la fisura epistemológica y la necesidad de continuar profundizando en nuevos conocimientos.

Se debe realizar la orientación hacia el objetivo de la clase.

Para el momento en que se desarrolle el efecto fotoeléctrico, el profesor puede emplear como medio de enseñanza los recursos tecnológicos, los cuales pueden contribuir a la comprensión de los conocimientos. Para ello se propone la ejecución de los requerimientos metodológicos que se han descrito anteriormente.

Actividad 2

Para ninguno de nosostros es nuevo el uso de la energía solar como fuente de energía eléctrica y como sabemos, la explicación de este fenómeno la podemos encontrar en la teoría fotónica de la luz de Albert Einstein. Primero recordemos que los fenómenos que ocurren debido a la absorción de la luz por las sustancias, se conocen como fotoefectos, entre ellos, la fotoluminiscencia, la fotoionización, fotoquímicos y los

fotoeléctricos. Este último fue descrito inicialmente por Hertz en 1887 y explicado por Einstein en 1905, por lo cual se le otorgó el premio nobel de Física en 1921.

Analicemos el fenómeno fotoeléctrico mediante tres experimentos que se pueden modelar mediante Applets. Aquí el profesor debe accionar el simulador para comenzar la explicación.

Modo de actuación del profesor

- El profesor aclara de manera dialógica, la utilidad de los recursos tecnológicos que emplea para el estudio del fenómeno físico y potencia esta idea con los estudiantes especificando cómo en la actualidad se realizan muchos estudios mediante la simulación de fenómenos físicos.
- Durante toda la clase la actitud del profesor, así como el volumen de su voz deben favorecer la empatía, comprensión, la confianza con los estudiantes y entre estos.
- El profesor esclarece las relaciones entre los significados e interpretaciones de los signos de las ciencias y la tecnología que se manifiestan durante la clase, así como la interpretación que asumen la ciencia y la tecnología sobre la explicación del efecto fotoeléctrico.
- Por ejemplo describe y esclarece cada signo de la simulación, entre estos, el circuito de corriente directa que tiene: conductores de corriente, un voltímetro, amperímetro, cátodo, ánodo, fuente de fem, íconos para representar frecuencia e intensidad de la luz, de corriente, voltaje, tipo de sustancias empleadas y las gráficas que se obtienen de cada experimento. Se debe aclarar el comportamiento de cada una de las magnitudes en el momento en que cambian los valores y sus consecuencias para el estudio que se realiza y qué significado e interpretación tienen la ciencia y la tecnología de estas modificaciones para la explicación del fenómeno físico y además cómo se relacionan con la ecuación matemática principal que expresa al fenómeno. Debe propiciarse la participación de los estudiantes realizando preguntas sobre lo que se observa y su significado físico. Esta interación es muy importante porque permite a los estudiantes expresar sus ideas en relación al contenido que están aprendiendo y le exige el uso de un lenguaje científico-tecnológico.

  También se pueden especificar los signos que representan a las diferentes magnitudes, entre estas: la Energía del Fotón (E), frecuencia de la luz (f) aclarando la de umbral o de corte (f_c), Intensidad luminosa (I), función de trabajo o trabajo de extracción $(w \text{ ó } \phi)$, longitud de onda umbral o de corte (λ_c), voltaje umbral o de corte o potencial umbral o de corte (v_c), la constante de Planck (h), así como la representación de estos signos en la interfaz del experimento en la computadora; que se asocian a los valores de los datos que se modifican manualmente en el simulador computacional del fenómeno, lo que permite realizar un análisis de este mediante la imagen en movimiento que se representa y posibilita modelar los tres experimentos básicos para comprender las condiciones del efecto fotoeléctrico externo. Se debe aclarar el comportamiento de cada una de las magnitudes en el momento en que cambian los valores y sus consecuencias para el estudio que se realiza y qué significado e interpretación tienen la ciencia y la tecnología de estas

modificaciones para la explicación del fenómeno físico y además cómo se relacionan con la ecuación matemática principal que expresa al fenómeno.

En este caso el fenómeno consiste en la emisión de electrones cuando inciden fotones de una luz sobre una superficie. Los electrones liberados absorben la radiación incidente y entonces pueden vencer la atracción de las cargas positivas. Este fenómeno se explica por las llamadas leyes empíricas del efecto fotoeléctrico.

Este modo de actuación de los profesores tiene implícitas todas las recomendaciones metodológicas propuestas, desde la preparación de la actividad docente y desde la concepción de favorecer el empleo de los recursos tecnológicos.

CONCLUSIONES

El tratamiento metodológico de los textos de diferentes significados generados con recursos tecnológicos con énfasis en el lenguaje científico-tecnológico en las clases de Física, constituye uno de los aspectos que favorece el adecuado desarrollo del proceso comunicativo, en tanto que se direcciona hacia los actos del habla en los cuales el lenguaje es su componente mediador esencial y de esta forma se contribuye a la comprensión de los conocimientos físicos por parte de los estudiantes.

Aunque los datos recogidos (mediante varios instrumentos elaborados) de la aplicación de los requerimientos metodológicos en la Educación Preuniversitaria y en la carrera de Ingeniería Mecánica en la Universidad de Matanzas muestran resultados satisfactorios, es necesario evaluar esta propuesta mediante métodos científicos para comprobar su validez para implementarlas en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la Física en las carreras de Tecnologías de la Salud.

REFERENCIAS

A Rosado, K., A Flores, F., & C Flores, B. (2016). *Las historias digitales aplicadas en el aprendizaje de la ecuaciones del movimiento rectilíneo en una dimensión. Latin American Journal Physics, 10*(1), 1405-1, 1405-5.

De la Herrán, A., & Fortunato, I. (2017). *La clave de la educación no está en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación* (TIC). *Acta Scientiarum, 39*(3), 311-317. doi:10.4025/actascieduc.v39i3.33008

Estiwar, J. (2016). Las TIC como puente cognitivo en el triángulo didáctico. *Revista de investigación Miradas*(14), 122-131.

Jahnke, I., Bergstrom, P., Mårell-Olsson, E., Hall , L., & Kumar, S. (2017). Digital *Didactical Designs as research framework: iPad integration in Nordic schools. Computers & Education, 113*, 1-15.

López, S., Moncayo, A. M., & Soria, M. R. (2017). Gestión del aprendizaje con el uso de herramientas digitales complementarias M-U-B-Learning. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 1-15.

Pérez, O.D. (2011). *La dinámica formativa de la interpretación holístico simbólica del texto hipermedia.* Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.

Torres, A. (2016). *La comunicación educativa en las clases de Física con el empleo de los recursos tecnológicos en la Educación Preunversitaria.* Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas, Universidad de Matanzas, Matanzas.

SISTEMATIZACIÓN TEÓRICO PRACTICA SOBRE LA FORMACIÓN DE HABILIDADES INVESTIGATIVAS EN LAS CARRERAS DE TECNOLOGÍA DE LA SALUD

THEORETICAL AND PRACTICAL REVIEW ON RESEARCH SKILL TRAINING IN HEALTH TECHNOLOGY SPECIALTIES

Yosver Castañeda Piñera (castanedayosver792@gmail.com)

Arialys Hernández Nariño (arialishn.mtz@infomed.sld.cu)

Tania Rosa González García (t.gonzalez@infomed.sld.cuv

RESUMEN

La investigación es acción obligada en el quehacer diario de todo profesional de las ciencias de la salud, y constituye una herramienta fundamental para el diagnóstico, el proceder y el tratamiento, por lo que es necesario incorporar la actitud investigativa y/o quehacer académico desde el pregrado. El objetivo de este trabajo es valorar el desarrollo teórico y el estado práctico de la formación de habilidades investigativas en las carreras de Licenciatura en Tecnología de la Salud. Se realizó una revisión de la literatura científica, se utilizó como motores de búsquedas: formación de habilidades investigativas, desarrollo de habilidades investigativas e investigación científica. Se efectuó un análisis de la situación práctica que observa la formación de habilidades investigativas en las carreras de Licenciatura de la salud. Se demuestra la relevancia teórica de la formación de habilidades investigativas en la formación de profesionales en estas carreras.

PALABRAS CLAVES: habilidades investigativas, tecnología de la salud,formación de habilidades

ABSTRACT

Research is a mandatory action in every health sciences professional´s daily work, and is a fundamental tool for diagnosis, procedure and treatment, so it is necessary to incorporate the research attitude and in academic work from undergraduate studies. This work´s objective is to review the theoretical and practical state of training research skills in Health Technology specialties. To do this, a review of the scientific literature. It was further undergone an analysis of the real development of research skill training in Health Technology specialties in Medical Sciences of Matanzas. It is clear the theoretical relevance of research skills development for professionals education in these specialties; the acknowledged limitations in students training process are associated to teaching research liaison; learning methods and capacities to searching, solving problems, creating and innovating.

KEY WORDS: Investigative skills, health technology, skills training

INTRODUCCIÓN

La formación y desarrollo de habilidades investigativas en el pregrado constituye una temática abordada en diversas investigaciones educativas del contexto internacional. Una de las tendencias fundamentales de estos estudios ha radicado en la correlación entre los términos formación de habilidades para la investigación o desarrollo de

habilidades investigativas y el de formación para la investigación, a decir de Martínez y Márquez (2014).

La formación del Licenciado en Tecnología de la Salud (también llamado tecnólogo de la salud) es “el proceso de habilitación por excelencia, mediante el cual este profesional se apropia de los conocimientos, las habilidades, los procedimientos, actitudes y valores necesarios para el desempeño de sus tareas y funciones dentro del sector de la salud” (Abello y Baeza, 2007,p.8).

La actividad científico investigativa es uno de los componentes del proceso docente educativo, junto al laboral y académico. Sin embargo, en el diseño de las ocho carreras de Tecnología de la Salud se ha logrado una mejor cohesión del componente académico con el laboral, y el componente investigativo es el de más débil estructuración, provocado por el cambio constante de los programas y la organización de las tareas investigativas que no satisfacen las necesidades profesionales de los tecnólogos, por tanto, no completan su formación investigativa (Piña, 2016).

El proceso de investigación científica en las universidades se desarrolla, además, como un servicio a la sociedad, en general, para mejorar la docencia y los servicios; para enriquecer a la ciencia, profundizando en el conocimiento que tiene el hombre de lo que le rodea.

El Tecnólogo de la salud debe tener la necesaria vocación y ética profesional, valores morales y humanos que le permitan interactuar con el equipo de salud, el colectivo de trabajo, los individuos, la familia y la comunidad. Un profesional con actitud socio-humanista, con ideas creadoras, que mantenga actualizados sus conocimientos acordes con los avances de la tecnología, capaz de desempeñar funciones docentes e investigativas y técnico-administrativos, asumiendo con responsabilidad y destreza nuevas y más complejas funciones.

La formación investigativa de este profesional debe ser el resultado del proceso en que se produce el conocimiento científico, se distingue por su carácter intencional y sistemático. Relacionando a la investigación científica, como un proceso de carácter consciente, reflexivo y sistemático, exigente de un alto nivel de procesamiento cognitivo que conduce a la producción de un conocimiento nuevo (Abello y Baeza, 2007).

En la sistematización de la literatura consultada el autor coincide con diversos autores como González (2009), cuando plantea que

> (…) existen diversos criterios acerca de la naturaleza de las habilidades investigativas o desarrollo de habilidades investigativas que son estos los términos de mayor uso en las bibliografías internacionales y nacional utilizados con frecuencias desde la pedagogía y la psicología; aunque su estudio sigue siendo un problema abierto y amplio para las ciencias pedagógicas, pues se aprecian lógicas divergencias e incluso discrepancias científicas en los puntos de vistas de los autores, debido a las diversas interpretaciones que se les otorga a su definición y a los requisitos y condiciones fundamentales a tener en cuenta para su formación y desarrollo desde la dirección del proceso enseñanza-aprendizaje. Las habilidades permiten al hombre, al igual que los hábitos, poder realizar una determinada tarea (González, 2009,p.13).

Las habilidades investigativas han sido abordadas por un universo amplio de autores, vinculado a diversas aristas de la educación, la formación y la investigación,

encabezados por Rivera Michelena (2005) que trabaja el sistema de habilidades para las carreras de la salud, enfatizando en la formación médica y Montes de Oca Recio, Machado Ramírez y Reyes Obediente (2019) que enfatizan en el desarrollo de habilidades investigativas en la Educación Superior.

Entre los estudios consultados sobre el desarrollo de habilidades investigativas puede citarse a Moreno (2005); Machado, Montes de Oca, y Mena (2008); Machado y Montes de Oca (2009). En cuanto a la formación de habilidades investigativas o para la investigación, así como la propuesta de estrategias constituyen referentes importantes los trabajos de Guerrero, (2007); Canto, Cabrera, y Franco (2014); Veitia (2014); Martín y Martín Izard (2014); Viteri y Vázquez (2016); Roque, Herrera, Blanco, y Gafas (2017); y Sánchez et al. (2018).

Estos estudios evidencian la existencia de una fuente de conocimiento amplia sobre la formación de habilidades investigativas y la pertinencia de este tema, particularmente para las carreras de la Licenciatura en Tecnología de la Salud. El presente artículo tiene como objetivo valorar el desarrollo teórico y el estado práctico de la formación de habilidades investigativas en estudiantes de las carreras de Licenciatura en Tecnología de la Salud.

Diseño metodológico

Se realizó una búsqueda bibliográfica para la que se consultaron las bases de datos de Biblioteca Virtual de Salud: Scielo, Pubmed central, Lilacs, Medline, Birene y Elsevier, en el período de los últimos 10 años; se utilizó como motores de búsquedas: formación de habilidades investigativas, desarrollo de habilidades investigativas e investigación científica; se revisaron artículos de investigación, tesis y libros.

Adicionalmente se analizaron documentos rectores de este proceso, que incluyeron el plan de estudio de las carreras de Licenciatura de la salud, el modelo de profesional, la estrategia curricular para la investigación científica y los principales resultados de los diferentes espacios de socialización científica estudiantil, para denotar las particularidades de esta actividad en la educación médica y las limitaciones que existen para su desarrollo en el contexto de la Licenciatura en Tecnología de la Salud en la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Consideraciones epistemológicas sobre el proceso de construcción de las carreras de Tecnologías de la salud.

El estudio realizado muestra en primer lugar que son tres los aspectos fundamentales que subyacen epistémicamente en la Tecnología de la Salud: e*l técnico*, es decir, los artefactos, equipos e instrumentos, como componentes materiales y más tangibles; *el organizativo*, como son el presupuesto, el desempeño profesional y los propios usuarios y, *el cultural* que incluye tanto los aspectos cognoscitivos como son los conocimientos, habilidades, métodos, procedimientos, valores, tradiciones y costumbres, así como la propia actividad humana en la creación, producción, introducción y mejoramiento de productos y servicios. Convergen pues, en la gestión tecnológica, por consenso, tanto los saberes técnicos, como los socioculturales y organizacionales (Horruitiner, 2007).

Hoy no se puede entender las tecnologías con la misma concepción que en décadas anteriores pues es un campo en el que los avances de las ciencias, aportan tecnologías cada vez más avanzadas. Esto es un hecho en las Ciencias Médicas, donde las tecnologías de punta, se abren un espacio en todas las especialidades, la existencia de equipamientos, herramientas e instrumentos cada vez más modernos, con sensibilidad extrema.

Esta realidad indica que cualquier proceso que se diseñe para la formación de profesionales debe estar avalado por una nueva visión de lo que se debe entender hoy por tecnología, reconociéndolas como los sistemas de conocimientos técnicos científicamente ordenados que permiten crear bienes y brindar servicios que facilitan la transformación del medio ambiente, así como la satisfacción de la necesidades económicas, de bienestar social y humano esenciales del desarrollo sostenible de la sociedad.

En este proceso de sistematización, según refieren Fleitas, Valcárcel y Porto (2015),

> (…) las tecnologías de la salud han estado asociadas a la innovación (transformación de una idea en un producto, proceso o procedimiento) y con la actividad transformadora que se concreta en un resultado novedoso, exitoso, innovador a partir de la aplicación original del conocimiento científico (de las ciencias médicas) a la solución y prevención de problemas prácticos de salud y la obtención del mejoramiento y/o preservación de la calidad y condiciones de vida (Fleitas, Valcárcel y Porto, 2015, p.17).

Esto hace que la definición sobre Tecnologías de la Salud dada por Fleitas et al. (2015), sea entendida como:

> (…) el conjunto de saberes y procederes inter y multidisciplinarios para la aplicación y transferencia de conocimientos científicos y prácticos de salud integrados en procesos y servicios para el diagnóstico, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y formación propios del Sistema Nacional de Salud Pública, manifiestos en el comportamiento profesional, asistencial, tecnológico, didáctico y humano que satisfacen expectativas y necesidades de bienestar físico, psicológico y social de la población y se ajustan a requisitos de calidad y vocación de servicio (Horruitiner, 2007, p.5).

Formación de habilidades investigativas

El proceso de formación de los profesionales en la Educación Superior debe estar intencionalmente orientado a formar un ciudadano que reúna las condiciones que la sociedad actual demanda:

> (…) profesionales comprometidos con la historia y las tradiciones de su medio; flexibles con capacidad plena para el análisis, la argumentación, asumir los desempeños laborales que las distintas profesiones requieren e insertarse en el vertiginoso avance de la ciencia y la tecnología; y trascendentes en tanto sean sujetos altamente comprometidos, profundamente reflexivos, y dispuestos a crecer tanto espiritual, técnica como profesionalmente (Fuentes, Montoya, y Fuentes Seisdedos, 2012, p.11).

La investigación científica, un pilar importante de la formación profesional, es considerada como "la expresión más alta de las habilidades que debe dominar el estudiante en cualquiera de los tipos de procesos educativos” (Álvarez de Zayas, 1999, p.7); de ahí que la actividad científica estudiantil sea un factor determinante en la

formación científico-técnica del alumnado y constituya un elemento clave en su integralidad.

El desarrollo de las habilidades investigativas y las limitaciones de los estudiantes para asumir con calidad este proceso por dificultades que presentan en la realización de trabajos de investigación han sido abordados por autores como Pegudo, Cabrera, López y Cruz (2012), aspectos que limitan en gran medida su crecimiento profesional, lo cual resalta la importancia que adquiere esta temática.

Es evidente que para que los futuros profesionales, en especial los técnicos de la salud, contribuyan a la solución de los problemas del sector; y por ende, a mejorar la calidad de vida de las personas, es necesario incorporar la actitud investigativa al quehacer académico de pregrado (González, 2009); sin embargo, es necesario resaltar que este proceso no se produce espontáneamente: debe ser planificado, asesorado y controlado por los docentes; y por lo tanto, formar parte de los currículos de las diferentes carreras (Canto, et al., 2014).

El proceso de formación investigativa del tecnólogo de la salud integra las relaciones entre los diversos tipos de actividad humana, en permanente ajuste y reajuste a las exigencias sociales, logrando no solo la transformación, sino también la auto transformación de este profesional de la salud.

La formación investigativa permanente del tecnólogo de la salud perfecciona su actuación profesional, a partir de constituir un proceso sistematizado en constante actualización, enfrentada por las instituciones de educación médica superior cumpliendo su encargo social de gestionar el proceso formativo investigativo de estos profesionales.

Concepción pedagógica del proceso de formación de habilidades investigativas.

Herrera y Horta (2012) refieren que la concepción pedagógica del proceso de formación de habilidades investigativas está relacionada con los modos de actuación profesional, y considerada como el sistema de ideas científicas, que fundamentan las etapas por las que transitan los estudiantes de las ciencias médicas, dinamizado y sustentado por los métodos clínico y epidemiológico y en las dimensiones curricular y extracurricular.

El proceso de formación de habilidades investigativas se vertebra a partir de la sistematización e integración de acciones y operaciones secuenciadas por etapas durante los ciclos de formación de la carrera, que coinciden con las acciones de los métodos clínico y epidemiológico en tanto es elemento dinamizador, sobre la base de los problemas profesionales y en relación con los objetos de trabajo.

Es común la utilización de métodos de enseñanza activos en la formación docente y particularmente investigativa (Campos y Pascual, 2018; Cifuentes, 2016) pues favorecen la apropiación de la lógica y complejidad del proceso investigativo. No obstante, otros autores son del criterio que aún no se producen sinergias entre la formación e investigación (Gutiérrez, 2018), condicionado, entre otros por prácticas no adecuadas en el proceso enseñanza aprendizaje (Vergara, Barrera y Hernández, 2015).

La formación investigativa del tecnólogo de la salud, transita por similares desafíos (Vergara, et al., 2015). Resulta de especial importancia el método de investigación y el de modelación, para la comprensión del método tecnológico. Es importante el

aprovechamiento de las potencialidades formativas de la investigación en cuanto al desarrollo de la capacidad indagativa, la crítica; la ética científica en correspondencia con el compromiso profesional de dicho tecnólogo (Piña Fonseca, 2016).

Este último autor plantea, también, que es precisamente en los modos de actuación de este profesional donde se requiere dominar los métodos tecnológicos, además del método clínico, el epidemiológico, de dirección de trabajo, los pedagógicos, didácticos y de investigación científica para el cumplimiento de sus funciones (Piña, 2016).

Coincidentemente Vinces, De la Peña y Obando (2019) en su estudio sobre la formación investigativa en estudiantes de optometría, apuntan sobre la necesidad de desarrollar habilidades en la búsqueda y solución de problemas que enfrentarán en su práctica profesional así como en un conjunto de capacidades complejas: cognitivas, lingüísticas, metodológicas, de sistematización, prospectiva, creatividad e innovación, uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), que integran habilidades, destrezas, actitudes y valores; estrategias de aprendizaje y auto-aprendizaje para el proceso teórico-práctico de la investigación, que apunte a mayor eficiencia y eficacia en su ejecución.

Estado práctico de la formación de habilidades en las carreras de Tecnologías de la Salud en la Universidad Médica

Existen particularidades propias de las carreras de la educación médica superior que están en estrecha interrelación con actividades como la investigativa, expresada en el modo de alcanzar determinado conocimiento siguiendo un camino de forma sistemática, organizada y con métodos propios para abordar un problema de salud y encontrarle su respuesta.

Para su puesta en práctica está concebida la actividad científica estudiantil (ACE), un proceso activo y dinámico que incluye todas las actividades que se realizan durante el curso, con el objetivo de profundizar en la preparación científico-estudiantil de los estudiantes de ciencias médicas y que se exponen sus resultados en diferentes eventos científicos (Barbón y Bascó, 2016).

Como parte de la ACE ocurren diversos eventos científicos en los que se presentan los resultados de las investigaciones estudiantiles: la Jornada Científica Estudiantil, el Fórum de Ciencia y Técnica, el Fórum Nacional de Estudiantes de Ciencias Médicas, congresos virtuales, intercambios científicos y jornada de residentes, entre otros. La jornada científica estudiantil (JCE) constituye una de las actividades extracurriculares más importante pues se les brinda la posibilidad a los estudiantes de mostrar habilidades con respecto a las investigaciones científicas. Son espacios apropiados para afianzar los conocimientos sobre metodología de la investigación.

A pesar de existir una concepción desde el diseño curricular dentro de las disciplinas y asignaturas de las carreas de las tecnologías de la salud, los autores en el estudio práctico realizado, identifican insuficiencias en la formación de habilidades investigativas tales como:

- Inadecuado aprovechamiento de los programas académicos para el desarrollo de habilidades Investigativas.

- Insuficiente trabajo científico metodológico e interdisciplinario desde la clase para motivar a los estudiantes a participar en la actividad científica investigativa.
- Debilidades en el trabajo sistemático con los Grupos de Trabajo Científico Estudiantil.
- Baja calidad de los trabajos referativos de asignaturas sin exámenes finales.
- Baja productividad científico-investigativa que responda a los principales problemas de salud de la población.
- La no existencia de programas de formación extracurricular diseñados para desarrollar habilidades investigativas.

Lo antes expuesto refleja que aún es insuficiente el trabajo científico metodológico e interdisciplinario para desarrollar en los estudiantes las habilidades investigativas que resulten en una mayor participación en los eventos y jornadas científicas estudiantiles y, consecuentemente, al desarrollo de la actividad científica estudiantil.

Dentro de la educación médica específicamente en las carreras de tecnologías de la salud resulta imprescindible gestionar la actividad investigativa estudiantil con enfoque de procesos; a consideración de los autores desde la propia gestión del conocimiento del estudiante en el pregrado, de forma tal que contribuya al desarrollo y formación de habilidades investigativas que luego sean puestas en práctica en la solución de las problemáticas de salud.

CONCLUSIONES

Según la sistematización teórica realizada el desarrollo de habilidades investigativas en las carreras de tecnología de la salud, como en otras carreras de la educación médica, es esencial para la formación de profesionales con capacidad resolver los problemas del sector.

Las limitaciones reconocidas en la literatura, en el proceso de formación investigativa de los estudiantes, están asociadas a falta de sinergias entre la formación e investigación, inadecuados métodos de aprendizaje; insuficientes capacidades creadas para buscar y solucionar problemas, utilizar las tecnologías, la creatividad y la innovación. En esta línea de pensamiento los profesores juegan un rol fundamental en el proceso de formación y desarrollo de habilidades investigativas durante la formación de pregrado que le permita a los educandos auto-gestionar los conocimientos científicos.

El estudio práctico confirma los análisis abordados en la sistematización teórica al reflejar cómo las insuficiencias en la formación de habilidades investigativas en las carreras de Licenciatura en Tecnología de la salud, limitan el desarrollo científico de sus estudiantes y, por ende, obstaculizan su adecuada formación como profesionales. Sería útil la búsqueda de métodos de gestión del conocimiento y de gestión de procesos para mejorar el proceso enseña-aprendizaje y el trabajo científico-metodológico.

REFERENCIAS

Abello, R., y Baeza, Y. (2007). Estrategia de formación investigativa en jóvenes universitarios. Caso Universidad del Norte Barranquilla. *Studiositas, 2*(2), 1-9. Recuperado de http://www.Dialnet-Estrategiadeformacioninvestigativaenjovenesunivers2719634.pdf

Álvarez de Zayas, C. (1999). *La Escuela en la Vida.* La Habana: Pueblo y Educación.

Barbón, O.G., y Bascó E.L. (2016). Clasificación de la actividad científica estudiantil en la Educación Médica Superior. *Educación Médica, 17*(2), 55-60. Recuperado de https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1575181316300031?token=EA47CA75B5AFED5173F986427667136EAB9BCCE6B5B4FD26D9F4A3AFE5D41C4FCB86FAA4B39ED8DF00DB458CB406BE98

Campos, L., y Pascual, Y. R. (2018*). Un acercamiento a la formación del profesional de la Psicología en Cuba. REFCalE: Revista Electrónica Formación y Calidad Educativa,* 6(2), 165-180. Recuperado de http://www.refcale.uleam.edu.ec/index.php/refcale/article/view/65/1616

Canto, M., Cabrera, A. G., y Franco, M. (2014). El desarrollo de habilidades investigativas en estudiantes de Estomatología, dimensión necesaria para una formación integral. *Edumecentro, 6*, 166-172. Recuperado de http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v6s1/edu13114.pdf

Cifuentes Gil, M. R. (2016). *Didácticas humanísticas, críticas, constructivistas y complejas para acompañar procesos de formación investigativa*. Paper presented at the V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales 16 al 18 de noviembre de 2016 Mendoza, Argentina. Métodos, metodologías y nuevas epistemologías en las ciencias sociales: desafíos para el conocimiento profundo de Nuestra América. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8399/ev.8399.pdf

Fleitas, A., Valcárcel, N., y Porto, A.G. (2015). Hacia una concepción teórico metodológica de Tecnología de la Salud (I). *Revista Cubana de Tecnología de la Salud,* 6(2), 34-42. Recuperado de http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/458/610

Fuentes, H., Montoya, J., y Fuentes Seisdedos, L. (2012). *La formación en la Educación Superior* (pp. 167-172). Recuperado de http://www.redbiblioucacue.com/opac_css/index.php?lvl=notice_displayyid=42181

González, O. (2009). *La formación de habilidades generales para la actividad de estudio*. Ciudad de La Habana: CEPES.

Guerrero, M. (2007). *Formación de habilidades para la investigación desde el pregrado*. *Acta Colombiana de Psicología, 10*(2), 190-192.

Gutiérrez, I.R. (2018). Nuevos enfoques para integrar formación e investigación en las ciencias médicas. *MediCiego,* 24(1), 53-55. Recuperado de http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1105/1197

Herrera, G.L., y Horta, D.M. (2012). Fundamentos teóricos del proceso de formación de habilidades investigativas en estudiantes de la carrera de Medicina. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 16*(6), 102-115. Recuperado de http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v16n6/rpr11612.pdf

Horruitiner, P. (2007). La Universidad cubana en la época actual. *Revista Pedagogía Universitaria 12*(4), 1-9. Recuperado de http://cvi.mes.edu.cu/peduniv/index.php/peduniv/article/view/368

Machado, E.F., Montes de Oca, N., y Mena, A. (2008). El desarrollo de habilidades investigativas como objetivo educativo en las condiciones de la universalización de la Educación Superior. *Revista Pedagogía Universitaria,* (1), 22-28. Recuperado de http://revistas.mes.edu.cu/Pedagogia-Universitaria/articulos/2008/numero/189408108.pdf

Machado, E.F., y Montes de Oca, N. (2009). El desarrollo de habilidades investigativas en la Educación Superior: ABSTI. *Revista Humanidades Médicas,* (3), 18-26. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-81202009000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Martín, A., y Martín, JF. (2014). Aprendizaje del ejercicio profesional de la atención farmacéutica en un mundo virtual. In A. Hernández Martín y S. Olmos Migueláñez (Eds.), *Metodologías de aprendizaje colaborativo a través de las tecnologías* (178, pp. 25): Ediciones Universidad de Salamanca.

Martínez, D., y Márquez, D.L. (2014). Las habilidades investigativas como eje transversal de la formación para la investigación. *Tendencias pedagógicas,* (27), 347-360. Recuperado de https://repositorio.uam.es/handle/10486/663144

Montes de Oca, N., Machado, E.F., y Reyes, F. (2019). La gestión didáctica en el contexto actual de la Educación Superior. *Humanidades Médicas, 19*(2), 311-322. Recuperado de http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v19n2/1727-8120-hmc-19-02-311.pdf

Moreno, M. (2005). Potenciar la educación. Un currículum transversal de formación para la investigación. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe. España y Portugal*. Recuperado de http://redalyc.uaemex.mx/pdf/551/55130152.pdf

Pegudo, A., Cabrera, M., López, E., y Cruz, L. (2012). Estrategia pedagógica para desarrollar habilidades investigativas en asesores de trabajo de investigación científico estudiantil. *Edumecentro, 4*(1), 95-103. Recuperado de http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v4n1/edu13112.pdf

Piña, R. (2016). *Formación permanente de la cultura científico investigativa en los tecnólogos de la salud.* Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.

Rivera, N. (2005). *Un sistema de habilidades para las carreras en ciencias de la salud* [CD ROM]. La Habana: GIESP CDS.

Roque, J., Herrera, DJ., Blanco, N., y Gafas, C. (2017). *Estrategia curricular para desarrollar habilidades investigativas en estudiantes de Medicina*. *8*(2), 1-7. Recuperado de http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/4019

Sánchez, L., Melián, H., Quiroz, M., Dueñas, Y., Denis, S., Lidia, A., y Rojas, Y. (2018). Habilidades investigativas en estudiantes de 2do año de Licenciatura en Enfermería: ocasión para su desarrollo. *Revista Educación Médica del Centro, 10*(1), 55-72. Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/edumecentro/ed-2018/ed181d.pdf

Veitia, F. G. (2014). Formación de habilidades investigativas curriculares en la carrera de Estomatología. Del Plan C al Plan D. *EDUMECENTRO, 6*(1), 7-20. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742014000400002&lng=es

Vergara, I., Barrera, J. L., y Hernández, C. M. (2015). Modelo de clase interdisciplinar con enfoque investigativo para tecnología de la salud. *Educación Médica Superior, 29*(4), 693-705. Recuperado de http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v29n4/ems04415.pdf

Vinces, M. R., De la Peña, G., y Obando, L. M. (2019). La formación investigativa de los estudiantes de la carrera de optometría de la facultad de ciencias de la salud, Universidad Técnica de Manabí. *Polo del Conocimiento, 4*(5), 157-175. Recuperado de https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/970/1244#

Viteri, T. A., y Vázquez, S. (2016). Formación de habilidades de investigación formativa en los estudiantes de la carrera de ingeniería comercial de la Facultad de Ciencias Administrativas de la Universidad de Guayaquil. *Revista Universidad y Sociedad, 8*(1), 36-44. Recuperado de http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v8n1/rus05116.pdf

UNA FACETA DEL PENSAMIENTO PEDAGÓGICO DE CARLOS DE LA TORRE Y DE LA HUERTA: LA FORMACIÓN DE UNA ESCUELA CUBANA DE NATURALISTAS

A BRANCH OF THE PEDAGOCICAL THINKING OF CARLOS DE LA TORRE Y DE LA HUERTA: THE FORMATION OF A CUBAN SCHOOL OF NATURALISTS

Eneyda Secada Cárdenas (eneydasc.mtz@infomed.sld.cu)

Luis Ernesto Martínez González (luise.martinez@umcc.cu)

Yuseli Pestana Llerena (yuseli.pestana@umcc.cu)

RESUMEN

Esta ponencia propicia el acercamiento a una faceta del pensamiento pedagógico de Carlos de la Torre y de la Huerta, relevante científico y educador cubano. Se trata de argumentar la significación de la formación de una escuela cubana de naturalistas, que tuvo entre sus aspectos relevantes el estudio sistemático y profundo de la flora y fauna cubanas, sustentada en el ejemplo de esta destacada figura de la investigación científica en el país. Para cumplir el objetivo propuesto se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica acerca del tema, para ello se consultaron 50 artículos de los cuales 13 fueron utilizados, lo cual propició la aplicación de métodos teóricos como el histórico-lógico, analítico-sintético e inductivo-deductivo fichado bibliográfico. Este resultado forma parte de la investigación realizada por los autores sobre el pensamiento pedagógico de Carlos de la Torre y de la Huerta dando cumplimiento a la tarea sobre los estudios históricos acerca de la educación en Cuba y Matanzas.

PALABRAS CLAVES: pensamiento pedagógico, Carlos de la Torre y de la Huerta, escuela cubana de naturalistas.

ABSTRACT

This work provides an approach to the pedagogical thinking of Carlos de la Torre y de La Huerta outstanding Cuban education and scientist. It supports the significance of the formation of a Cuban school of naturalists which had among its relevant aspects the deep and systematic study of the Cuban flora and fauna sustained by the example of this outstanding figure of the scientific investigation in the country. To acomplish the aim of this work a detailed bibiographical revision was done which provided the application of theorical methods such as the historical – logical, the analitic and synthetic and the inductive – deductive ones. The result is part of the investigation permorfed by the Authors about the pedagogical thinking of Carlos de la Torre y de la Huerta.

KEY WORDS: pedagogical thinking, Carlos de la Torre y de la Huerta, Cuban school of naturalists.

INTRODUCCIÓN

Carlos de la Torre y de la Huerta (1858-1950) fue un pedagogo, naturalista y político cubano, nacido en Matanzas, que desarrolló su labor educativa en diversos ámbitos. Fue profesor universitario y de la segunda enseñanza, autor de libros de texto y de orientaciones para los maestros, así como decano y rector en la Universidad de La Habana. Una de las facetas más relevantes de su pensamiento pedagógico, que se

asume como la reflexión teórico-práctica encaminada a la transformación de la realidad objetiva vinculada con el proceso de enseñanza aprendizaje, fue la formación de una escuela cubana de naturalistas en las primeras décadas de la República Burguesa. Esta ponencia se propone como objetivo argumentar la significación de esta faceta dentro del pensamiento pedagógico de Carlos de la Torre y Huerta.

Presentación de los resultados

Carlos de la Torre y de la Huerta ha sido reconocido como el científico cubano más destacado en el campo de la Malacología. Nacido en la ciudad de Matanzas estudió en los colegios matanceros La Empresa y Los Normales. También en esta ciudad recibió la influencia educativa positiva del sabio coleccionista local Francisco de Jimeno. Alcanzó el grado de Licenciado en Ciencias en 1881 en La Universidad de La Habana, después de lo cual matriculó la carrera de Ciencias Naturales en Madrid, titulándose de Doctor en 1883.

Además de su vocación de naturalista, también se dedicó a la enseñanza, la cual ejerció en Matanzas y La Habana. Publicó variadas temáticas como Historia de Cuba, Mineralogía, Lectura y otras asignaturas. Fue Catedrático de los Institutos de Segunda Enseñanza de San Juan, Puerto Rico, y de La Habana. En 1885 formó parte del claustro de la Universidad habanera. En 1889 ingresó en la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana. Perteneció y obtuvo distinciones de más de 50 instituciones científicas cubanas, y extranjeras; dirigió o participó en la dirección de cerca de 10 medios científicos de prensa y publicó diferentes investigaciones en cientos de artículos y libros en Cuba y el extranjero.

Descubrió los restos del Megalocnus rodens con lo que probó la existencia de la Isla en el período Pleistoceno y a través de las Ammonites confirmó la presencia en Cuba del período Jurásico. Estuvo entre los científicos cubanos acosados por el régimen colonial por su participación en la corriente independentista, por lo cual al estallar la Guerra del 95 se vio obligado a exiliarse en el exterior (Inglaterra, Francia y Estados Unidos) donde ayudó a la causa cubana. Por esta razón fue depuesto de su cargo de catedrático de la Universidad de La Habana y repuesto en 1898. Ya instaurada la República Neocolonial ocupó cargos políticos, actitud considerada posteriormente, por el mismo, como errónea. En 1921 fue designado Rector del más alto centro de estudios cubanos. Al fallecer fue reconocido como la figura cumbre de la Zoología cubana de los siglos XIX y XX. Una placa conmemorativa recuerda el lugar de su nacimiento en la calle Río de la Ciudad de Matanzas.

Entre los resultados prácticos más importantes del pensamiento pedagógico de Carlos de la Torre estuvo la formación de una escuela cubana de naturalistas. Este aspecto fue señalado, cuando aún él vivía por Carlos Guillermo Aguayo, uno de sus alumnos. En 1942 este autor expresó:

> (…) la labor de los grandes hombres de ciencia ha de medirse no solamente por sus producciones intelectuales, sino por sus proyecciones espirituales en los discípulos más aventajados, quienes, continuando la labor de sus maestros, perpetúan su memoria a través del tiempo… En este sentido reconoció en De la Torre una "…gran facultad para la formación de discípulos especializados en diversas ramas de la Zoología, muchos de los cuales han realizado investigaciones valiosas para el conocimiento de la fauna cubana (Aguayo, 1942, p.71)

En relación con la labor de este grupo de naturalistas, a quienes denominó como los "…discípulos de su Escuela…", reconoció que estaban "…logrando revisar la sistemática zoológica de este país, como lo hicieron antes los naturalista franceses y alemanes, y más tarde los norteamericanos.", a pesar de "…los obstáculos materiales que se encuentran para las investigaciones científicas, y especialmente por nuestra falta de bibliotecas y de museos adecuados…". (Aguayo, 1942, p.71)

En otro momento de este texto, Aguayo incluyó, entre los resultados de la extensa labor de Carlos de la Torre, la "Creación de una «Escuela» de discípulos naturalistas", a lo cual añadió:

> (…) Dejaremos que la Historia, implacable valorizadora del pasado, juzgue adecuadamente el movimiento científico que han impulsado los numerosos discípulos del sabio Maestro, quienes especializados hoy en diversas ramas de la Biología, conservan − casi todos − ya como foco principal de sus investigaciones, ya como alegre pasatiempo, la gran pasión por la ciencia favorita de Don Carlos: la Malacología. (Aguayo, 1942, p.72)

Este acercamiento inicial a esta faceta del pensamiento pedagógico de Carlos de la Torre, reconocía como rasgos distintivos de esta escuela de naturalistas:

- La presencia de una continuidad histórica en el desarrollo de las ciencias biológicas en Cuba, particularmente del estudio de la fauna cubana, que tenía a Felipe Poey como punto de partida.
- La afirmación del espíritu de colaboración, inculcado por De la Torre, que caracterizaba a estos naturalistas, no solo entre sí, sino también con naturalistas de otros países.
- La convicción de la necesidad de desarrollar la labor investigativa en beneficio del país y a pesar de los obstáculos existentes por la situación económica, política y social.
- La evidencia del interés por la malacología como rasgo de unidad en esta escuela cubana de naturalistas, lo cual se considera un homenaje a De la Torre.

Un poco más reciente, al valorar su labor científica, en el texto *Historia de la ciencia y la tecnología en Cuba* se reconoce que: "Tuvo un buen número de discípulos, entre los cuales se hallaron Carlos Guillermo Aguayo, Abelardo Moreno, Miguel L. Jaume, Isabel Pérez Farfante y José Álvarez Conde" (Pruna, 2006, p.189). En tal sentido hay que considerar, como ya lo había hecho, Aguayo en 1942, que esta escuela de naturalistas debió enfrentar serias carencias materiales para desarrollar su labor científica. Ismael Clark ha señalado en este sentido:

> (…) Si su obra personal no fructificó más en sus discípulos más directos, esto hay que atribuirlo ante todo a la escasa o nula consideración − para no hablar de apoyo efectivo − con la que pudo contar la investigación científica en Cuba durante virtualmente toda la etapa republicana anterior a 1959 (Clark, 2004, p.22)

No obstante este criterio, válido para el período prerrevolucionario, varios alumnos de Carlos de la Torre, formados en su escuela de naturalistas, sobre todo los que permanecieron en Cuba después del triunfo de la Revolución, fueron figuras muy destacadas de la ciencia cubana y forjadores de sus logros. Tal fue el caso de Antonio Núñez Jiménez y Abelardo Moreno Bonilla, quienes desempeñaron responsabilidades

importantes en el sistema de ciencia, tecnología y medio ambiente creado por el Gobierno Revolucionario.

En sentido general, la formación de una escuela cubana de naturalistas como faceta del pensamiento pedagógico de Carlos de la Torre, se vio materializada en el desempeño científico-pedagógico de sus miembros, según los siguientes aspectos:

- El desarrollo de investigaciones acerca de la naturaleza cubana, particularmente su flora y su fauna, con énfasis en la zoología de los invertebrados, particularmente los moluscos.
- La asunción del ejercicio de la docencia de las ciencias naturales con textos propios, mediante el tratamiento de temáticas nacionales y de acuerdo al desarrollo de la ciencia mundial.
- La práctica del coleccionismo de forma privada e institucional, sobre todo de moluscos cubanos, como modo de potenciar el estudio y la enseñanza de las riquezas naturales del país.
- La colaboración entre ellos y con otros naturalistas del mundo, como valioso recurso que propiciaba el intercambio y la actualización de los conocimientos.
- La agrupación en asociaciones de carácter científico, como espacios de intercambio y socialización del conocimiento, como la Sociedad Cubana de Historia Natural Felipe Poey y la Sociedad Malacológica Carlos de la Torre.
- El agradecimiento permanente al ejemplo legado por De la Torre como científico y como educador.
- La consideración consciente de que formaban parte de una tradición científica netamente cubana, iniciada por Felipe Poey y consolidada por Carlos de la Torre.

Entre los discípulos de Carlos de la Torre, que conformaron esta escuela cubana de naturalistas (**Anexo I y II**) estuvieron, entre otros, los siguientes:

Arístides Mestre Hevia (1865-1952). Se destacó como profesor universitario, sobre todo por introducir en la enseñanza las más modernas teorías científicas, entre ellas la el darwinismo y la genética. Estuvo entre los primeros discípulos de De la Torre, quien le tuvo gran aprecio, en la Universidad de La Habana, y después trabajó junto a él en esta institución. En 1915 valoró al científico matancero como profesor universitario en su conferencia “Las ciencias zoológicas en nuestra Universidad”, pronunciada en la apertura del curso 1915-1916. En esa oportunidad expresó: “…yo proclamo aquí mi buena suerte de haberlo tenido entonces por maestro, de ser ahora su compañero en la obra de la enseñanza, y siempre el admirador de su genio de naturalista…”. (Mestre, 1915, p.269)

Luis A. Cuní Varela (1865-1947). Fue discípulo de Carlos de la Torre en el Colegio San Carlos, de Matanzas, y en la Universidad de La Habana. Fue durante varios años profesor en el Instituto de Segunda Enseñanza de Matanzas. En su tesis de doctorado, que trató sobre los mamíferos acuáticos de Cuba, destacó que se había auxiliado “muy especialmente de las observaciones personales que ha tenido la bondad de

suministrarme mi querido maestro el Dr. Carlos de la Torre, á quien por este medio doy público testimonio de gratitud" (Cuní, 1910, p.68).

Víctor José Rodríguez Torralbas (1866-¿?). En su época de estudiante universitario fue ayudante de Carlos de la Torre. Su tesis de doctorado en Ciencias Naturales fue acerca de los murciélagos de Cuba. Fue profesor auxiliar de Biología, Zoología y Anatomía Comparada en la Universidad de La Habana, así como de Biología y Biología Humana. Trabajó junto a De la Torre por más de 35 años, sobre todo en sus expediciones científicas por toda Cuba.

Mario Sánchez Roig (1890-1962). Discípulo de Carlos de la Torre en la Universidad de La Habana, de quien fue ayudante. Sobresalió como paleontólogo y estudioso de la fauna marina. En 1911, en un trabajo sobre los arácnidos de Cuba, manifestó su agradecimiento "a nuestro querido profesor Dr. Carlos de la Torre por los valiosos ejemplares que nos ha regalado, y sus sabios consejos en cuanto á la redacción de este trabajo." (Sánchez Roig, 1911, p.350). En esta oportunidad agregó: "capturé gran número de ejemplares en las lomas de Madruga en Septiembre de 1909, durante mi estancia en ese pueblo en casa del Dr. La Torre que estaba allí de temporada, brindándome toda clase de comodidades.". (Sánchez Roig, 1911, p.353). El Museo del Instituto de Geología y Paleontología de Cuba lleva su nombre.

Carlos G. Aguayo y de Castro (1899-1982). Se vinculó a De la Torre desde niño, de quien fue ayudante de cátedra en 1922, así como auxiliar en la edición del libro *Ictiología cubana*, de Felipe Poey. Su tesis de doctorado fue acerca de las especies de guajacones cubanos. Inició en Cuba la enseñanza de la ecología animal y la biología marina. Fue el más destacado malacólogo cubano tras la muerte de De la Torre. Acerca de su maestro publicó: "Don Carlos de la Torre. Oración fúnebre" (1950) y "Don Carlos: el naturalista" (1951). En un estudio acerca del desarrollo de la zoología en Cuba, expresó: "La Zoología netamente cubana tuvo su origen en Don Felipe Poey y ha sido desarrollada por Don Carlos de la Torre y su Escuela" (Álvarez, 1958c, p.334). Fue el director del Centro de Investigaciones Pesqueras fundado en La Habana en 1952.

Pedro Joaquín Bermúdez Hernández (1905-1979). Fue ayudante y colaborador de Carlos de la Torre en la Universidad de La Habana, donde impartió clases de Zoología. Entre 1936 y 1937 tuvo una beca en los Estados Unidos. Participó con De la Torre en varias expediciones científicas por territorio cubano y en la conformación de colecciones malacológicas. Fue una reconocida autoridad en el estudio de los foraminíferos cubanos. Sobre su saber y la colaboración que desarrolló con científicos estadounidenses, expresó De la Torre: "Antes, los americanos enseñaban a Bermúdez, pero ahora Bermúdez los enseña a ellos.". (Álvarez, 1958c, p.343). En 1960 se estableció en Venezuela, donde fue profesor de la Universidad Central.

Miguel L. Jaume García (1907-1990). De formación autodidacta, trabajó con Carlos de la Torre por cerca de veinte años, sobre todo en la conformación de colecciones de moluscos cubanos. Se plantea que De la Torre lo reconoció "como uno de sus más valiosos colaboradores" (Álvarez, 1958c, p.350). En 1942, organizó la Sociedad Malacológica Carlos de la Torre. En 1962 dirigió el Instituto de Biología de la Academia de Ciencias de Cuba.

José Álvarez Conde (1910-1980). Estudió Pedagogía en la Universidad de La Habana. Recibió clases de Carlos de la Torre en la cátedra de Biología. Después establecieron una estrecha relación y lo acompañó en numerosos viajes y exploraciones científicas. Fue profesor en el Instituto de Segunda Enseñanza de Santa Clara. Tras la muerte del sabio publicó varios artículos ("Conceptos pedagógicos de un sabio naturalista", "El malacólogo Don Carlos de la Torre", "El Don Carlos que yo conocí", "Don Carlos el sabio" y "Una carta inédita del doctor Carlos de la Torre sobre el caracol pintado"), así como la biografía *Don Carlos: vida de un naturalista* (1958). En este libro destacó que "la obra del Maestro ha sido continuada por sus discípulos que han realizado una labor meritísima en la docencia y la ciencia aplicando las enseñanzas que aprendieron con La Torre" (Álvarez, 1958a, p.118) En lo personal lo consideró "el Maestro querido, el amigo y consejero que me señaló que el camino del trabajo es el único para merecer el reconocimiento de la propia conciencia" (Álvarez, 1958a, p.16).

Abelardo Moreno Bonilla (1913-1992). Desde muy joven estableció correspondencia con Carlos de la Torre, gracias a lo cual este identificó y nombró la nueva especie de molusco *Urocoptes morenoi*. Impartió clases en la Universidad de La Habana. Fue autor de la primera biografía de Carlos de la Torre, la cual presentó el 30 de diciembre de 1940 en el Ateneo de La Habana, como parte del ciclo *Figuras cubanas de la investigación científica*. En esta conferencia dijo:

(…) Hoy casi al cumplir Don Carlos sus «primeros 83 años», como jocosamente dice él, yo, el más joven de sus discípulos, muestro a ustedes con orgullo la magna labor del sabio e ilustre maestro cubano, que representa una vida que brilla como el astro que nos ilumina (Moreno, 1942, p.443).

Casi al finalizar lo consideró como un "querido Maestro, padre espiritual de mi vida" (Moreno, 1942, p.445).También publicó "Don Carlos de la Torre y Huerta, investigador y maestro" (1956). Se le considera el discípulo más destacado de Carlos de la Torre. (García, 2002, p.285) Fue fundador de la Academia de Ciencias de Cuba en 1962. Trabajó en la fundación y desarrollo del Acuario Nacional de Cuba, del Parque Zoológico de La Habana y del Zoológico Nacional.

Isabel Pérez Farfante (1916-2009). Zoóloga cubana, especialista en moluscos, foraminíferos y crustáceos. Impartió clases en el Instituto de Segunda Enseñanza de la Víbora y en la Universidad de La Habana. Trabajó con Carlos de la Torre en estudios acerca de los colores en el género Polymita. Publicó dos trabajos sobre su maestro: "Don Carlos de la Torre y Huerta. Su aporte a las ciencias naturales cubanas" (1950) y "Bibliografía general de Don Carlos de la Torre y Huerta" (1950). (Bauer, 2010) Su libro más célebre fue *Nueva zoología* (1964). Se radicó en Estados Unidos desde 1961, donde sobresalió como especialista en crustáceos en el Smithonian Institute de Washington D.C.

Antonio Núñez Jiménez (1923-1998). Destacado científico cubano, geógrafo, espeleólogo y arqueólogo. Estudió en la Universidad de La Habana, donde conoció a Carlos de la Torre. Fue fundador de la Sociedad Espeleológica de Cuba en 1940. Formó parte del Ejército Rebelde, donde alcanzó el grado de capitán. Después de 1959 ocupó diferentes cargos políticos sin abandonar su labor científica, que fue amplísima. Se le considera el tercer descubridor de Cuba. Su libro *Geografía de Cuba* (1954),

condenado a la destrucción por la tiranía batistiana, estuvo dedicado “al Maestro y sabio naturalista Carlos de la Torre y Huerta” (Núñez, 1959, p.10). En este texto incluyó una foto que Carlos de la Torre le dedicó y en la cual lo llamó amigo, discípulo y colaborador. (**Anexo III**)

Carlos de la Torres: desarrolló una meritoria labor en la formación de una escuela cubana de naturalista desde finales del siglo XIX y todo el siglo XX. Sus discípulos, quienes siempre reconocieron el magisterio de De La Torre, fueron figuras relevantes de toda la ciencia, tanto en Cuba como en otros países. Este es un aporte importante que forma parte de la contribución de su pensamiento pedagógico a la educación cubana.

El amplio reconocimiento nacional e internacional tanto entre colegas como naturalistas docentes e investigaciones cubanos, los cuales vieron en ella características inconfundibles que la distinguían de otras similares .Siempre estuvo abierta a la asimilación de nuevos elementos, técnicas ,corrientes, tendencias ,hallazgos y descubrimientos provenientes del panorama científico general que contribuía a su enriquecimiento ,fortalecimiento y actualización sin perder de vista la identidad cultural cubana que constituyo su más sólido cimiento.

Los trabajos de la escuela fueron de gran utilidad para la historia de la geología cubana la prueba está en las revisiones bibliográficas realizadas en la que se consultaron 50 artículos y 13 se utilizaron en el trabajo, entre los que se destacan. Osamentas fósiles encontradas en las casimbas de la Sierra de Jatibonico, La vida en los abismos del mar entre otros. En la escuela de naturalistas se demostró de modo eficaz la enseñanza y aprendizaje de la ciencia en Cuba.

CONCLUSIONES

Carlos de la Torre y de la Huerta fue una figura destacada en la historia de la educación cubana. En su obra se constata un pensamiento pedagógico de avanzada, que se caracterizó, entre otras facetas, por la formación de una escuela cubana de naturalistas dedicados al estudio de la flora y fauna cubanas desde finales del siglo XIX y todo el siglo XX. Sus discípulos, quienes siempre reconocieron el magisterio de De la Torre, fueron figuras relevantes de la ciencia, tanto en Cuba como en otros países. Corresponde, como parte del estudio de la obra de Carlos de la Torre y de la Huerta, profundizar en esta faceta de su pensamiento pedagógico.

REFERENCIAS

Aguayo, C. G. (1942). *Introducción a la zoología sistemática*, Universidad de La Habana.

Álvarez, J. (1958a). *Don Carlos. Vida de un naturalista*, La Habana: Lex.

Álvarez, J. (1958b). *Historia de la botánica en Cuba*, La Habana: Publicaciones de la Junta Nacional de Arqueología y Etnología.

Álvarez, J. (1958c). *Historia de la zoología en Cuba*, La Habana: Publicaciones de la Junta Nacional de Arqueología y Etnología.

Bauer, R.T. (2010). *Isabel Pérez Farfante de Canet 24 June 1916-20 August 2009*”, *Journal of Crustacean Biology*, Año 30(2), pp.345-349.

Clark, I. (2004). *Carlos de la Torre: continuidad y ruptura en la vida de un hombre de ciencia. Páginas matanceras*, ediciones de la Oficina del Historiador de la Ciudad de Matanzas.

Cuní, L. A. (1910). Contribución al estudio de los mamíferos acuáticos observados en las costas de Cuba. *Revista de la Facultad de Letras y Ciencias*, XI(1) jul., pp.66-104.

García, R. (2002). *Cien figuras de la ciencia en Cuba*, La Habana: Científico-Técnica.

Mestre, A. (1915). Las ciencias zoológicas en nuestra Universidad. *Revista de la Facultad de Letras y Ciencias*, XXI(3), nov, pp.241-294.

Moreno, A. (1942). *Don Carlos de la Torre*. *Figuras cubanas de la investigación científica*, La Habana: Publicaciones del Ateneo de La Habana. pp.347-445.

Núñez, A. (1959). *Geografía de Cuba*, Adaptada al Nuevo Programa Revolucionario de Bachillerato, La Habana: Lex.

Pruna, P.M. (2006). *Historia de la ciencia y la tecnología en Cuba.* La Habana.

Sánchez, M. (1911). Los arácnidos de la isla de Cuba. *Revista de la Facultad de Letras y Ciencias*, XIII(3), mar, pp.349-363.

ANEXOS

Anexo I. Algunos de los científicos que integraron la escuela cubana de naturalistas formada por Carlos de la Torre.



Arístides Mestre Hevia

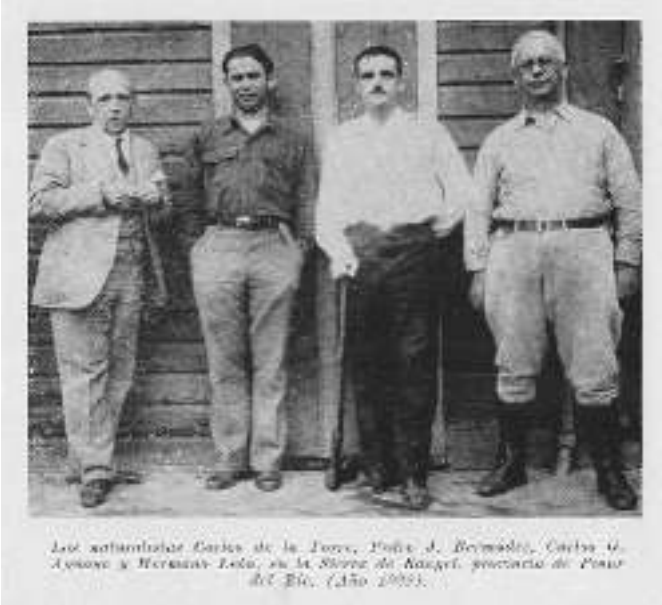


Víctor Rodríguez Torralbas



Isabel Pérez Farfante y su esposo Gerardo Canet, junto a Carlos de la Torre.

Anexo II. Evidencias fotográficas de las actividades científicas de Carlos de la Torre junto a algunos de sus discípulos.



Los naturalistas Carlos de la Torre, Pedro A. Bermúdez, Carlos G. Aymono y Hermano León, en la Sierra de Rangel, provincia de Pinar del Río. (Año 1939).

VALIDEZ PREDICTIVA DEL TRABAJO DE CONTROL DE ONTOGENIA HUMANA Y SOMA DE LOS RESULTADOS DEL EXAMEN FINAL.

PREDICTIVE VALIDITY OF THE WORK OF CONTROL OF HUMAN ONTOGENIA AND SOMA OF THE RESULTS OF THE FINAL EXAMINATION.

María Elena Blanco Pereira (mariabp.mtz@infomed.sld.cu)

Damarys Hernández Suárez (damaryshdez.mtz@infomed.sld.cu)

Grecia Martínez Leyva (greciamartinez.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

La validez es el indicador de calidad más importante de un cuestionario y existen tres tipos fundamentales: de contenido, de criterio y de constructo. La validez predictiva, objeto del presente estudio es una variante de la validez de criterio, en la cual el criterio se fija en el futuro. Con el objetivo de determinar la validez predictiva del trabajo de control de Ontogenia humana y SOMA de los resultados en el examen final de dicha asignatura, Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas. Se realizó un estudio descriptivo en el marco de la educación médica para describir los resultados académicos de los dos instrumentos evaluativos y calcular la validez predictiva del trabajo de control de las preguntas del tema 1 en el examen ordinario aplicado, a través del coeficiente de determinación de la regresión lineal (R^2). Como conclusión, el trabajo de control tiene validez predictiva de los resultados del examen final de Ontogenia humana y SOMA.

PALABRAS CLAVES: validez, validez predictiva, evaluación, exámenes escritos.

ABSTRACT

Validity is the most important quality indicator of a questionnaire and there are three fundamental types: content, criterion and construct. The predictive validity, object of the present study is a variant of the criterion validity, in which the criterion is fixed in the future. With the objective to determine the predictive validity of the work of control of human Ontogeny and SOMA, of the results in the final exam of this subject, Faculty of Medical Sciences of Matanzas, course 2018-2019, a descriptive study was carried out within the framework of medical education to describe the academic results of the two evaluative instruments and calculate the predictive validity of the control work of the questions of topic 1 in the applied ordinary examination, through the coefficient of determination of the linear regression (R2). The results were expressed in percentages and arithmetic mean reflected in table and graphs made through the statistical package Microsoft Office Excel. In the two analyzed instruments, the rating of 4 prevailed, the R2 value calculated was 0.865, which showed a very positive correlation between the qualification of the control work and the final exam. As conclusions that the control work has predictive validity of the results of the final examination of human Ontogeny and SOMA.

KEY WORDS: validity, predictive validity, evaluation, written exams.

INTRODUCCIÓN

La evaluación es uno de los aspectos más polémicos y de mayor interés en la práctica pedagógica, a la vez que desempeña una función importante para mejorar la enseñanza, al controlar continuamente, hace posible detectar sus aciertos y sus errores (Salas, 2017).

Los autores en perfecto acuerdo con autores consultados (Borjas, 2014) consideran a la evaluación como una reflexión sistemática, contextualizada, humanizante y transformadora, encaminada a establecer y comprender los sentidos, las potencialidades, las significaciones, las cualidades, la pertinencia, el impacto, así como también las limitaciones y obstáculos que impiden concretar las intenciones educativas e ideales de formación. Consecuentemente, la evaluación no debe ser reducida a un sólo momento en la ruta educativa, se exige que esta se convierta en un pilar permanente.

> (…) Evaluar es una acción eminentemente humana donde está presente, en algún grado, el subjetivismo de los implicados, por lo tanto, es un proceso difícil. Es necesario que el sistema de evaluación sea lo más sólido posible, se impone que los instrumentos que se empleen tengan la calidad requerida y se pongan sistemáticamente a prueba (Salas, 2017, Fernández, 2017, Méndez, 2010).

Dentro de los indicadores de calidad de los exámenes escritos que con mayor frecuencia se trabajan está la validez, confiabilidad, discriminación y dificultad; de ellos el más importante es la validez que se define como la correspondencia que existe entre lo que un instrumento evaluativo pretende medir y lo que realmente mide (Ortiz, 2015, Covacevich, 2014; Rodríguez, 2016; Sepúlveda, 2015; Gallardo, 2015; Rubio, 2016). Existen tres tipos fundamentales de validez: de contenido, de constructo y de criterio (Gómez, 2014, Villamarín, 2017; Sánchez, 2015; Rodríguez, 2016; González, 2015).

La validez de criterio se define como,

(…) la relación de la puntuación de cada sujeto examinado con un estándar o criterio externo que tenga garantías de medir lo que se desea medir. La validez predictiva, objeto del presente estudio es una variante de validez de criterio, en la cual el criterio se fija en el futuro (Gómez, 2014 y Villamarín, 2017).

La carrera de Medicina comienza su currículo a partir del curso 2016-2017 con la implementación del plan D y una de sus disciplinas es Bases Biológicas de la Medicina que se imparte en tres semestres e integrada por siete asignaturas, la misma es integradora y sigue la tendencia actual de las ciencias básicas biomédicas en la unificación interdisciplinaria para tratar los problemas comunes o afines de varias ramas científicas. Una asignatura que integra dicha disciplina es Ontogenia humana y SOMA que se imparte en el primer semestre de primer año e incluye los contenidos referentes a desarrollo prenatal general y sistema osteomioarticular (Turro, 2015).

Problema científico: ¿Cuál es la validez predictiva el trabajo de control de Ontogenia humana y SOMA, de los resultados en el examen final de dicha asignatura, en la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas, en el curso 2018- 2019?

Hipótesis: El trabajo de control de Ontogenia humana y SOMA, tiene validez predictiva de los resultados en el examen final de dicha asignatura, en la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas, en el curso 2018- 2019.

- Variable independiente: Resultados en el trabajo de control.
- Variable dependiente: Resultados en el examen final.

Objetivos:

1. Describir los resultados de las calificaciones de los estudiantes en ambos instrumentos evaluativos en el curso académico 2018-2019.
2. Determinar la validez predictiva del trabajo de control de Ontogenia humana y SOMA, de los resultados en el examen final de dicha asignatura en dicho curso académico.

Método

Se realizó un estudio de investigación (descriptivo y transversal) en el marco de la educación médica, para describir los resultados del trabajo de control y de las preguntas del tema Ontogenia humana del examen final de la asignatura Ontogenia humana y SOMA, en la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas, curso2018-2019, y calcular la validez predictiva del trabajo de control, de los resultados de dichas preguntas del examen en dicho curso académico.

El universo estuvo representado por los trabajos de control y exámenes aplicados a todos los estudiantes que tenían derecho al examen teórico de primer año de Medicina. Se trabajó con todo el universo (N=362).

El método empírico utilizado fue la revisión documental y bibliográfica (análisis del Registro de Control de Asistencia y Evaluación de la asignatura y exámenes ordinarios, así como las referencias bibliográficas del tema, expuesta en el informe de investigación).

Los métodos estadísticos fueron el porcentaje y la media aritmética para la descripción de los resultados académicos y coeficiente de determinación de la regresión lineal (R^2) para el cálculo de la validez predictiva, aceptándose un valor superior a 0,6.

Para el cálculo de la media aritmética y del coeficiente R^2 se calificó en base a 100 puntos, convirtiéndose ulteriormente a la calificación cualitativa oficial como se expresa a continuación:

· 5 de 90 a 100 puntos

· 4 de 80 a 89 puntos

· 3 de 70 a 79 puntos

· 2 menos de 70 puntos

El procesamiento estadístico se realizó a través del paquete estadístico Microsoft Office Excel en una laptop ASUS con ambiente Windows 2007.

Resultados y discusión

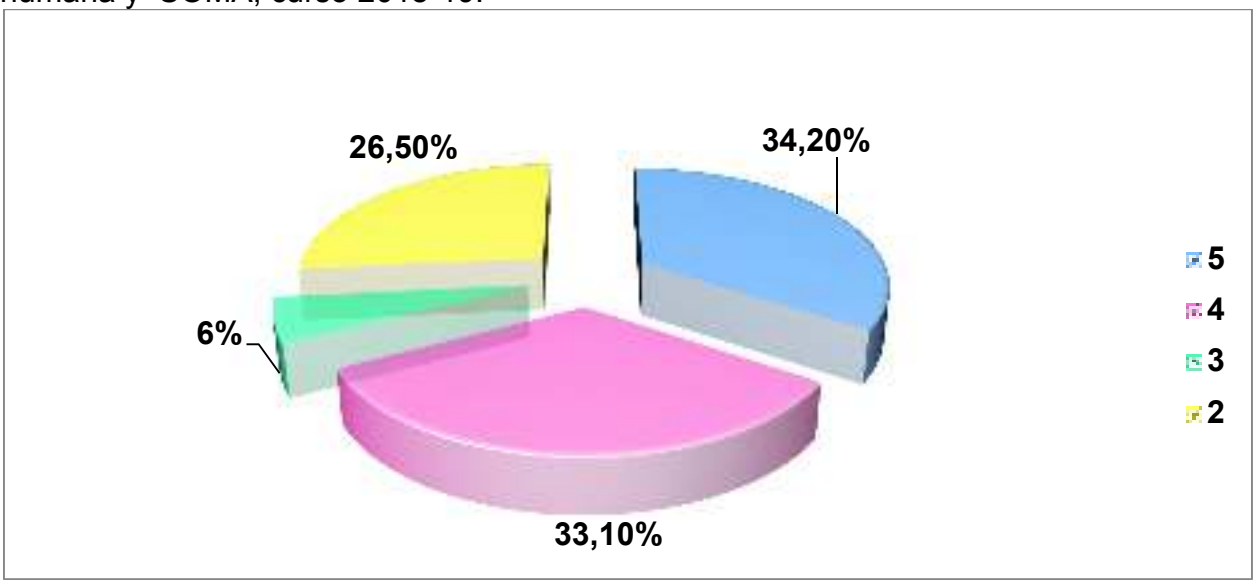
La tabla 1 y gráficos 1-2 muestran en porcentajes los resultados docentes del trabajo de control en el cual se evaluó los contenidos del tema 1 y de las preguntas 1 y 2 que evaluaron en el examen final dicho tema en el curso 2018-2019. Obsérvese que para ambos instrumentos prevaleció la calificación de 5 y 4 respectivamente.

Tabla 1: Valor porcentual de las calificaciones en el trabajo de control y examen final, Ontogenia humana y SOMA, curso 2018-19.

TRABAJO DE CONTROL	EXAMEN FINAL			
	5	4	3	2
5	61,50	36,80	5,80	5,60
4	33,30	57,30	11,70	8,40
3	2,50	2,40	29,40	10,37
2	2,50	3,20	52,90	75,40

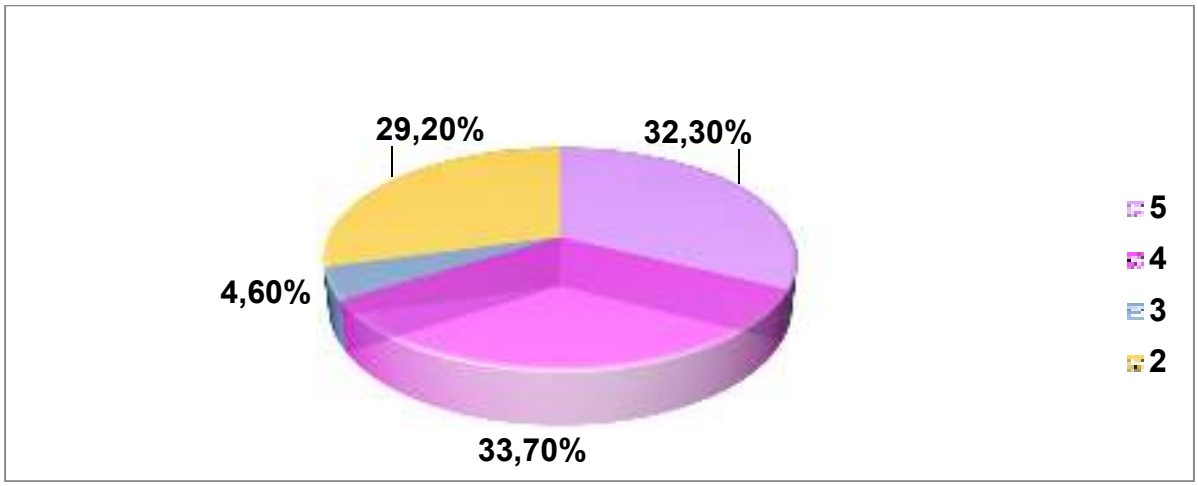
Fuente: Procesamiento estadístico

Gráfico 1: Valor porcentual de las calificaciones en el trabajo de control de Ontogenia humana y SOMA, curso 2018-19.



Fuente: Procesamiento estadístico

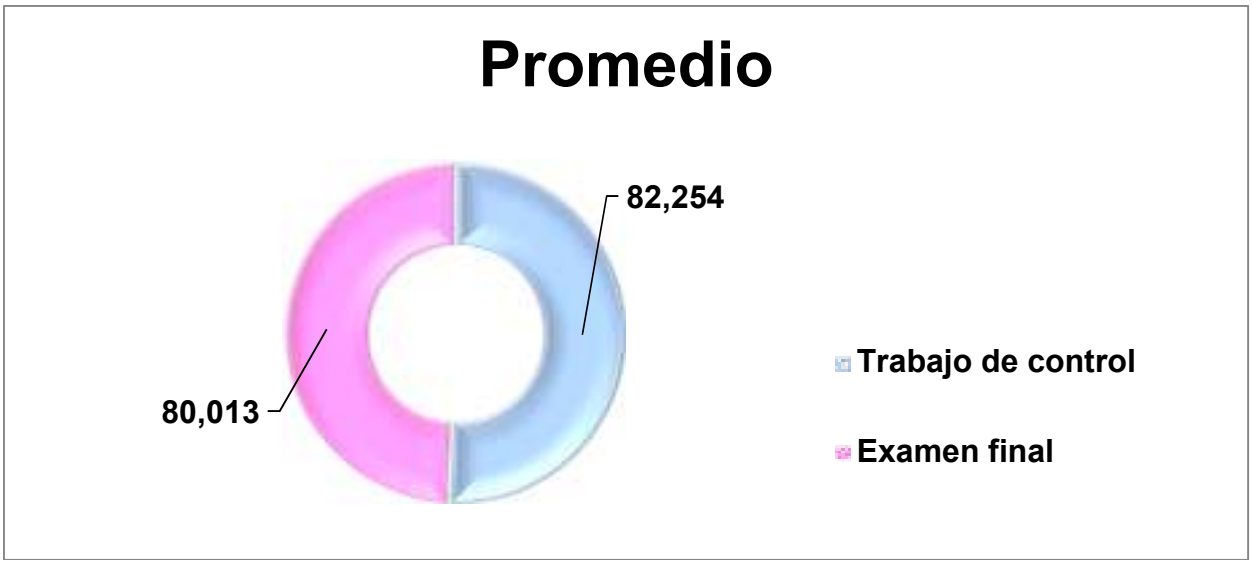
Gráfico 2: Valor porcentual de las calificaciones en el examen final de Ontogenia humana y SOMA, curso 2018-19.



Fuente: Procesamiento estadístico

El gráfico 3 refleja las medias aritméticas calculadas de las puntuaciones de ambos instrumentos evaluativos. En este caso, los valores fueron de 82,254 para el trabajo de control y 80,013 para el examen final, correspondiente a la calificación cualitativa de Estos resultados coinciden con el comportamiento general de las calificaciones de las evaluaciones frecuentes del tema 1, de la asignatura Ontogenia humana y SOMA en el curso académico estudiado.

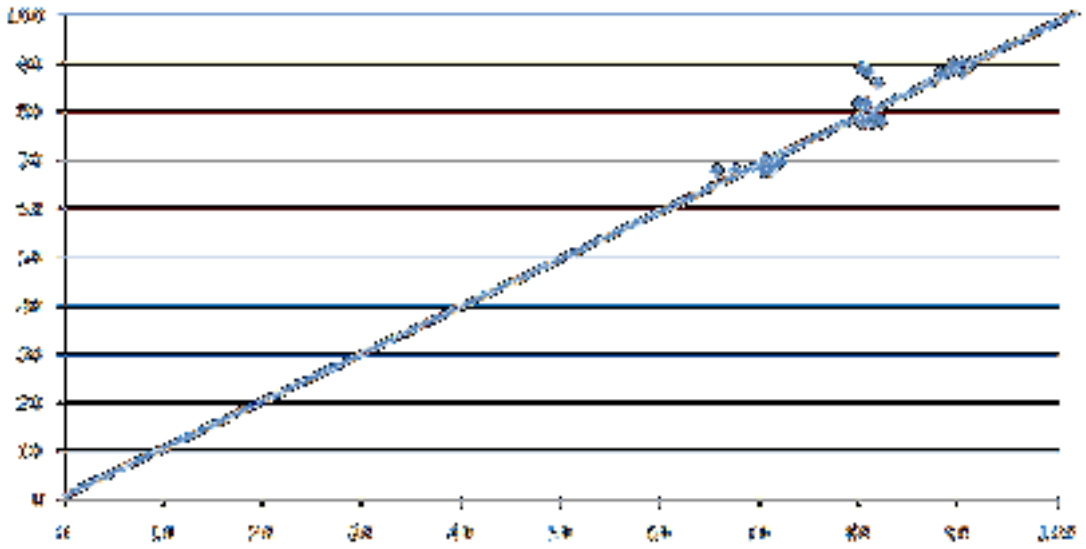
Gráfico 3: Media aritmética de las calificaciones en el trabajo de control y examen final de Ontogenia humana y SOMA, curso 2018-19.



Fuente: Procesamiento estadístico

El gráfico 4 refleja los resultados del cálculo del coeficiente de determinación de la regresión lineal (R^2). Este es un estadístico usado en el contexto de un modelo cuyo principal propósito es predecir futuros resultados o probar una hipótesis, cuyo valor oscila entre 0 y 1, cuanto más cercano a 1, mayor será la validez predictiva que se pretende probar (Rubio Codina M 2016, Gómez López VM 2014, Villamarín Guevara RS 2017, Sánchez Hernández E 2015).

Gráfico 4: Correlación de las puntuaciones en el trabajo de control y examen final de Ontogenia humana y SOMA, curso 2018-19.



Fuente: Procesamiento estadístico R^2=0,865

El término "predicción" se emplea en un sentido muy general (y no gramatical) para referirse a las relaciones funcionales entre las calificaciones de un instrumento después de que este fue aplicado (Gómez López VM 2014).En el marco de esta investigación se utilizó para determinar la correlación entre la variable independiente (X) correspondiente al resultado del trabajo de control de cada estudiante objeto de estudio, con la variable dependiente (Y) que representó los resultados en las preguntas del tema 1 de la asignatura en el examen final.

El resultado del R^2 calculado fue 0,865, valor superior a 0,6, por lo que en total acuerdo con el criterio de autores consultados (Rubio, 2016; Gómez, 2014), los del presente trabajo consideran que existe correlación muy positiva entre ambas variables, aceptando la hipótesis de investigación, es decir, el trabajo de control tiene validez predictiva de los resultados del examen final de la asignatura estudiada.

En comparación a los dos cursos precedentes en los cuales los valores de los coeficientes R^2 alcanzados no superaron la cifra de 0,7, los autores consideraron que ello pudo estar asociado a que el tipo de pregunta utilizada en el trabajo de control no fue exactamente igual a la de las preguntas 1 y 2 del examen final (Blanco, 2018),

aspecto que se tuvo en cuenta por el colectivo de profesores de la asignatura del presente curso académico en el momento del diseño de los instrumentos evaluativos.

Dado que la validez predictiva ya definida como el grado hasta el cual la ejecución de un instrumento sirve para predecir eficientemente la conducta futura de las personas que se han examinado y analizados los resultados obtenidos en la presente investigación, los autores consideran trascendente mantener este indicador en el proyecto sobre calidad de la evaluación de la disciplina Bases biológicas de la medicina, con el propósito de establecer atención personalizada para los estudiantes que obtengan baja calificación en el trabajo de control, en función de garantizar su mejor desempeño en el tema de Ontogenia humana, y contribuir así a alcanzar calificaciones superiores en el examen final de esta asignatura.

CONCLUSIONES

En el trabajo de control y en el examen final del curso académico 2018-2019 prevaleció la calificación de 4. Existió correlación muy positiva entre la calificación del trabajo de control y el examen final, lo cual permite afirmar que el trabajo de control tiene validez predictiva de los resultados del examen final.

REFERENCIAS

Blanco, ME.; Hernández, D.; Martínez, G.; Hernández, F. (2018). *Validez predictiva del trabajo de control de Ontogenia Humana y SOMA de los resultados del examen final*. FCMM, cursos 2016-2017 y 2017-2018. Convención Internacional Virtual de Ciencias Morfológicas 2018. Recuperado de http://www.morfovirtual2018.sld.cu/index.php/morfovirtual/2018/paper/view/181

Borjas, M. (2014). *La evaluación del aprendizaje como compromiso: una visión desde la pedagogía crítica*. Rastros Rostros, 16(30), 35-45. Recuperado de https://revistas.ucc.edu.co/index.php/ra/article/view/816/829

Covacevich, C. (2014). *Cómo seleccionar un instrumento para evaluar aprendizajes estudiantiles*. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6758/C%C3%B3mo-seleccionar-un-instrumento-para-evaluar-aprendizajes-estudiantiles.pdf

Fernández, S. (2017). *Evaluación y aprendizaje*. MARCOELE Revista de Didáctica, 24. Recuperado de https://marcoele.com/descargas/24/fernandez-evaluacion_aprendizaje.pdf

Gallardo, KE.; Valdés, DE. (2015). Las prácticas de evaluación del aprendizaje en relación con los estándares internacionales: un estudio exploratorio. *Innovación Educativa* Colombia, 15(68), p117-133.

Gómez, VM.; Rosales, S.; Vázquez, JA. (2014). Validez y consistencia de un instrumento para evaluar la práctica docente en clínica médica de pregrado. *Educación y Desarrollo* (28).

González, VM.; Maciá, ML (2015). Evaluación de la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje en estudios de grado en Enfermería. *Rev. Latino-Am*. Enfermagem 23(4), 700-7 DOI: 10.1590/0104-1169.0393.2606 www.eerp.usp.br/rlae

Méndez, N.; López, Y.; Vallejo, I.; Vallejo, G. (2010). *Impacto de los instrumentos evaluativos en el nuevo modelo de formación en la asignatura Morfofisiología*. Medisan, 14(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000100004&script=sci_arttext&tlng=en

Ortiz, GM.; Díaz, PA.; Llanos, OR.; Pérez, SM.; González, K. (2015). *Dificultad y discriminación de los ítems del examen de Metodología de la Investigación y Estadística*. Biblioteca Virtual de Salud, 7(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742015000200003

Rodríguez, KI.; Manterola, C. (2016). *Validez concurrente y confiabilidad interobservador de la escala de medición de esfuerzo percibido infantil EPInfant en niños sanos chilenos*. Arch Argent Pediatr, 114(4), 343-354.

Rubio, M.; Araujo, MC. Grantham, AS. (2016). *Validez concurrente y viabilidad de pruebas cortas comúnmente usadas para medir el desarrollo infantil temprano en estudios a gran escala: Metodología y resultados*. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.

Salas, RS, Salas Mainegra, A. *Evaluación para el aprendizaje en Ciencias de la Salud*. EDUMECENTRO 2017, 9(1).

Sánchez, E.; Medina, M.; Rodríguez, M.; Vega, L.; De la Torre, G. (2015). *Indicadores de calidad para un examen teórico de la especialidad de medicina general integral*. MEDISAN, 19 (2). Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000200002&lng=es&nrm=iso

Sepúlveda, AC.; Gaspar, N.; Reyes, LI.; Gonzalez, HJ (2015). Confiabilidad y validez de un instrumento de evaluación de la competencia clínica integral de médicos residentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 53(1), 30-9

Turro, A.; Fundora, O.; Rubal, N.; Valladares, B.; Bernardo, MG.; Jiménez, R. (2015). *Programa Ontogenia humana y SOMA*. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Comisión Nacional de carrera de Medicina.

Villamarín, RS (2017). *Índices de la calidad de los instrumentos de evaluación*. Boletín virtual, 6.(Soporte digital)

CAPÍTULO 6. LA GESTIÓN UNIVERSITARIA EN LE EDUCACIÓN MÉDICA. PROCESOS SUSTANTIVOS

ASPECTOS DISTINTIVOS DEL EXAMEN DE GRADUACIÓN DE RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EN CUBA

DISTINCTIVE ASPECTS OF RESIDENTS' GRADUATION EXAM OF THE MEDICAL SPECIALISTIES IN CUBA

Mayalin García Bellocq (mayelingb.mtz@infomed.sld.cu)

José Alberto Afonso de León (jalberto.mtz@infomed.sld.cu)

Clara Obdulia Laucirica Hernández (claralaucirica.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

Dentro de la formación de posgrado la especialización ocupa un lugar muy importante, para lograrlo en el Sistema Nacional de Salud se estableció el Régimen de Residencias dirigido a los profesionales que egresan de las carreras del Sistema Nacional de Salud. Dentro de los programas de formación destaca el Sistema de Evaluación, este tiene dentro de sus modalidades el Examen de Graduación que constituye el colofón del proceso formativo. Los autores a partir de la revisión de los documentos rectores sobre el posgrado, artículos y su experiencia personal, se proponen actualizar y sistematizar los conocimientos sobre el tema, así como contrastar con lo publicado al respecto en otros países. Las fechas en que se convoca, la conformación y constitución de los tribunales, los componentes de la evaluación, la forma de calificación y la documentación requerida están bien establecidas, pero cada país tiene sus particularidades.

PALABRAS CLAVE: residencia, examen, graduación

ABSTRACT

Within the postgraduate training specialization occupies a very important place, to achieve it in the National Health System the Residency Regime was established aimed at professionals who graduate from the careers of the National Health System. Within the training programs, the Evaluation System stands out, this has within its modalities the Graduation Exam which is the culmination of the training process. The authors, after reviewing the guiding documents on the postgraduate course, articles and their personal experience, intend to update and systematize the knowledge on the subject. The dates on which it is convened, the formation and constitution of the courts, the components of the evaluation, the form of qualification and the required documentation are well established, but in each country it has its particularities.

KEY WORDS: residence, exam, graduation

INTRODUCCIÓN

La especialización en la profesión médica responde a la necesidad de proporcionar actualización, profundización, perfeccionamiento o ampliación de la competencia laboral en el desempeño profesional y también a la innovación que va generalmente relacionada con el desarrollo de la investigación (MES, 2016). Para lograr lo anterior es imprescindible concebir programas muy bien elaborados teniendo en cuenta sus elementos fundamentales: objetivos, perfil del egresado, actividad laboral y evaluación. Es objetivo de la especialización desarrollar habilidades para asimilar tecnologías, adquisición de métodos, técnicas profesionales y modos de actuación inherentes a

determinados campos de acción y a las funciones y requerimientos de diferentes puestos de trabajo o cargos para los que podrán ser designados y que no fueron estudiados en los niveles precedentes o que fueron adquiridos sin la profundidad requerida para lograr un desempeño exitoso (Junta de acreditación nacional [JAN], 2015, 2019).

El Sistema Nacional de Salud aspira que el ejercicio profesional se desarrolle sobre la base de una preparación especializada. Para lograrlo estableció el Régimen de Residencias en Ciencias de la Salud dirigido a los profesionales que egresan de las carreras del Sistema Nacional de Salud (SNS). Mediante este régimen se forman como especialistas de primer grado (MINSAP, 2004).

Cuba se encuentra entre los países de América cuyos programas de formación están basados en acuerdos entre hospitales e instituciones educativas universitarias, de tal forma: “La universidad es la principal responsable de la formación académica mediante las obligaciones del convenio docencia-asistencia; debe asistir la formación del residente en aspectos de docencia e investigación; debe proveer los reglamentos y supervisar la práctica” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011).

Un aspecto muy importante del régimen de residencia es el Sistema de Evaluación del aprendizaje que es parte integral de los Programas de Formación de las Especialidades y se fundamenta en sus contenidos y objetivos pedagógicos.

El Sistema de Evaluación en Cuba establece tres tipos de evaluación en dependencia de su propósito y del momento en que se producen:

1. Evaluación de Curso.
2. Evaluación de Promoción.
3. Evaluación de Graduación (MINSAP, 2004).

En otros países el proceso de evaluación y la obtención del certificado (título de especialista) tienen sus similitudes y diferencias. Los autores se han propuesto una actualización y análisis sobre la Evaluación de Graduación a partir de la revisión de los documentos rectores sobre el posgrado y la especialización, artículos sobre el tema y su experiencia personal basada en los años dedicados a la docencia y la dirección del proceso, para contrastarla con lo publicado en revistas nacionales e internacionales.

Convocatoria, conformación y constitución de los tribunales

La Evaluación de Graduación, que también se nombra comúnmente en Cuba “*examen estatal*”, constituye el colofón del proceso formativo de un especialista que permite precisar el dominio de los conocimientos y habilidades de los que se ha apropiado y cumplir con los modos de actuación en cuatro funciones básicas: atención médica, administrativa, docente e investigativa.

Al inicio de cada curso académico las direcciones de posgrado emiten las indicaciones de carácter nacional con las adecuaciones provinciales que permiten responder al encargo social del territorio. De esa manera quedan definidas las fechas de convocación, la conformación y la constitución de los tribunales, así como los componentes de la evaluación, la forma de calificación y la documentación requerida. Todo ello en

consonancia con el Reglamento del régimen de residencia en ciencias de la salud (MINSAP, 2004), y en los documentos de la serie 36 (MINSAP, s.f.).

Dos veces al año se convocan los tribunales para la evaluación de graduación: el período de abril-mayo y el de octubre-noviembre. De manera excepcional se autoriza la realización de exámenes fuera de estos períodos. En cuanto a la conformación de los tribunales existe un adecuado ordenamiento. Cada Tribunal Estatal estará integrado por un presidente, un secretario, de uno a tres vocales, generalmente uno y un suplente. Este último sólo ejercerá sus funciones como vocal cuando por razones debidamente justificadas deba ser sustituido un miembro y lógicamente dicha sustitución será analizada de acuerdo a las categorías docentes de los componentes (MINSAP, 2004).

La constitución de los tribunales estatales debe revestirse de gran profesionalidad pues es el modo de proclamar el término de la formación de aquellos profesionales que responden a un encargo social para cumplimentar en primer lugar la calidad de los servicios que se prestan pero además serán la promesa de perpetuar el compromiso docente y las tareas de investigación que tanto se necesitan. En forma alguna se debe permanecer indiferente cuando no se realice debidamente este acto y es lamentable, pero hay que reconocer que algo así ha ocurrido. Los participantes deben ser las máximas autoridades académicas de la Universidad Médica y Facultad de Medicina, es decir, el rector y el decano respectivamente, el director de formación de posgrado de la Universidad, el jefe del departamento de posgrado de la facultad, el coordinador y miembros del Comité Académico de la Especialidad y los integrantes de los tribunales. Luego de la apertura del acto el rector debe dar lectura de las resoluciones expedidas con el nombramiento de los miembros de los tribunales. Es la ocasión propicia para puntualizar diferentes aspectos del proceso del examen de acuerdo a los documentos rectores, unificar criterios de manera que no existan divergencias en la actuación de los diferentes tribunales. Esto es extremadamente importante ya que debe evitarse a toda costa que existan criterios desfavorables de la justeza, el respeto, el orden y la disciplina de los tribunales, elementos que aseguran su prestigio. Son entregados luego los expedientes docentes y los Trabajos de Terminación de la Especialidad a los presidentes, quienes designarán los miembros que realizarán la oponencia para la defensa de los mismos y que no será realizada por ellos.

Requisitos para formar parte de un tribunal de graduación

Ser parte de un Tribunal de Graduación constituye un reconocimiento a la preparación, categoría docente y grado de especialización. Para ser designado miembro de los Tribunales Estatales el profesor debe reunir los requisitos siguientes (MINSAP, 2004):

- Poseer categoría docente principal de Profesor Titular, Auxiliar y excepcionalmente Asistente o Instructor. Los presidentes y secretarios deben poseer la categoría de Profesor Titular o Auxiliar. El suplente por tanto debe tener también una categoría principal.
- Poseer el Segundo Grado de la Especialidad o excepcionalmente el de Especialista de Primer Grado, con más de cinco años de experiencia docente. Pueden ser nombrados miembros de Tribunales Estatales, otros profesionales del sistema en las especialidades que así corresponda.

- Tener práctica activa en un departamento, servicio o área de salud con residentes de la especialidad.
- Tener nivel científico e información actualizada, avalada por su currículum personal.
- Tener prestigio profesional y moral ante sus compañeros y educandos.
- Mostrar una actitud laboral y social consecuente con su condición de educador.

Para las especialidades de nueva creación o de pocos años de desarrollo, de forma excepcional el rector o decano de las facultades Independientes a propuesta de los vicerrectores y vicedecanos (directores) de postgrado determinará la adecuación de los requisitos establecidos hasta tanto se creen las condiciones para cumplirlos a cabalidad. Se admite también previa autorización por las autoridades antes mencionadas que los tribunales los presida o compongan profesores con categorías principales de especialidades afines.

Componentes del examen de graduación

De acuerdo al Reglamento para la Educación de Posgrado de la República de Cuba del Ministerio de Educación Superior: “Para la evaluación final de la especialidad de posgrado se realiza la defensa –ante tribunal- de un trabajo profesional que demuestre haber alcanzado los objetivos previstos en el programa y que recoja la contribución personal en el campo de acción de la especialidad ofreciendo solución a un problema profesional de la entidad de la cual procede. Este ejercicio profesional se fundamenta y resume en una memoria escrita” (MES, 2016).

Sin embargo, la evaluación final (examen de graduación) en el caso de las especialidades médicas tiene otros componentes (MINSAP, 2004):

Calificación final de los estudios de la Especialidad (Expediente). Que aparece en actas, a veces, como evaluación de tarjetas pero es la evaluación promedio de los años de la residencia que consta en las actas de exámenes de promoción al término de cada año académico.

Calificación del Trabajo de Terminación de la Especialidad (TTE): trabajo escrito, presentación y defensa

Examen Estatal (ejercicio práctico y teórico): el ejercicio práctico se desarrolla en el tiempo, generalmente una semana, que se haya dispuesto por cada tribunal dentro del período del año concebido para esta evaluación y que ya fue señalado. Este ejercicio se realiza adecuado al perfil de la especialidad, de manera que se puedan incluir en el mismo diferentes formas de evaluación. Así, por ejemplo, en las especialidades clínicas como Medicina Interna son muy importantes la evaluación en pases de visita, actividad que ofrece muchas posibilidades al permitir el seguimiento del residente en el seguimiento del método clínico, su proyección docente ante la presencia de estudiantes de diferentes niveles, residentes de menor nivel así como personal de enfermería; también verificación del cumplimiento de las indicaciones e interrelación con otras especialidades que deban intervenir en los pacientes. Esta actividad también ofrece excelentes posibilidades de educar en valores tan importantes como responsabilidad, laboriosidad, generosidad, solidaridad, condolencia, honestidad, entre otros. Además se utilizan otras actividades como la reunión al egreso (sesión de alta), que organiza y dispone el seguimiento del

paciente y el necesario vínculo entre la atención primaria y secundaria de salud. Otros eslabones importantes en esta cadena evaluativa son las discusiones diagnósticas, las reuniones clínico patológicas, radiológicas, epidemiológicas y también reuniones hospitalarias que abarcan los ámbitos administrativos. El ejercicio teórico se realizará de forma oral o escrita, aunque la forma oral es más frecuentada. Dicho ejercicio deberá tener entre 5-10 preguntas generalizadoras, según se establece en el reglamento de la residencia, dirigidas a evaluar los objetivos generales del plan de estudios. Se considera que muchas veces esta consideración se torna algo imprecisa pero tener en cuenta que se trata de tomar lo común y esencial de los temas del programa ya que existen otros momentos para la realización de preguntas más específicas.

Todos los componentes según se explica en el artículo 116 del mencionado reglamento (MINSAP, 2004), deben ser aprobados con el 70% de la calificación que se le asignen el Plan de Estudios. La suma de las calificaciones de los componentes aprobados representa la puntuación final que obtiene el aspirante.

Cada residente durante sus años de formación tiene un expediente docente donde se asientan todos los documentos reglamentados, estos deben ser revisados sistemáticamente por el coordinador docente de la especialidad y por los presidentes de los tribunales de los exámenes de promoción, no obstante el presidente del tribunal de graduación verificará que el residente haya cumplido los módulos, cursos, rotaciones, estancias, exámenes de promoción y habilidades exigidas en el programa de la especialidad, así como la calidad del llenado de las actas de exámenes de promoción y de la tarjeta de evaluación de cada curso.

Previamente al Examen de Graduación, el Tribunal Estatal emitirá un criterio evaluativo de aprobado o desaprobado sobre el informe final escrito del TTE y de estar aprobado, procederá entonces a señalar la fecha para las diferentes evaluaciones. En caso de que el tribunal considere que el informe de TTE esté desaprobado, el residente se presentará de nuevo a examen en la próxima convocatoria y causará baja definitiva del régimen de residencia, quedando a disposición de asistencia médica en la Dirección Provincial de Salud Pública. El Tribunal informará al interesado, al tutor principal y al responsable docente de su unidad sobre los elementos en que basó su decisión y emitirá por escrito las recomendaciones correspondientes.

El orden en la realización de los componentes TTE y Examen de Graduación será a decisión de los tribunales y el tipo de especialidad (artículo 117) (MINSAP, 2004). En las especialidades del sistema de salud generalmente, después de concluido y aprobado el examen práctico, se dedica el último día del período previsto a la presentación del TTE y luego el examen teórico. No es condición única realizarlos el mismo día, aunque así se hace habitualmente.

La presentación del TTE se desarrolla de la siguiente forma: el residente hará una presentación en power point de los principales componentes: título, autor, tutor y asesor (de existir), introducción, objetivos, diseño, resultados expresados en tablas y/o gráficos y discusión de los mismos, conclusiones, recomendaciones y el uso de la bibliografía. En cuanto a este último aspecto, los autores han encontrado dificultades que ponen de relieve la necesidad de desarrollar procesos de formación de competencias en cuanto a las

informaciones esenciales en residentes y tutores, tal como han sido también identificadas por Rodríguez, Báez, Fernández y García (2016).

La designación como tutor o asesor del Trabajo de Terminación de la Especialidad (TTE) representa un mérito para el profesor y el reconocimiento de su calidad científica. Esta responsabilidad implica una obligación que debe cumplir con el mayor celo y dedicación y será reflejada en su evaluación profesoral anual.

El informe final del TTE es el documento en el que se exponen los resultados científicos alcanzados por el residente en su trabajo de investigación. En el primer año de la residencia, cuando se elige el tema de la investigación a desarrollar, el mismo deberá estar vinculado fundamentalmente con las líneas de investigación de la institución o del territorio pero que atañen a la especialidad, con lo cual se apoya a los objetivos de las instancias provinciales y es necesario que se caracterice por su valor científico y sentido práctico (MINSAP, 2004). Los resultados se presentan de forma sistematizada, lógica y objetiva en correspondencia con el proyecto presentado al término del primer año de la residencia y que debió discutirse y aprobarse por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la Investigación. De esa manera se cumple con la búsqueda de soluciones al problema planteado con respuestas científicas contextualizadas a partir de la utilización del método científico.

Esos aspectos serán evaluados por el miembro del tribunal dispuesto como oponente, quien tendrá en cuenta además, aspectos de diseño, estructura en tres apartados (presentación, cuerpo y final) y dentro de ellas, los diversos aspectos que la integran (MINSAP, 2004).

En la Universidad Médica de Matanzas (Cuba) existe un documento elaborado a partir de la revisión crítica de todos los aspectos importantes relacionados con: determinación de los temas de investigación de los TTE, forma de elaboración del proyecto de investigación y del informe final. También el programa del curso de Metodología de la Investigación que se ofrece en el primer año de la residencia va encaminado a constituir una importante guía en ese sentido.

La fase de presentación del informe final no debe rebasar los 20 minutos y en ella el tribunal evalúa el dominio del tema, la calidad de la presentación y las habilidades de comunicación del residente. A continuación, el oponente designado previamente, procederá a dar lectura al informe del análisis realizado y las preguntas correspondientes, a través de las cuales el residente defiende su trabajo.

El reglamento del régimen de residencias no establece cuantas preguntas se realizarán, sin embargo, la tendencia en los últimos 10 años ha sido realizar tres preguntas a los residentes vía directa y a partir de indicaciones del Viceministerio de Docencia e Investigaciones para los Tribunales estatales nacionales (MINSAP, 2008), una pregunta a los que son especialistas en Medicina General Integral. Estas estarán relacionadas con el tema y el diseño de la tesis y a diferencia de las tesis de maestría y de doctorado, no se entregan previamente, sino en el propio acto de defensa.

Para emitir la calificación del Trabajo de Terminación de la Especialidad el tribunal reúne la calificación del informe final, la presentación y la defensa. Si los dos últimos componentes no hubieran logrado la aprobación, el residente mantendría la nota obtenida en el informe final pero estaría desaprobado y luego de las explicaciones pertinentes al

interesado, al tutor principal y al responsable docente de su unidad sobre los elementos en que se basó la decisión, emitirá por escrito las recomendaciones correspondientes en hoja adjunta al acta de examen del aspirante que no continuará con el ejercicio teórico.

El acta de examen de graduación será confeccionada en el modelo establecido (modelo 36-26), estos documentos no deben tener tachaduras ni borrones, debiendo estar escritas en las líneas correspondientes, en el acto del examen, con el valor correspondiente a cada parámetro aunque esté suspenso en alguno de los ejercicios; debe tener el cuño de la unidad, firma de los miembros del tribunal y del residente. En caso de residente con un ejercicio suspenso, especificar las causas. Para cada residente deberán confeccionarse cinco actas, dos serán entregada al residente, dos se enviarán junto al expediente y la quinta se enviará al Departamento de Postgrado del MINSAP junto al informe cuanticualitativo de los Tribunales Nacionales, antes del 30 de enero de cada año (MINSAP, 2008). De las dos actas que recibe el residente una debe ser entregada sin dilación al Departamento de Recursos Humanos de la institución en que realizó la residencia, se incluirá en su expediente laboral de manera que puedan ser realizados los ajustes administrativos convenientes a su ubicación.

Cuando el residente desaprueba uno de los ejercicios del Examen Estatal (teórico y práctico), tiene que repetir el examen en su totalidad. La máxima calificación a obtener en el componente que fue desaprobado será del 70% del valor correspondiente.

En estas nuevas convocatorias mantendrán su valor las calificaciones obtenidas en la calificación final de los estudios de la especialidad (expediente) y la del informe final del trabajo de terminación de la especialidad.

Cuando se trata de tribunales estatales nacionales el residente regresará a su provincia sin examinar de no cumplir el expediente, el TTE o el propio examen en sus ejercicios finales con los requisitos establecidos adjuntando un informe del tribunal con las causas del rechazo (MINSAP, 2008).

Aspectos de interés sobre estos exámenes en otros países

En otros países también se incluye como aspecto importante del proceso formativo la elaboración de proyectos investigativos, en Uruguay para obtener el título de Especialista en Medicina Interna el posgraduado debe realizar una prueba final de la especialidad, como condición previa a la misma - entre otros requisitos - se incluye haber realizado y desarrollado un proyecto de investigación que será presentado y defendido frente a los profesores del servicio (Ormaechea, Verónica, Goñi, Rubiños de Brun y Ramos, 2018). En México también se exige presentar un trabajo de investigación concluido para obtener el título o diploma de especialista (Akaki y López, 2018). Al finalizar la residencia de posgrado en Venezuela, y cumplida la normativa vigente, que incluye la defensa de un Trabajo Especial de Grado, el título universitario es conferido por la universidad correspondiente (Patiño, Marulanda y Maritza, 2018).

El proceso de evaluación y/o titulación de especialistas tiene sus particularidades en otras naciones, en Perú, ante la falta de médicos especialistas, se admite la obtención del título a quienes adquirieron en la práctica las competencias de una especialidad en un servicio hospitalario reconocido o paramédicos que estudiaron en el extranjero y que no pueden revalidar su título en el país, por otra parte los residentes son graduados

automáticamente como especialistas al no estar establecido un examen nacional para ello (Penny y Collins, 2018).

Hasta la fecha no existe en Colombia un sistema de recertificación validado y legalizado por el Estado que rija para todas las especialidades médicas y todas las universidades que expiden títulos. Se permite la convalidación de títulos que hace directamente el Ministerio de Educación Nacional y las homologaciones pueden ser realizadas por las universidades que tengan el programa activo (Hernández y Sierra, 2018).

La formación académica de posgrado para las especialidades médicas en Bolivia contempla las rotaciones programadas y evaluadas cuatrimestralmente, semestralmente y anualmente, de acuerdo a un cronograma que incluye especialidades consideradas troncales, rotaciones internas y rotación externa habitualmente internacional (Córdova y Loza, 2018).

El título de especialista en Medicina Interna en Paraguay se obtiene a través de la residencia médica, es otorgado por la universidad, considerando la aprobación del posgrado dictado por ella y la culminación de la formación en servicio refrendada por la unidad formadora. La certificación como especialista es otorgada por la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna acorde a la documentación de las unidades formadoras y de la universidad (Solano, Elizeche, González, Yuruhán, 2018).

El proceso de evaluación de los aspirantes al título o certificado de especialista en Argentina consta de tres etapas sucesivas y excluyentes: la primera consiste en una entrevista personal del postulante y la evaluación de sus antecedentes curriculares, en la segunda el aspirante debe rendir examen escrito sobre los temas incluidos en los programas de formación de la especialidad y reconocidos por la autoridad de aplicación, que será aprobado cuando su valoración sea igual o superior al setenta por ciento (70%) del sistema de evaluación previsto reglamentariamente. En la tercera etapa el solicitante se someterá a un examen teórico-práctico basado en el análisis oral de uno o varios casos clínicos y en la realización de prácticas que podrá solicitar la comisión evaluadora, sin afectar la autonomía de los pacientes ni su integridad psicofísica y se cuente con su consentimiento informado, examen que aprobará cuando la puntuación sea igual o superior a 7 en una escala de 1 a 10 del sistema de calificación establecido (Falasco, S.I. y Falasco, M.A., 2018).

El Real Decreto 183/2008 de España (como se citó en Fernández, 2015) por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, establece una regulación común para todo el sistema de evaluaciones del residente (formativa, anual y final) y así constatar el cumplimiento de los objetivos y las competencias profesionales que debe adquirir de acuerdo al programa formativo. En la evaluación de residentes en las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Madrid, prima la evaluación formativa, considerada como verdadero motor del aprendizaje, frente a la sumativa, que solo permite ya la calificación positiva o negativa, sin matices (Cervera, Andrés y Cabello, 2018).

Los autores quieren resaltar que estos exámenes siempre deben constituir actos solemnes y una especial actividad docente pues en ella participan especialistas, residentes, estudiantes de Medicina de los diferentes niveles y pueden también estar

presentes estudiantes o especialistas de otras ramas de las Ciencias de la Salud. Es posible, incluso, que constituyan hasta expresión de la extensión universitaria porque es muy frecuente que acompañen al residente que se examina, miembros de su familia y amigos que pueden hacerse ecos de elementos y conocimientos adquiridos.

Luego de todas estas consideraciones se considera que toda la metodología establecida en el desarrollo de los exámenes de graduación deben seguirse con mucho respeto y cuidado pues garantiza la profesionalidad que debe caracterizar a todas las acciones que involucren una formación de calidad que hará posible servir adecuadamente y responder al encargo de la sociedad.

CONCLUSIONES

Aunque el examen final de graduación para las especialidades médicas en Cuba difiere del de otros países, su forma de realización está bien regulada y uniformada en todo el país ya que existe una resolución propia que rige la formación de los residentes, así como programas nacionales únicos para las especialidades.

Debe ser apreciada justamente la necesidad de cumplir estrictamente los ejercicios del Examen de Graduación que, por supuesto, también exige el cumplimiento de los ejercicios de promoción y de todos los elementos involucrado en las evaluaciones formativas del programa de la residencia.

REFERENCIAS

Akaki B, J.L., López Bárcena J. (2018). *La educación de pre y postgrado en América latina*. Formación de médicos especialistas en México. *Educ Med*, 19(S1), 36-42.

Cervera B, E., Andrés Prado, M.J., Cabello Ballesteros, L. (2018). *La evaluación de residentes en las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Madrid: ¿qué opinan los residentes y sus tutores*? *Educ Med*, 19 (2), 82-90.

Córdova R, S., Loza Chacón, F. (2018). La educación de pre y posgrado en América Latina. La historia de la residencia médica en medicina interna en Bolivia. *Educ Med*, 19 (S1), 12-18.

Falasco S.I., Falasco M.Á. (2018). La educación de pre y posgrado en América Latina. Formación de especialistas en Latinoamérica: Argentina. *Educ Med*, 19 (S1), 4-11.

Fernández P, J. (2015). Formación especializada en España: del internado rotatorio a la troncalidad*. Educ Med*, 16 (1), 57-67.

Hernández A, H.; Sierra R.M. (2018). La educación de pre y posgrado en América Latina. La formación de médicos en Colombia. *Educ Med*, 19 (S1), 31-35.

Junta de acreditación nacional (JAN). (2015). *Sistema de Evaluación y Acreditación de Especialidades de Postgrado (SEA-EP).* Resolución No. 307/15. La Habana, Cuba.

Junta de acreditación nacional (JAN). (2019). *Subsistema de Evaluación y Acreditación de Especialidades de Posgrado (SEA-EP).* Resolución No. 10/19. La Habana, Cuba.

Ministerio de Educación Superior (MES). (2016). *Reglamento para la Educación de Posgrado de la República de Cuba.* La Habana, Cuba.

Ministerio de Salud Pública (MINSAP). (2004). *Reglamento del régimen de residencia en ciencias de la salud*. Resolución No. 108/04. La Habana, Cuba.

Ministerio de Salud Pública (MINSAP). (2008). *Dirección nacional de formación de posgrado.* Orientaciones generales para los tribunales estatales nacionales. La Habana, Cuba.

Ministerio de Salud Pública (MINSAP). (s.f.). Docencia Médica Superior. Serie 36. La Habana, Cuba.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011). *Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud - Residencias médicas en América Latina. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. No. 5. Washington, D.C.: OPS, ISBN: 978-92-75-31633-7

Ormaechea G, G., Pérez, V.; Papadópulos A.; Goñi M., Rubiños de Brun M. y Ramos F. (2018). La educación de pre y postgrado en América Latina. Medicina interna en el Uruguay. Enseñanza de la Especialidad. *Educ Med*, 19 (S1), 53-59.

Patiño M.J., Marulanda M. I., Durán, M. (2018). La educación de pre y postgrado en América latina. Educación médica en América Latina: Venezuela. *Educ Med*, 19(S1), 60-65.

Penny E., Collins J. A. (2018). La educación de pre y posgrado en América Latina. Educación médica en el Perú. *Educ Med*, 19 (S1), 47-52.

Rodríguez I.Y., Báez E., Fernández J., García L. (2016). Necesidades de aprendizaje de residentes para búsqueda y referenciación bibliográfica del trabajo de terminación de la especialidad. *Rev Méd Electrón* [Internet], 38 (2), 132-144. Recuperado de http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2941/1422

Solano J.; González E.; González J., Yuruhán D. (2018). La educación de pre y posgrado en América Latina. Medicina Interna en Paraguay. *Educ Med*, 19 (S1), 43-46.

LITERATURA Y SALUD BUCAL, APORTE AL DESARROLLO DEL COMPONENTE CULTURAL DEL ESTOMATOLOGO GENERAL INTEGRAL

LITERATURE AND BUCCAL HEALTH, CONTRIBUTION TO THE DEVELOPMENT OF THE CULTURAL COMPONENT OF THE INTEGRAL GENERAL STOMATOLOGIST

Larisa Hernández Falcón (lhfalcon.mtz@infomed.sld.cu)

María Isabel Garay Crespo (mtz0116@infomed.sld.cu)

Mirian Rodríguez Casas (mmrodriguez.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

Emplear la literatura universal es una herramienta para revolucionar la enseñanza, una nueva forma de exponer los conocimientos, de transmitir la historia y la cultura de los pueblos. El objetivo de este trabajo es valorar el aporte de la utilización de la literatura universal en la asignatura Historia de la Estomatología, al desarrollo del componente cultural de los estudiantes de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Se realizó una búsqueda bibliográfica en libros artículos en soporte digital, encontrados en Internet con el buscador Google académico y con el uso de descriptores como literatura universal, salud bucal, cultura. La utilización de forma activa de textos de la literatura universal en el proceso docente educativo de la asignatura Historia de la Estomatología aporta a la formación del valor social desde lo histórico y cultural.

PALABRAS CLAVES: literatura universal, salud bucal, cultura.

ABSTRACT

To use the universal literature is a tool to revolutionize the teaching, a new form of exposing the knowledge, of transmitting the history and the culture of the towns. Few studies exist on this topic, with the result that the objective of this work is to value the contribution of the use of the universal literature in the subject History of the Stomatology, to the development of the cultural component of the students of the University of Medical Sciences of Matanzas. Considering these aspects is carried out a bibliographical search in books articles in digital support, found in Internet with the searching academic Google and with the use of describers like universal literature, buccal health, culture. The use in active way of texts of the universal literature in the educational process of the subject History of the Stomatology, contributes to the formation of the social value from the historical and cultural.

KEY WORDS: universal literature, oral health, culture.

INTRODUCCIÓN

En las universidades de Ciencias Médicas en Cuba, donde se forman los futuros profesionales de la salud, tiene el encargo social de preservar, crear y difundir la cultura de la humanidad, por lo que entre sus objetivos educativos está contribuir al desarrollo cultural de estudiantes que en ellas se educan. Debe asumir las transformaciones en sus planes de estudio como única forma de respuesta a las actuales condiciones de globalización del conocimiento, transformaciones que deben estar dirigidas a fortalecer

lo mejor del ser humano en su formación; sus valores, a la vez que hace posible una mayor flexibilidad del conocimiento para un aprendizaje permanente.

La educación sintetiza la política, la cultura, la historia y el desarrollo de los seres humanos y la sociedad, la transmite y la transforma. Ha sido un factor determinante en los procesos de desarrollo de la sociedad y la humanidad a lo largo de la historia. A través de ella, se han dado procesos de inculturación y transformación; su concreción en los diferentes ámbitos de actuación de los sujetos ha servido de mediadora de sus posibilidades reales y perspectivas, donde el docente es un actor principal según, Nieva (2016).

Se considera a la cultura como la suma de las creaciones humanas acumuladas en el transcurso de los años. Así,

> (…) la cultura personal depende en porcentaje inocultable de la cultura de un grupo o clase, como la cultura de grupo a su vez depende de la sociedad general ya que en todo esto hay comunicación e interrelaciones continuas, no es posible que los hombres hubiesen podido hacer nada sin lo que recibieron de sus antepasados o sus contemporáneos (López, 2015).

La cultura hace que las personas sean más humanas, racionales, críticos y éticamente comprometidos, a través de ella, designamos valores y efectuamos opciones, el ser humano toma conciencia de sí mismo, reconociéndose como proyecto inacabado poniendo en cuestión sus propias realizaciones, busca nuevas significaciones y crea obras que lo trascienden. Es el eje de referencia que da unidad y dinamismo al resto de factores, ya que consolida los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias, lo que significa que no puede existir un desarrollo que satisfaga las necesidades cada vez más crecientes de la sociedad si no utiliza la cultura. “Se puede decir que la cultura es el conocimiento trasmitido de generación en generación que incluye costumbres, tradiciones y creencias” (Rodríguez, 2015).

La Estomatología como ciencia está vinculada con el desarrollo de la civilización, ella es, en sí misma un resultado del desarrollo del conocimiento humano dirigida a lograr la salud del complejo bucal. Hubo una época en que la población llegó a considerar al dentista no como un médico capaz de curar afecciones bucodentales, sino como un artífice, dedicado exclusivamente a hermosear y enriquecer la dentadura de sus clientes, como evocación de aquella época en que los dientes sanos servían como adornos, artísticamente engarzados con piedras preciosas (Companioni, 2010).

Se considera a la literatura universal como un medio de enseñanza de la historia de la Estomatología, si se analiza desde la función de transmisión de información, ofrece a los estudiantes experiencias de aprendizaje, acceder a realidades, acontecimientos, fenómenos o situaciones que resultan desde su marco vital difícilmente alcanzables por la lejanía en el tiempo o en el espacio (Peguero, 2017).

La integración de la literatura universal como fuente y medio de enseñanza del proceso docente educativo rebasa los medios tradicionales y permite ampliar las vías de adquisición del conocimiento, así como en su selección como medio de enseñanza resulta imprescindible la consideración por el docente de la factibilidad de su uso, para

alcanzar los objetivos propuestos en cualquier forma de organización de la docencia (Díaz, 2012).

Utilizar la literatura universal de forma activa en el contexto social del proceso docente de los estudiantes de la carrera de estomatología se convierte en una herramienta para revolucionar la enseñanza, una nueva forma de exponer los conocimientos, de transmitir la historia y la cultura de los pueblos. Se ha evidenciado su importancia en el desarrollo histórico de la sociedad, transmisora de la cultura que le ha antecedido en cada época (Núñez, 2012).

Existen pocos estudios sobre este tema, de ahí que el objetivo de este trabajo es valorar el aporte de la utilización de la literatura universal en la asignatura Historia de la Estomatología, al desarrollo del componente cultural de los estudiantes de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Para alcanzar este propósito se procedió a una revisión documental del programa de la asignatura del curso propio: Historia de la Estomatología, el cual tiene en su plan temático, el tema VI: El arte en la salud bucal, que incluye como objetivo: identificar cómo en diversas obras de destacados artistas de la literatura se atesoran referencias importantes a la cavidad bucal. Considerando estos aspectos, se realiza por las autoras una búsqueda bibliográfica en artículos y libros en soporte digital, encontrados en Internet con el buscador Google académico y con el uso de descriptores como literatura universal, salud bucal, cultura, sobre pasajes literarios sobre salud bucal y su contribución al proceso docente educativo.

La bibliografía obtenida de diversas obras literarias son empleadas en conferencias panorámicas para motivar la clase y orientación del estudio individual que tiene su escenario fuera del aula, suscitando el profesor a que se realice una investigación que tribute al seminario en el que cada estudiante debe poner su cuota de búsqueda y razonamientos para producir su propio texto. Por todo lo anteriormente expuesto mostramos:

Algunos pasajes de la literatura universal relacionados con salud bucal

En siglos diferentes se identifican textos que se han enfocados en aspectos relacionados con estructuras anatómicas y patológicas del complejo bucal y su salud, ofrecemos varios fragmentos de obras literarias de autores tales como: Miguel de Cervantes y Saavedra, Ernest Hemingway, Gabriel García Márquez, Isabel Allende, Noah Gordon, que muestran lo anteriormente expresado:

En la obra El ingenioso Hidalgo don Quijote de la Mancha, el insigne escritor Miguel de Cervantes y Saavedra reúne numerosas referencias literarias de carácter estomatológico, destinadas fundamentalmente a destacar la importancia de los dientes desde el punto de vista estético, higiénico y funcional, entre las que se encuentran:

Capítulo XIII: “Sus cabellos son de oro, su frente campos Elíseos, sus cejas arcos del cielo, sus labios corales, perlas sus dientes” (Cervantes,)

Capítulo XXIII “la boca grande, pero colorados los labios; los dientes, que tal vez los descubría, mostraban sus ralos y no bien puestos, aunque eran blancos como unas peladas almendras” (Cervantes,)

En estos pasajes se realiza alusión a la posición de los dientes, describiendo su tamaño irregular y su posición anormal en la arcada. En contraposición a las perlas de Dulcinea, en esta ocasión para exaltar la belleza y color de los dientes, la encuentra en el aspecto blanquecino de las almendras peladas.

En otros partes de la obra, se hace referencia a los términos de embotar y entumecer los dientes, en un claro símil a la falta de apetito de Don Quijote, por la pérdida de su dentadura., tales como:

Capítulo XVII: “De algún descomunal gigante, y asentome una puñalada en las quijadas, tal, que las tengo todas bañadas en sangre... Levántate Sancho… y procura que se me dé un poco de aceite, vino, sal y romero, para hacer un salutífero bálsamo (Cervantes,)

Capítulo XVIII “Pero dame acá la mano y atiéntame con el dedo y mira bien cuantos dientes y muelas me faltan de este lado de la quijada alta…. ¡Sin ventura yo!, dijo Don Quijote” (Cervantes,)

Capítulo XIX: “Y créame que le digo verdad, porque le prometo a vuestra merced, señor, que le hace tan mala cara el hambre y la falta de muelas, que como le tengo dicho, se pondrá muy bien excusar la triste pintura…” (Cervantes,)

Otro autor como Ernest Hemingway en su obra: Por quién doblan las Campanas cuenta:

> (…) La muchacha puso en el suelo la paellera de hierro, frente a él, y Jordán vio que tenía bonitas manos de piel bronceada. Entonces ella le miró descaradamente y sonrió. Tenía los dientes blancos, que contrastaban con su tez oscura, y la piel y los ojos eran del mismo color castaño dorado. Tenía lindas mejillas, ojos alegres y una boca llena, no muy dibujada (Hemingway,).

En un fragmento de Retrato en Sepia, del libro de Isabel Allende se describe:

> (…) Un chino viejo vestido con túnica y anchos pantalones de algodón le salió al encuentro cojeando. Los ojillos rojos apenas asomaban entre las arrugas profundas de la cara, tenía un bigote mustio y gris, como la trenza flaca que le colgaba a la espalda, todas las uñas, menos la del pulgar y el índice, eran tan largas que se enrollaban sobre sí mismas, como colas de algún antiguo molusco, la boca parecía un hueco negro y los pocos dientes que le quedaban estaban teñidos por el tabaco y el opio (Allende,)

En la narrativa de García Márquez en El general en su laberinto, se relata:

> (…) El General se las puso y se afeitó gobernando la navaja con igual destreza de la mano izquierda como de la derecha, pues era ambidiestro natural…. se pulió los dientes perfectos con polvo de carbón en un cepillo de seda con mango de plata (García,).

En otro sentido, el escorbuto, enfermedad que tiene sus secuelas en la cavidad bucal, es recreada en la novela Chamán de Noah Gordon:

> (…) Los hombres padecían de escorbuto, aunque estaban anémicos, no tenían apetito. Les dolían las articulaciones, le sangraban las encías, se le caían los dientes y sus heridas no cicatrizaban … Rob estaba ocupado la gente de los alrededores se las había arreglado sin médico y él, los primeros meses intentando corregir los efectos de la falta de atención y de los remedios caseros. Se cansó de arrancar muelas picadas. Cuando

> arrancaba una muela picada sentía lo mismo que cuando amputaba un miembro; detestaba quitar algo que nunca podría volver a poner (Noah Gordon,).

Referencias sobre el tema hallamos en la obra El cuerno de caza, donde el autor aparece bajo el seudónimo de Sarbán:

> (…) Tenían las cabezas y cuellos cubiertos por un apretado casco de piel moteada que se alzaba a los lados como las orejas redondas del leopardo, pero no cubría el óvalo de la cara. Cuando aquellos rostros se volvían a la luz, veía en ellos siempre la misma mueca; unos labios rojos entreabiertos, que mostraban unos dientes fuertes y blancos, y un par de ojos con el brillo pálido de la locura. Los agudos chillidos eran ahora como el canto de un lunático y el balbuceo parecía un discurso enloquecido y tumultuoso (Hernández, 2017).

Aportes de la literatura al desarrollo cultural del proceso docente

En la universidad del siglo XXI, se asocia la cultura a la vida y la dignidad del ser humano y la formación de individuos que posean información y tecnología. Se realiza ciencia con conciencia, difundiéndose la cultura al servicio de la comunidad.

El papel determinante de la educación en la sociedad y la dinámica de interrelaciones que en ella acontecen no se limitan a lo educativo, sino que tienen implicaciones en la concepción del deber ser, la percepción y resolución de problemas de la sociedad que trascienden el inmediato presente. Estas interrelaciones abarcan a la persona en particular y sus aportes a la construcción de la sociedad, dan lugar a nuevas prácticas, nuevas cosmovisiones, modos específicos de afrontar los retos que le van imponiendo los cambios emergentes de su contexto, su historia y cultura desde la interacción con sus congéneres, dadas sus potencialidades como sujeto particular y social.

La universidad cubana tiene el encargo social de preservar, crear y difundir la cultura de la humanidad, desempeña un rol activo en la formación profesional de pregrado y postgrado. Trabaja para garantizar el desarrollo integral de su personalidad, mediante la preparación científico-técnica, humanística y política ideológica de los egresados, que les posibilite un comportamiento basado en una correcta educación en valores, independencia, creatividad y alto nivel de compromiso social. El lado social y más netamente humano del desarrollo, plantea a estas alturas la exigencia de una cultura superior en su cabal acepción (Hart, 2005).

Rodríguez (2015) hace referencia sobre el papel estratégico que desempeña la educación superior por su capacidad para generar conocimientos e innovaciones tecnológicas ,así como inductora del desarrollo endógeno, la que se dedica, en mayor parte, a explorar el desenvolvimiento tecnológico, función que hoy más que nunca, está íntimamente ligada al progreso económico y social; por lo que las universidades ofrecen un gran cúmulo de información cultural, social, económica y proporcionan un impacto social y estratégico trascendental.

Alvarado (2013) alude que "en la educación como proceso, desde las prácticas pedagógicas toma sentido la identidad, se reflexiona sobre la cultura con fundamentos éticos y políticos que son aprendidos y desarrollados y contribuyen a resolver problemas educativos y sociales¨ (Alvarado, 2013).

En el proceso docente educativo la función del docente no se reduce a reproducir la cultura y sus componentes, sino que implica procesos de asimilación, construcción, reconstrucción y mejora de la actividad, fruto de las interacciones de las personas, la sociedad y la historia.

Nievas (2016) enfatiza en la importancia de una formación docente capaz de asumir los retos que emergen de los procesos sociales, de la cultura y sus dinámicas, que implican una transformación social. Una formación que tiene en cuenta no sólo los aspectos externos sino también a la persona como sujeto integral, en el devenir con sus congéneres y en un proceso de búsqueda, que no se agota en el quehacer del aula, sino que transciende las barreras de lo inmediato para abordar la condición humana como potencialidad, en el rol determinante de transmisor de cultura y transformador de la sociedad: ser docente en esta historicidad.

El docente como sujeto del proceso formativo determina y expresa en el acto educativo sus particularidades como ser social. Mediante la relación e intercambio con sus estudiantes propicia el desarrollo de éstos, su implicación en los problemas sociales y la participación en su transformación cultural. “Se trata de que la educación forme parte de la cultura, tanto educador como educando se implican en el proceso de su construcción y reconstrucción, en su perpetuidad y desarrollo” (Martín, 2015).

Es evidente el aporte cultural e histórico reflejado en los textos literarios; la literatura sobrepasa su mero círculo o límite creativo-artístico y vive fuera de los libros. Podría pensarse, que lo que la literatura universal describe y enseña se halla muy distanciado del perfil profesional del estomatólogo general que hoy se forma, pero nada más alejado de la realidad consideramos a la literatura universal como fuente de información y conocimiento, medio para enriquecer el acervo cognoscitivo y cultural de los futuros profesionales de la estomatología (Núñez ,2018).

Las autoras de este estudio estiman la importancia del papel activo del docente desde sus potencialidades con carácter autotransformador y transformador de la sociedad, su historia, desarrollo y cultura, de la cual es portador. Las siguientes reflexiones destacan las implicaciones que puede tener la lectura literaria y el empleo de estos textos por el docente, como exponente y recurso de transmisión cultural teniendo presente que la adquisición del aprendizaje es más que una formación de hábitos y habilidades, puesto que exige el conocimiento de recursos de creatividad y utilizar la literatura es fuente adecuada para fomentar tal creatividad.

El profesor debe estimular la independencia cognoscitiva y el pensamiento creador en las clases, mediante una atmósfera participativa; que propicie la reflexión y el debate de diversos textos de la literatura universal a partir de una adecuada utilización de diversas fuentes del conocimiento; de forma tal que contribuya a su formación cultural y al enriquecimiento personal de los estudiantes

El trabajo docente con textos seleccionados de la producción literaria despierta interés en el estudiante, contribuye a la apertura y ampliación de sus conocimientos y una motivación hacia la lectura. Los textos literarios aportan diversos aspectos gramaticales, funcionales, comunicativos, culturales, para el aprendizaje y la historia de la profesión (Cisterna ,2019).

La literatura es el testimonio de la vida y de la humanidad, es una expresión social y cultural del ser humano, por lo que es preciso que el profesor desarrolle una especial sensibilidad con la literatura universal, para que sepa transmitir aspectos sobre salud bucal en la que se inserta la literatura, debe dominar estrategias para que desde la clase desarrolle un diálogo intercultural que favorezca el proceso de enseñanza aprendizaje de la asignatura Historia de la Estomatología.

CONCLUSIONES

La utilización de forma activa de textos de la literatura universal que abordan pasajes sobre salud bucal en el proceso docente educativo de la asignatura Historia de la Estomatología aporta a la formación del valor social desde lo histórico y cultural confiriendo un aprendizaje significativo y desarrollador del futuro estomatólogo general integral.

REFERENCIAS

Alvarado, V. (2013). Práctica pedagógica y gestión de aula. aspectos fundamentales en el quehacer docente. *Revista UNIMAR*, 31(2), pp. 99-113. Recuperado de http://www.umariana.edu.co/RevistaUnimar/index.php/revista-unimar-ve

Cisterna, V. (2019). *La Evolución de la odontología en el cine: propuesta para un taller de Lectura Crítica con estudiante de Odontología*. Latin American Journal of International Affairs, 9(2). Recuperado de http//www.lajia.net/lajia/article/view/94

Companioni, F.A. (2010). Contribución a la Historia de la Estomatología Cubana. La Habana: *Ciencias Médicas*.

Díaz, H. (2012). *Los medios de enseñanza de la Historia. Algunas consideraciones y sugerencias de trabajo*. En: Didáctica de las Ciencias Sociales. (pp. 96 – 136). La Habana: Pueblo y Educación.

Hart, A. (2005). *Marx, Engels y la condición humana. Una visión desde Cuba*. La Habana: Ciencias Sociales.

Hernández, L.; Garay, M.; Suárez, R.; Arencibia, M.; Suárez, R.; & Hernández, N. (2017). Apuntes históricos de la Literatura Universal y su vinculación social con estudiantes de estomatología. *Revista Médica Electrónica*, 39(2), 392-399. Recuperado de http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2205/3399

López, R. (2015). *Educar para la investigación-creación: áreas de trabajo, tipos de conocimiento y problemas de implementación*. A contratiempo. Revista de música en la cultura, 25. Recuperado de http://www.musigrafia.org/acontratiempo/?ediciones/revista-5/artculos/educar-para-la-investigacin-creacin-reas-de-trabajo-tipos-de-conocimiento-y-problemas-de-implementac.html.

Martín, D.R. (2015). *La formación docente universitaria en Cuba: sus fundamentos desde una perspectiva desarrolladora del aprendizaje y la enseñanza*. Estudios Pedagógicos, 41(1), pp. 337-349. Recuperado de: http://www.scielo.cl/pdf/estped/v41n1/art20.pdf

Nieva, J.A.; Martínez, O. (2016). Una nueva mirada sobre la formación docente. *Revista Universidad y Sociedad,* 8(4), 14-21. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202016000400002&lng=es&tlng=es

Núñez, B.M.; Peguero, HA. (2012). La prótesis dental en la literatura. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(4), 546-555. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000400015&lng=es&tlng=es

Núñez, B.M.; Peguero, H.A.; Morales, D.R., & Grau, I.B. (2018). Utilización de la Literatura Universal como medio de Enseñanza en la carrera de Estomatología. *Educación Médica Superior*, 32(3), 208-218. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000300017&lng=es&tlng=es

Peguero, A.; Núñez, BM.; Morales, DR (2017). *El uso de la literatura universal en la clase para la formación histórica. Una experiencia en la Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez*. V Jornada Virtual de Educación Médica 2017. Recuperado de http://edumed2017.sld.cu/index.php/edumed/2017/paper/view/154

Rodríguez, N.; Leal, E.; Menéndez M.; Bermúdez, E.; Pérez, BR., & Fernández, J. (2015). *La internacionalización de la cultura: contribución a la formación integral de profesionales de la salud*. EDUMECENTRO, 7(1), 76-88. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742015000100007&lng=es&tlng=es.

CONTRIBUCIÓN DE LA AUDITORÍA ACADÉMICA A LA CALIDAD DE LA CIENCIA Y LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

CONTRIBUTION OF THE ACADEMIC AUDIT TO THE QUALITY OF THE SCIENCE AND THE TECHNOLOGICAL INNOVATION IN HEALTH

Guillermo Ramos Castro (gramos.mtz@infomed.sld.cu)

Anabel González Sánchez (anabelg.mtz@infomed.sld.cu)

Arialys Hernández Nariño (arialishn.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

La incorporación de las normas ISO a la gestión universitaria representa un uso más eficiente de los recursos humanos, financieros y la satisfacción de la sociedad al recibir servicios que cumplen con sus expectativas. Los autores consideran que el éxito de todo proceso de acreditación institucional depende del trabajo de los procesos de control, convirtiéndose la auditoria académica en una herramienta en la gestión de todos sus componentes. El objetivo de este trabajo es demostrar la contribución de la auditoria a la calidad de la Ciencia y la Innovación en el sector salud. Se utilizó el método científico sustentado en la realización del análisis documental de los resultados de las auditorías realizadas. Los autores del presente trabajo, se proponen incluir la auditoria académica como herramienta de apoyo en la evaluación de la calidad y acreditación de las universidades e instituciones educativas.

PALABRAS CLAVES: acreditación institucional; auditoria académica; calidad; gestión universitaria.

ABSTRACT

The incorporation of ISO standards to university management represents a more efficient use of human, financial and society satisfaction when receiving services that meet their expectations. The authors believe that the success of any institutional accreditation process depends on the work of the control processes, making academic auditing a tool in the management of all its components. The objective of this work is to demonstrate the contribution from the audit to the quality of the Science and the Innovation in the sector health. The scientific method based on the documentary analysis of the results of the audits performed was used. Applying the principles of NC-ISO 19011. 2018 Audits of Management Systems. The systematization and triangulation of sources were combined to operationally define academic auditing in quality management in institutional accreditation processes. The authors of this paper intend to include academic auditing as a support tool in the evaluation of the quality and accreditation of universities and educational institutions.

KEY WORDS: institutional accreditation; academic audit; quality; University management

INTRODUCCIÓN

Los cambios acontecidos en la educación superior asociados a la creciente heterogeneidad y diversidad de instituciones; el incremento de la investigación científica; el impacto de las nuevas tecnologías; la mercantilización de la educación; el

desarrollo de nuevas carreras y de nuevas áreas de conocimiento de base interdisciplinaria, han conllevado a la necesidad de establecer en cada país mecanismos de control que contribuyan a garantizar el cumplimiento de un conjunto de indicadores “representativos” de alguna manera de la calidad de las instituciones, esto ha sido expresado a través de la existencia de sistemas nacionales y externos de aseguramiento de la calidad (Véliz,2017; Guillén, et al,2018).

La aplicación de los principios de gestión de la calidad y la implantación de los requisitos de la norma NC-ISO 9001 (Oficina Nacional de Normalización, 2015) provee a las organizaciones de una valiosa herramienta para gestionar sus procesos, mejorar su desempeño, lograr la satisfacción de todas las partes interesadas y el cumplimiento de la legislación aplicable (Roque González et al,2016).

La calidad representa una forma de hacer las cosas en la que predomina la preocupación por satisfacer al usuario, y por mejorar día a día, procesos y resultados. En una institución u organización como la Universidad, la calidad se extiende al conjunto de sus fines, a los sistemas que la integran, procesos que desarrolla y resultados que obtiene (Acuña, Romero, López, 2016).

Es necesario que las instituciones emprendan acciones con un nuevo enfoque de control, lo cual implica un cambio estructural y la obligatoriedad de contar con modernas técnicas de evaluación, control y auditoría pero, a la vez, es menester crear una nueva cultura organizacional y potenciar el recurso humano mediante la capacitación continua y la búsqueda permanente de la excelencia profesional (Méndez, Oliveros, 2015; Zambrano, Armada, 2018).

La auditoría constituye una herramienta valiosa para identificar los riesgos o problemas presentados en una entidad permitiendo dar una pronta solución a dichos hallazgos (Castilla, 2018).

La implantación de los procesos de evaluación institucional en las Instituciones de Educación Superior cubanas, en estos momentos, en que tienen lugar numerosas y significativas transformaciones sociales:

> (…) ello implica también la modernización continua de los propios procesos evaluativos, de manera tal que contengan las nuevas exigencias y requisitos para ir consolidando de forma paulatina los procesos sustantivos y el impacto social de la universidad y puedan sistematizarse los movimientos hacia los cambios organizacionales y el desarrollo general de la educación superior, en condiciones de mejora continua” (Ortiz, 2014).

La adecuación de las auditorias de calidad a los procesos académicos y su resultado ha suscitado un análisis que contribuirá a la mejora continua de los procesos académicos. El objetivo de este trabajo es demostrar la contribución de la auditoria a la calidad de la Ciencia y la Innovación en el sector salud.

Norma ISO 9001 y los modelos de gestión de la calidad

Los esquemas sectoriales de evaluación y acreditación, que se implementan a nivel mundial, en los sectores de la educación y la salud, también se utilizan modelos genéricos de gestión de la calidad, basados en la norma ISO 9001 y los premios a la excelencia, como es el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad

(EFQM), de reconocida efectividad en todos los ámbitos de la producción y los servicios (Fontalvo, 2018).

En este mismo sentido, se define por aseguramiento de la calidad: “conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implantadas dentro del sistema de la calidad, y demostrables si es necesario, para proporcionar la confianza adecuada de que una entidad cumplirá requisitos para la calidad” (Bach, 2016).

Aguilar Rivera; et al (2014*)* conceptualiza como calidad académica: “los efectos positivamente valorados por la sociedad respecto del proceso de formación que llevan a cabo las personas en su cultura … considera generalmente cinco dimensiones de la calidad: filosofía (relevancia), sociedad (equidad), pedagogía (eficacia), economía (eficiencia) y cultura (pertinencia)”.

La auditoría académica, herramienta para la evaluación del desempeño.

> (…) la auditoría como ciencia se identifica cuando esta aporta métodos de trabajo, estudios de riesgos que permiten llegar a planteamientos objetivos de análisis, conclusiones y a la elaboración de procedimientos o quehaceres de trabajo de conjunto con el análisis de los indicadores que se plasman en documentos que se sistematizan en las diferentes auditorías y sustentan la opinión del auditor sobre los aspectos revisados que se expresan finalmente en el informe (Méndez, Oliveros, 2015).

Según Bach (2016)

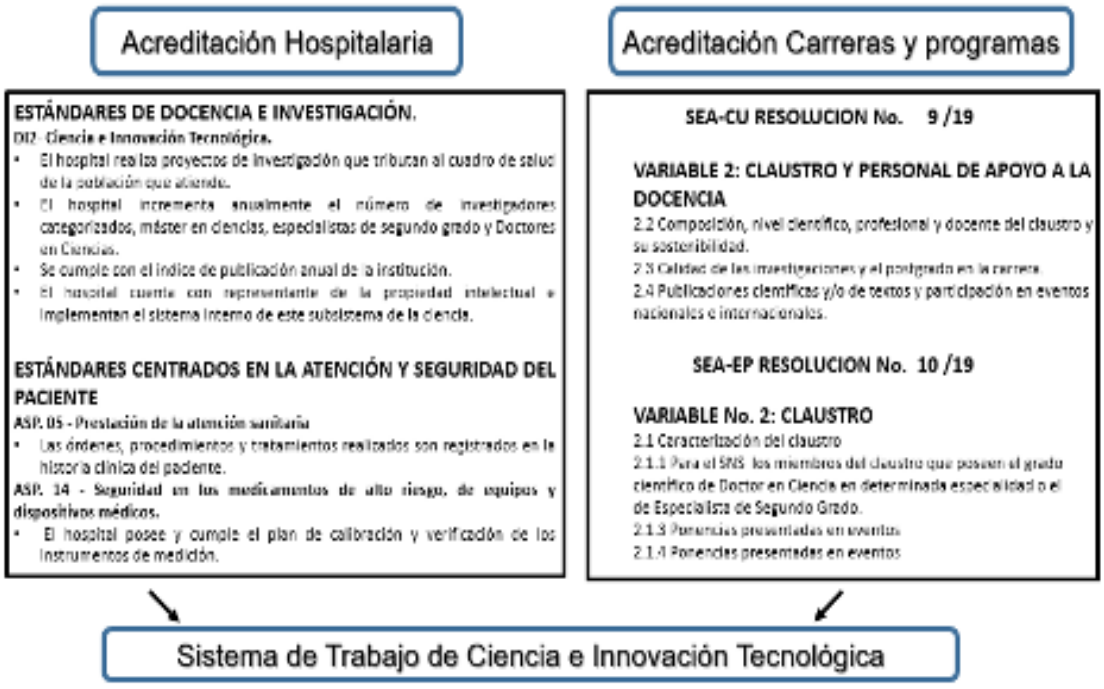
> (…) la auditoría académica consiste en evaluar las actividades docentes, de investigación, de extensión y de administración de la Dependencia a auditar; así como los requerimientos de recursos humanos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la Unidad Académica correspondiente, tanto en pregrado como en postgrado (Bach, 2016)

Según Castilla (2018) dentro de los objetivos de la auditoria académica están:

- Asegurar el cumplimiento de los objetivos y metas académicas.
- Proteger apropiadamente los recursos humanos, materiales y financieros utilizados en la prestación de servicios académicos.
- Cumplir con leyes y reglamentos aplicables de carácter general y específico.
- Preparar, conservar y revelar información académica confiable para la planeación, toma de decisiones y control de las instituciones académicas.

La auditoría académica ofrece oportunidades de investigación y fortalece el sistema de trabajo de Ciencia e Innovación en salud integrando los procesos de Acreditación Hospitalaria y los programas de Acreditación de Carreras y especialidades (Figura 1).

Figura 1. Integración de los modelos de acreditación con el sistema de trabajo de Ciencia e Innovación Tecnológica.



Subsistemas	Descripción general
Programas y proyectos	Coordinación, asesoramiento metodológico y control del desarrollo de proyectos de investigación que contribuyan a prioridades del Ministerio de Salud Pública, el cuadro de salud de la provincia y prioridades de desarrollo docente-metodológico
Ética de la investigación	Asesoramiento y control del funcionamiento de los consejos científicos y comités de ética (calidad de la evaluación ética de los proyectos, servicios científico-técnicos y protocolos de ensayos clínicos)
Potencial y superación científica	Definición de estrategia de desarrollo en categorías científicas. Asesoramiento metodológico a los profesionales en los procesos de categorización.
Producción científica	Promoción y control de: la publicación de los resultados en revistas de alto impacto y certificadas según los diferentes niveles; la participación de los profesores en eventos internacionales, nacionales y territoriales, así como los premios alcanzados. Gestión de la información científico-técnica, destinada a grupos de investigadores
Generalización de resultados	Identificación y evaluación del grado de generalización de los resultados científicos generados. Gestión de los nuevos conocimientos y tecnologías desarrollados para su difusión. Planificación de la generalización y su conciliación con el plan de la economía.
Propiedad industrial e intelectual	Establecimiento de sistema de protección de los resultados científicos y de investigación (tipos de propiedad intelectual a utilizar, como registrarlo). Obtención e información sobre estado del arte para identificar novedad de invenciones y evitar infringir patentes y registros de terceros. Determinación de opciones tecnológicas y titulares de derechos para obtener licencias de adquisición y utilización de tecnologías.
Factores de integración	Organización de Fórum de Ciencia y Técnica, Jornada estudiantil, de las Brigadas Técnicas Juveniles (BTJ) y del movimiento de innovación y racionalización (ANIR).
Gestión de la calidad	Implementación de estrategia de gestión de la calidad que comprenda la mejora continua, la certificación y la acreditación del sistema de salud provincial y la Universidad. Desarrollo de la metrología y la normalización.

Fuente: Elaboración propia

En este trabajo se utilizó el método descriptivo, aplicándose los principios de la norma NC-ISO 19011. 2018 Auditorias de Sistemas de Gestión. El instrumento, se acompañó de entrevistas, revisión de documentos docentes-metodológicos, análisis de indicadores de Ciencia e Innovación Tecnológica.

Población de estudio: tres departamentos docentes de la universidad de Ciencias Médicas de Matanzas

Indicadores evaluados: Índice de Publicación, Proyectos de investigación, miembros del claustro vinculados a los proyectos de investigación y total de investigadores

Resultados de las auditorias correspondiente a la variable 2: profesores y personal auxiliar.

En la tabla 1 se muestran los resultados de tres auditorías realizadas a departamentos de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Tabla 1. Resultados de las auditorias correspondiente a la variable 2: profesores y personal auxiliar

Indicadores	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Índice de publicación por autores	0,82	0.18	3.00
Total Proyectos de investigación	7	1	3
% de profesores vinculados a proyectos de Investigación	50 %	62 %	100%
Total de Investigadores	2	3	5

Analizando los indicadores establecidos por el Ministerio de Educación Superior (MES) en la Resolución No.150/2018. Reglamento del Sistema de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (SEAES) en su artículo 84 y la resolución 9 de 2019 podemos observar como en los casos 1 y 2 de la tabla 1 el índice de publicación está por debajo de 1. Por lo que no cumple para la categoría Calificada donde el índice de publicaciones científicas debe ser al menos uno por profesor. No comportándose así en el caso 3 donde cumple con el estándar para la categoría Excelencia.

En el caso 1 el 50% de los profesores están incorporados a diferentes tipos de proyectos de investigación por lo que califica en la categoría calificada, para el caso 2 al tener un 62% califica para la categoría certificada y el caso 3 está por encima del 80% por lo que califica para la categoría excelencia. (Ministerio de Educación Superior, 2018)

Los resultados de la auditoria permiten enfocar nuestro trabajo en las líneas de investigación que fortalezcan el desarrollo de nuevos proyectos de investigación que contribuyan en un mayor resultado la producción científica del claustro lo que es de gran importancia en el desempeño del proceso de Ciencia e Innovación Tecnológica cuyo papel es importante en la variable 2 profesores y personal auxiliar en la acreditación institucional.

CONCLUSIONES

La auditoría académica juega un papel importante por la información que ofrece al desempeño de la Ciencia y la Innovación Tecnológica y por consecuencia al proceso de autoevaluación y la revisión externa.

Esta direccionada hacia la calidad de los procesos sustantivos de la universidad lo académico, investigativo y extensionista, lo cual permite incrementar la calidad en los procesos de acreditación institucional.

Constituye una herramienta de apoyo en la evaluación de la calidad y el trabajo personalizado como estrategia de desarrollo en los departamentos docentes o grupos de trabajo.

Permite conocer la efectividad del trabajo docente en el ámbito de su desempeño y su producción científica e investigativa.

REFERENCIAS

Acuña, D., Romero, C., & López, D. (2016). *Sistema Integral de Gestión de Calidad en la Universidad de la Guajira*, Colombia. TeloS, 18(3), 474-491. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99346931008.

Aguilar, P. C., Cruz M. T., & Hernández, M. J. (2014). *"Auditoría a la calidad académica de la Universidad de el Salvador".* Tesis en opción al título Licenciado en Contaduría Pública. Universidad de El Salvador, El Salvador. Recuperado de: http://ri.ues.edu.sv/6592/1/Auditoría%20a%20la%20Calidad%20Académica.pdf

Bach, H. J. (2016). *Auditoria académica para el fortalecimiento de la calidad educativa de la Universidad Nacional del Centro del Perú.* (Contador Público), Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo-Perú. Recuperado de: https://repositorio.uncp.edu.pe/.../AUDITORIA%20ACADEMICA%20PARA%20EL%20FO. http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/1599

Castilla, L. B. (2018). La auditoría como ejercicio generador de herramientas gerenciales para reducir los riesgos de fraude en los entes económicos. *Saber, Ciencia y Libertad, 10*(2). Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5329130

Fontalvo, T. J., & De La Hoz, E. J. (2018). Diseño e Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 en una Universidad Colombiana. *Formación Universitaria, 11*(1), 35-44. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062018000100035

Guillén, X., Almuiñas Rivero, J., Galarza López, J., Alarcón Ramírez, L., Loor Ávila, K., & Gallegos Macías, M. (2018). Autoevaluación institucional con fines de acreditación en las Instituciones de Educación Superior de América Latina. *Educación Médica Superior, 32*(1).

Méndez, A. C., & Oliveros Vargas, I. L. (2015). *SIE, una herramienta de apoyo para la auditoría académica*. *Facultad de Ingenieria Tecnología. Investigación y Académica, 4*(1), 108-116. Recuperado de: https://revistas.udistrital.edu.co/ojs/index.php/tia/article/download/8375/pdf/

Ministerio de Educación Superior (MES). (2018). Resolución No.150/18. Subsistema de Evaluación y Acreditación de Instituciones de Educación Superior (SEA-IES).

Oficina Nacional de Normalización. (2015). Norma Internacional NC ISO 9001. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. Cuba.

Ortiz, A. (2015). *Procedimiento para la gestión integrada de los procesos orientado a la calidad*. Aplicación en la Universidad de Holguín. *Congreso Universidad, IV*(2), 196-210. Recuperado de: http://www.congresouniversidad.cu/revista/index.php/congresouniversidad/index

Roque, R., Guerra, R. M., & Escobar, A. (2016). Aplicación de un Sistema de Gestión de la Calidad NC-ISO 9001 a la dirección del posgrado académico. *Educación Médica Superior., 30*(3), 534-545. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000300007

Véliz, V. F. (2017). *Modelo de Gestión por Procesos para Asegurar la Calidad de la Universidad.* Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias. Universidad Tecnológica de La Habana "José Antonio Echeverría", Habana, Cuba. Recuperado de: https://www.researchgate.net/.../321731895_Analisis_estrategico_de_la_Universidad_Te.

Zambrano, M. I., & Armada, E. (2018). *Ciencia y auditoría de gestión en las instituciones públicas de Educación Superior de la República del Ecuador*. Impacto social. *Cofín Habana, 13*(1), 17. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2073-60612018000100002

LAS HABILIDADES INVESTIGATIVAS EN LAS CIENCIAS MÉDICAS Y EL ROL DEL PROFESOR EN EL PROCESO DE FORMACIÓN

RESEARCH SKILLS IN MEDICAL SCIENCE ANDTHE ROLE OF THE TEACHERS IN THE TRAINING PROCESS

Karen Ibet Rojas Hernández (karenibet.mtz@infomed.sld.cu)

Dania Díaz Díaz (daniadiaz.mtz@infomed.sld.cu)

RESUMEN

En la ponencia se abordan los aspectos relacionados con la concepción del proceso de formación de habilidades investigativas en la educación médica superior en Cuba. Para ello se analizan los debates teóricos conceptuales acerca de la categoría habilidades y habilidades investigativas desde una visión pedagógica y psicológica, así como aspectos del proceso de formación de habilidades en las ciencias médicas. Además, se definen aquellas cuestiones esenciales que tienen que ver con el rol del profesor y su función formativa en el tratamiento docente del tema.

ABSTRACT

The presentation approach the aspects related to the conception of the process of formation of research skills in higher medical education in Cuba. For this, the theoretical debates about the category of research skills and abilities are analyzed from a pedagogical and psychological perspective, as well as aspects of the process of training in medical sciences. In addition, those essential issues that have to do with the role of the teacher and their training function in the teaching treatment of the subject are defined.

PALABRAS CLAVES: Habilidades investigativas, rol del profesor,formación, ciencias médicas.

KEY WORDS: Research skills, teacher role, training, medical sciences

INTRODUCCIÓN

La investigación científica es un desafío educativo y cultural para las nuevas generaciones “por tanto la investigación debe contribuir a ese enriquecimiento en el proceso de humanización del ser humano frente a las fuerzas que lo enajenan” (Guadarrama, 2017, p.28). De este modo las universidades asumen el proceso de formación científica como uno de los pilares básicos de la formación del profesional.

La actividad científica se inserta en el proceso de formación del profesional, no solo como una manera de estrechar el vínculo universidad -sociedad, sino también como una forma de aprender, reconocida, entre los enfoques pedagógicos contemporáneos, como plantean Hernández y Figuerola (2016).

“No cabe dudas que la investigación científica es un elemento fundamental en la formación profesional y académica pues permite al estudiante el desarrollo de nuevos conocimientos, así mismo facilita el dominio profesional y genera pensamiento crítico y reflexivo” (Chávez, 2019).

La formación de habilidades investigativas, por su parte, constituye un proceso pedagógico que se distingue por la planificación y dirección consciente de las acciones educativas, el rol del profesor universitario debe estar enfocado en la formación de habilidades que le permitan a ese futuro profesional responder a las demandas del contexto social. En última instancia, lleva a la transformación de la personalidad y a la educación de una cultura científico-investigativa.

En la ponencia se abordan los aspectos relacionados con la concepción del proceso de formación de habilidades investigativas en la educación médica con el propósito de definir aquellas cuestiones esenciales que tienen que ver con el rol del profesor y su función formativa en el tratamiento docente del tema. Las ideas que se exponen forman parte del tema doctoral de la autora principal, quien en estos momentos es aspirante del programa de formación doctoral en ciencias pedagógicas de la Universidad de Matanzas.

Las habilidades investigativas en la Educación Médica en Cuba.

Las habilidades han sido estudiadas esencialmente desde concepciones psicológicas y pedagógicas. Al abordar la temática se identifican diversas definiciones y análisis de su relación con la actividad y la regulación de la conducta humana, así como el rol que desempeñan en la formación profesional. Se destacan en este sentido los aportes realizados por la Psicología soviética, así como otras investigaciones en el contexto educativo cubano.

Las habilidades tradicionalmente se han asumido como el "dominio de un complejo sistema de acciones psíquicas y prácticas necesarias para una regulación racional de la actividad, con ayuda de los conocimientos y hábitos que la persona posee" (Petrovsky, 1985, p.159)

El principio de interiorización de la actividad definido por Vigotsky (1978) enmarca el estudio de las habilidades en zonas de desarrollo próximo (en las que tiene lugar el aprendizaje) de los seres humanos mediante un proceso formativo. Al respecto Talízina, Solovieva y Quintanar (2010) se refieren a la interiorización como un proceso gradual, dialéctico, que se da como resultado de diversas actividades correspondientes.

De acuerdo con los criterios de Talízina, Solovieva y Quintanar (2010) la ley de interiorización propuesta por Vigotsky encontró su continuación lógica en el principio de la relación inseparable entre la psique y la actividad en el que se definen las acciones como componentes esenciales de la actividad. Las habilidades se insertan en la actividad de los sujetos como acciones dominadas y es en este sentido que se expresan en la conducta.

Dando continuidad a los aportes realizados por la psicología soviética algunos investigadores cubanos han orientado sus investigaciones hacia el estudio de las habilidades. Se destacan los aportes realizados en la década del 90 por Brito (1990), Fariñas (1995), Zilberstein y Silvestre (1998), Chirino (2002) y posteriormente, Lanuez y Pérez (2005).

La autora coincide y reconoce como significativo para la presente investigación la propuesta de Zilberstein y Silvestre (1998) cuando señalan que “como parte del contenido de la enseñanza, la habilidad implica el dominio de las formas de la actividad

cognoscitiva, práctica y valorativa, es decir, el conocimiento en acción" (Zilberstein y Silvestre, 1998)

Las habilidades suponen el "dominio de una acción, lo que permite regular su ejecución de forma consciente y con la flexibilidad que demanda la situación o contexto en que se ejecuta"(Chirino Ramos, 2002, pág. 88). A su vez argumenta que, la habilidad desde el punto de vista estructural, está constituida por las operaciones que la conforman; ello se corresponde con su función ejecutora en la actividad del sujeto. "Para que una acción devenga habilidad, su ejecución debe ser sometida a frecuencia, periodicidad, flexibilidad y complejidad" (Chirino, 2012)

De acuerdo con lo anterior y estableciendo un nexo entre las ideas expuestas, la autora asume para la presente investigación que en el contexto educativo el estudio de las habilidades se fundamenta en: la relación inseparable entre la habilidad y la acción, en tanto las habilidades demuestran el conocimiento y dominio de una o más acciones que se ejecutan con frecuencia, periodicidad, flexibilidad y complejidad. La comprensión de la categoría habilidad durante el proceso enseñanza-aprendizaje como el dominio de formas de actividad cognoscitivas, prácticas y valorativas y la articulación de las habilidades en el currículo y su contribución al desarrollo personal y humano del individuo.

Las habilidades de acuerdo a la naturaleza de las acciones que realiza el sujeto, según Brito (1990), pueden orientarse hacia la actividad práctica o hacia la actividad intelectual, sin embargo, cuando el contenido de la habilidad se relaciona con la actividad profesional del individuo, se denominan habilidades profesionales.

Existe cierto consenso en la literatura científica en cuanto a la definición de las habilidades profesionales como aquellas que desde el plano intelectual se orientan a la transformación del objeto de la profesión. De este modo, en consideración de la autora, las habilidades profesionales se identifican como el dominio del conjunto de acciones que en el orden teórico y práctico caracterizan a la profesión.

Entre las habilidades profesionales, aquellas que se orientan hacia los conocimientos y prácticas de investigación, se reconocen como esenciales en la enseñanza universitaria. Las habilidades investigativas son habilidades generales que deben formar parte del perfil del profesional, teniendo en cuenta que las mismas orientan al estudiante para enfrentar los problemas prácticos de la realidad, sin embargo, en la medida en que el concepto se ajusta a diversos contextos y realidades educativas adquiere nuevos matices en su definición.

El enfoque psicológico y pedagógico fundamentado en la teoría de la actividad y la concepción de la habilidad como dominio de acciones y operaciones que se ejecutan en la práctica se pone de manifiesto en algunas de las definiciones de las habilidades investigativas.

López (2001) define las habilidades de investigación como:

(…) una manifestación del contenido de la enseñanza, que implica el dominio por el sujeto de las acciones práctica y valorativa que permiten una regulación racional de la actividad con ayuda de los conocimientos que el sujeto posee, para ir a la búsqueda del problema y a su solución por la vía de la investigación científica (López, 2001, p.12)

Por otra parte, Chirino (2002, 2012) y Paulo y Chirino (2012) definen las habilidades científico-investigativas como "el dominio de las acciones del método científico que potencian al individuo para la problematización, teorización y comprobación de su realidad profesional, lo que contribuye a su transformación sobre bases científicas" (Paulo y Chirino,2012); mientras que Poveda y Chirino (2015) coinciden con lo anterior, aunque añaden la idea de las habilidades investigativas como habilidades profesionales comunes en las diferentes carreras universitarias.

En el contexto de las ciencias médicas se identifican Blanco, Herrera, Machado y Castro (2017) continúan las ideas de Chirino (2002) (2012) y definen las habilidades investigativas como:

> (…) las acciones generalizadoras del método científico dominadas por el estudiante para la problematización, teorización y comprobación de su realidad, lo que permite la solución de problemas profesionales relacionados con sus modos de actuación contribuyendo a su transformación sobre bases científicas (Blanco, Herrera, Machado y Castro, 2017).

En su investigación doctoral realizada en la carrera de Medicina y orientada al desarrollo de las habilidades investigativas desde la educación en el trabajo, Blanco (2016) define las habilidades investigativas como:

> (…) las acciones lógicas, conscientes y estructurales dominadas por el estudiante, para acceder al conocimiento científico existente y continuar contribuyendo al fortalecimiento del mismo, lo que permite la solución de problemas profesionales relacionados con los modos de actuación del médico general que se presentan en la educación en el trabajo (Blanco, 2016).

Como resultado del análisis anterior las autoras definen las habilidades investigativas como habilidades profesionales generales que implican el dominio de formas de actividad cognoscitivas, prácticas y valorativas asociadas a la utilización del método científico. Cuando se ejecutan con frecuencia y periodicidad permiten la orientación hacia la solución de problemas profesionales y a su vez contribuyen al desarrollo personal y humano.

A partir de la definición anterior, se requiere una aproximación a las posibles formas de actividad (cognoscitiva, práctica y valorativa) que conllevan a la asimilación del método científico. En el análisis se han identificado diferentes visiones, fundamentalmente asociadas a las operaciones mentales, a la naturaleza de la profesión, así como los contextos educativos en particular.

Lanuez y Pérez (2005) clasifican como habilidades para el trabajo científico en dos grupos fundamentales: las habilidades intelectuales y habilidades prácticas. Las habilidades intelectuales, referidas a los procesos intelectuales que se emplean en las etapas de la investigación, mientras que las prácticas reúnen aquellas que sirven para la solución de problemas, y los métodos que se emplean en la práctica. Describen además la habilidad de desarrollar proyectos de investigación como "la gran habilidad" debido a que, esta última, integra las anteriores. Por su parte Chirino (2002, 2012) propone entre las habilidades científico-investigativas a las habilidades para problematizar, teorizar, comprobar la realidad objetiva.

Las propuestas de Lanuez y Pérez (2005) y Chirino (2002, 2012) priorizan aquellas acciones que se orientan hacia las dimensiones cognoscitivas y prácticas

fundamentalmente. Ambos reconocen la necesidad del dominio desde el punto de vista cognoscitivo del método científico y su ejecución en la práctica.

Con una mirada más centrada en el diseño curricular López (2001) identifica habilidades básicas de investigación y habilidades propias de la ciencia en particular. Clasificación que adoptan también Girao y Caballero (2015). Así, las habilidades básicas de la investigación suponen el conocimiento y ejecución del método científico de forma general, y las habilidades propias de la ciencia en particular requieren tomar como referente aquellos aspectos de la investigación de su ciencia o área del conocimiento.

De esta manera, se reconoce la importancia de abarcar en el estudio de las habilidades investigativas acciones cognoscitivas, prácticas y valorativas asociadas a la utilización del método científico y para el análisis en la enseñanza universitaria que nos ocupa, se tienen en cuenta la propuesta por López (2001) y se definen las siguientes:

Habilidades básicas para la investigación:

- Habilidades para el manejo de la información científica: son habilidades necesarias para insertarse en el área de la investigación, incluyen habilidades para la revisión bibliográfica, el análisis e interpretación de los resultados de la revisión, así como habilidades para la comunicación (escrita y oral) de los resultados de la revisión.
- Habilidades propias del método científico: incluye aquellas que desde una aproximación a las esencias del método científico permiten definir problemas de investigación, sistematizar la teoría existente sobre el tema a través de la revisión bibliográfica, elegir o elaborar y aplicar los métodos de investigación, confeccionar tablas y gráficos e interpretar la información obtenida, así como elaborar informe final de investigación.
- Habilidades propias de la ciencia en particular: esta habilidad es requisito particular de la profesión y responde a la necesidad de aplicar las dos habilidades anteriores a la solución de problemas profesionales a través del análisis de la situación de salud (ASS).

La formación de habilidades investigativas: una mirada al rol del profesor

La preocupación por la formación investigativa en las ciencias médicas en Cuba se reconoce como una tradición histórica (Rojas y Ponce, 2019) y ha venido perfeccionando los modos en que se lleva a cabo desde los diseños curriculares contemporáneos.

Cuando se trata de la formación investigativa el análisis nos lleva a considerar que desde el punto de vista curricular se definen los objetivos y habilidades a formar, sin embargo, de manera más imprecisa funcionan los contextos de la formación y las condiciones subjetivas de los individuos que participan en este proceso. Tanta importancia reviste uno como otro de los aspectos.

En el proceso de formación de habilidades investigativas se reconoce la necesidad de que el estudiante muestre dominio a través de la ejecución de las acciones fundamentales que componen la habilidad, sin embargo, dada la complejidad del

proceso, el profesor como agente de cambio también debe mostrar cierto dominio de la habilidad y constituir fuente inspiradora para la ejecución periódica y frecuente de la misma en el contexto educativo. No basta con que estén bien definidas las habilidades investigativas en el currículo si a la hora de ponerlas en práctica tanto el proceso formativo como el contexto educativo no favorecen e incentivan el dominio de las mismas en el estudiante.

En todo el proceso de formación se destaca la necesidad de su concepción como un proceso complejo, urgido de responder a necesidades que la práctica señala, así como de la constante búsqueda de la integralidad en el estudiante. Resulta indiscutible la importancia que tiene el rol del profesor universitario en este proceso. La formación de habilidades investigativas se reconoce como un proceso, que, a pesar de su complejidad, desde una adecuada dirección pedagógica puede conducir al estudiante a mostrar intereses hacia la investigación científica desde su profesión, evidenciándose en actitudes positivas (Rojas, 2017) y conductas orientadas a la adquisición de habilidades en este sentido.

La formación de la habilidad es la etapa que comprende la adquisición consecuente de los modos de actuar bajo la dirección del maestro y el desarrollo de la habilidad es la etapa en la que se inicia el proceso de ejercitación de una habilidad recién formada hasta alcanzar el dominio de las mismas según López (2001).

Si nos centramos en los estudios de pregrado de las universidades médicas cubanas, teniendo en consideración el objeto de la ponencia, se podría asumir que el proceso de formación transita por varias etapas: una etapa de formación inicial que abarca esencialmente los dos primeros años de la carrera, en la que desde una formación general se aportan las bases teórico-metodológicas para el estudio de la profesión. En esta etapa se prioriza la formación de una cultura científico-investigativa en el estudiante, partiendo de conocimientos generales, así como de una construcción de actitudes positivas hacia la investigación.

Otra etapa de formación profesional en la que a partir del tercer año de la carrera y hasta el quinto en la que el proceso de formación se centra en el dominio de un lenguaje técnico y en modos de razonamiento propios de la profesión en relación con su objeto de estudio. La aplicación de las habilidades investigativas en la solución de problemas profesionales se despliega orientada hacia la práctica desde el vínculo laboral investigativo en la Educación en el Trabajo (forma organizativa de la docencia fundamental en las ciencias médicas).

¿Qué aspectos resultarían esenciales a tener en consideración por el profesor en el cumplimiento de su rol durante el proceso de formación de habilidades investigativas?

Durante el proceso enseñanza aprendizaje el profesor debe propiciar los modos en que favorece la apropiación de los contenidos por parte de los estudiantes. Independientemente de la asignatura que imparta se plantea la necesidad de que la asignatura tenga un *enfoque investigativo.*

Desde el punto de vista curricular constituye un reto asumir el enfoque de un currículo investigativo que lejos de parcelar el conocimiento científico en asignaturas, disciplinas o estrategias pueda formar una mirada sistémica desde un enfoque multidisciplinario e intersectorial a la hora de analizar los problemas de salud. (Rojas y Ponce, 2018)

Al respecto García (2019) reflexiona sobre conductas de praxis investigativas evidentes en los gremios científicos y académicos que manifiestan reduccionismos epistemológicos y cita a Sotolongo (2017) cuando refiere la necesidad de los enfoques dialécticos, sistémicos, holísticos, complejos e interdisciplinarios en las investigaciones científicas. La sociedad actual así lo demanda como plantea el Dr. Agustín Lage "vamos a necesitar una sociedad capaz de armarse de una cultura científica y utilizarla en las decisiones cotidianas" (Lage, 2018, p. 42)

Al respecto Chirino (2012) plantea que el enfoque investigativo es concebido como la estrategia general en la estructuración didáctica del PEA, en que la contradicción desempeña un papel esencial en la génesis de los problemas pedagógicos, cuya solución científica exige un proceso investigativo.

La necesidad de organizar los contenidos para que sean vistos por el estudiante con una orientación a la solución de problemas de la realidad, en este caso de los problemas de salud de la población. Así como la incorporación de elementos y recursos de la metodología de investigación que el estudiante pueda poner en práctica de manera coherente desde la asignatura.

Entre las visiones más contemporáneas de la formación se propone desde el enfoque radical e inclusivo (De la Herrán, 2019) una mirada hacia la generación de conciencia tanto de las buenas como de las malas prácticas educativas, con el fin de develar aquello que pasa desapercibido en el proceso de formación.

Otro elemento distintivo resulta de los modos en que el profesor realiza la orientación del trabajo independiente. Momento en que:

> (…) las actividades permiten que los estudiantes se vayan familiarizando con la actividad científica como proceso y resultado, con los problemas, objetivos, contenidos, métodos, medios, formas de organización, evaluación y comunicación de la investigación educativa, pero, ante todo, se enfrentan a sí mismos, pues se hacen conscientes de las potencialidades que tienen y de sus limitaciones para resolver las problemáticas (Chirino, 2012)

Durante la actividad independiente, así como durante la Educación en el Trabajo el profesor debe incentivar el aprendizaje autónomo y la vinculación teoría-práctica. Se identifica como una necesidad permanente que la formación investigativa contribuye a desarrollar el aprendizaje autónomo y la creatividad del estudiante, a criterio de Rojas y Ponce (2018).

Además, el reconocimiento de las vivencias de los estudiantes y su utilidad como recurso educativo durante la clase y a su vez estas mismas vivencias permiten al estudiante integrar mejor los contenidos teóricos recibidos desde las asignaturas para Díaz y Rojas (2014).

Por último y no menos significativo resulta la influencia que debe ejercer el profesor sobre la esfera afectivo-motivacional del estudiante. En la propuesta de Vera, Chirino, Blanco, Ferrer y Machado (2019) se evidencia como la motivación por la investigación antecede la formación de habilidades investigativas.

El rol del profesor investigador y los modos propositivos de inculcar una actitud positiva hacia la investigación científica, constituyen uno de los aspectos esenciales para el

desarrollo de la motivación de los estudiantes. La motivación hacia la investigación debe ser uno de los propósitos fundamentales que guie la formación de habilidades en el pregrado. Desde este encargo se garantiza que la formación del profesional se oriente hacia la integralidad de la formación de una cultura científico investigativa.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión se reconoce que la formación de las habilidades investigativas es un proceso complejo que requiere una comprensión interdisciplinaria para alcanzar la formación integral del profesional y agrupa en una unidad dialéctica los procesos instructivo, educativo y desarrollador que se traducen en sistemas de acciones orientadas al desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades propias del método científico.

Las habilidades investigativas en las ciencias médicas integran el dominio de las habilidades básicas entre las que se identifican aquellas asociadas al manejo de la información científica y habilidades propias del método científico, así como habilidades propias de la investigación en salud.

El rol del profesor durante el proceso de formación de habilidades investigativas resulta primordial para lograr el enfoque investigativo de la asignatura, el reconocimiento de las potencialidades de la educación en el trabajo, la vinculación teoría-práctica y el incentivo de la motivación del estudiante hacia la investigación científica.

REFERENCIAS

Blanco, N. (2016). *El desarrollo de las habilidades investigativas en los estudiantes de Medicina desde la Educación en el trabajo*. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Centro de Estudios de la Educación, Universidad Central de Las Villas. Santa Clara.

Blanco, N.; Herrera, D.; Machado, R.; & Castro, G. (2017). Curso electivo de Metodología de la investigación para el desarrollo de habilidades investigativas en Medicina. *EDUMECENTRO, 9*(1), 104-124.

Brito, H. (1990). *Capacidades, habilidades y hábitos. Una alternativa teórica, metodológica y práctica*. *Primer coloquio sobre la inteligencia.* I.S.P Enrique José Varona. La Habana.

Chávez, E.N. (2019). *Actitud hacia la investigación científica en los estudiantes de la escuela de estomatología de la universidad Señor de Sipán, 2017.* Tesis de grado. Universidad Señor de Sipán, Facultad de Ciencias de la Salud, Perú.

Chirino, M. V. (2002). *Perfeccionamiento de la formación inicial investigativa en los profesionales de la educación.* Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona", La Habana.

Chirino, M. V. (2012). Didáctica de la formación inicial investigativa en las universidades de ciencias pedagógicas. *VARONA, Revista Científico Metodológica,* julio-diciembre (55).

De la Herrán, A. (2019). *Formación radical e inclusiva: nuevas contribuciones. Boletín REDIPE, 8*(6), 50-57. Recuperado el 27 de agosto de 2019, de https://revista.redipe.org

Díaz, D.; y Rojas, K.I. (2014). *El trabajo independiente, su empleo durante la Educación en el trabajo*. *Conferencia científico metodológica.* Matanzas. (Soporte digital)

Fariñas, G. (1995). *Maestro una estrategia para la enseñanza.* La Habana: Academia.

García Ávila, I. (2019). Razones para una epistemología en la investigación científica médica actual. *EDUMECENTRO, 11*(2), 1-4. Recuperado el 17 de 04 de 2019, de https://revedumecentro.sld.cu

Girao, M., y Caballero, C.A. (2015). La formación de las habilidades investigativas desde el contenido químico en los estudiantes del 10mo grado del Instituto Medio Industrial de Luanda, República de Angola: un estudio diagnóstico. *Órbita Científica, 21*(87), 14. Recuperado el 30 de 01 de 2018

Guadarrama, P. (2017). *Dirección y asesoría de la investigación científica* (3ra ed.). Bogotá: Magisterio.

Hernández, H., y Figuerola, M. (2016). Miradas pedagógicas a la formación universitaria en documentos político-académicos. Reflexiones sobre la universidad en Cuba. En T. Ortiz Cárdenas, & T. Sanz Cabrera, *Visión pedagógica de la formación universitaria actual* (págs. 17-42). La Habana: UH.

Lage Dávila, A. (2018). *La osadía de la ciencia.* La Habana: Academia.

Lanuez Bayolo, M., y Pérez Fernández, V. (2005). *Habilidades para el trabajo investigativo: experiencias en el Instituto pedagógico latinoamericano y caribeño* (IPLAC). *Pedagogía 2005*, (pág. 28). La Habana.

López, L. (2001). *El desarrollo de las habilidades de investigación en la formación inicial del profesorado de Química.* Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Cienfuegos.

Paulo, AM., y Chirino, M. V. (2012). El desarrollo de habilidades investigativas en las Universidades de Ciencias Pedagógicas Cuba y Bié (Angola). *Revista Congreso Universidad, 1*(2).

Petrovsky, A. (1985). *Psicología General.* Moscú: Editorial Progreso.

Poveda, J.J. y Chirino, M.V. (2015). El desarrollo de habilidades investigativas en estudiantes de derecho. Una necesidad social y académica. *VARONA. Revista científico metodológica* (61, julio-septiembre), 1-10. Recuperado el 10 de feb de 2017 http://www.redalyc.org/artículo.oa?id=360643422006

Rojas, K.I. (2017). *La formación de habilidades investigativas desde la asignatura Psicología y Salud*. *VIII Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. PSICOSALUD 2017* (págs. 1500-1513). La Habana: UH

Rojas, K.I. y Ponce, Z.E (2018). *Retos de la formación investigativa en el currículo de la carrera de Estomatología*. En V. Autores, *Libro de investigación: Educación y Pedagogía Cuba 2018* (1ra ed., págs. 232-248). New York-Cali: REDIPE.

Rojas, K.I., & Ponce, Z.E. (2019). *Referentes de la formación científica en las ciencias de la salud en Cuba*. En Colectivo de autores, *Libro de investigación: Educación y Pedagogía 2019* (Primera edición ed., págs. 354-362). New York-Cali: REDIPE

Sotolongo, P. (2017). El pensamiento y ciencias de "la Complejidad": una nueva manera de obtener el saber. *Entretextos, 11*(21), 12-20.

Talízina, N., Solovieva, Y., y Quintanar, L. (2010). La aproximación de la actividad en psicología y su relación con el enfoque histórico-cultural de L.S. Vigotsky. *Novedades Educativas* (230), 4-8. Recuperado el 18 de dic de 2017, de www.noveduc.com

Vera, D.A., Chirino, L., Blanco, N., Ferrer, L., & Machado, D.L. (2019). Habilidades motivación e interés por la investigación en alumnos ayudantes en Villa Clara. *Edumecentro, 11*(2), 117-130. Recuperado el 15 de julio de 2019, de http://www.revedumecentro.sld.cu

Zilberstein, J., y Silvestre, M. (1998). Debate. Problemas actuales del aprendizaje escolar. Como concebir el desarrollo de habilidades en los estudiantes desde una concepción didáctica desarrolladora. *Desafío escolar, 2*(6).

ORIENTACIÓN –FORMACIÓN VOCACIONAL DESDE LA UNIVERSIDAD MÉDICA HACIA EL PREUNIVERSITARIO VOCACIONAL CARLOS MARX. MATANZAS

ORIENTATION –VOCATIONAL FORMATION FROM THE MEDICAL UNIVERSITY TOWARDS THE CARLOS MARX VOCATIONAL PRE-COLLEGE. MATANZAS

Dianelis Inda Pichardo (clementediaz.mtz@infomed.sld.cu)

Nieves Eneida Garriga Alfonso (nieveseneida.mtz@infomed.sld.cu)

Rosa M Betancourt Sánchez (bsrosam71@gmail.com)

RESUMEN:

La orientación de la personalidad hacia el contenido de la profesión se refiere al interés profesional. Objetivo: establecer un sistema de acciones educativas de orientación-formación vocacional desde la Universidad Médica que contribuyan a optar por la carrera de Medicina. Se emplearon como métodos, la investigación descriptiva, análisis – síntesis, inducción – deducción, análisis documental, panel de expertos, encuestas entrevistas. Como principales resultados se logró la participación activa de estudiantes en el trabajo comunitario integral en el periodo de alerta epidemiológica por dengue con opiniones positivas. El 63,3% de los estudiantes que integraban la Sociedad Científica de Medicina les fue otorgada la carrera de Medicina. El sistema de acciones educativas de orientación-formación vocacional aplicado a los estudiantes del Instituto Preuniversitario Vocacional “Carlos Marx” fue eficaz, teniendo en cuenta el estado del problema al inicio de la investigación, los intereses de los estudiantes y el ingreso de éstos en las carreras de las Ciencias Médicas.

PALABRAS CLAVES: orientación, formación vocacional, trabajo comunitario

ABSTRACT

The orientation of the personality towards the content of the profession refers to the professional interest. Objective: to establish a system of vocational guidance-training educational actions from the Medical University that contributes to opt for the Race of Medicine, to students of the "Carlos Marx" Vocational Pre-University Institute of the Matanzas. Method: descriptive research, analysis - synthesis, induction - deduction. documentary analysis, panel of experts, surveys, interviews. Mathematical and statistical methods. Result:. The activities to be carried out according to experts show the attributes: flexibility, community work, accessible, collaborative. The students were interested in the totality of the evaluated subjects. The active participation of students in the integral community work in the period of epidemiological alert by dengue threw positive opinions. 63.3% of the students that made up the Scientific Society of Medicine were awarded the Medicine degree. The system of educational actions of orientation vocational formation applied to the Pre-University Vocational Institute's students Carlos Marx of the municipality Matanzas was efficacious, the interests of the students and the income of these in the races of the Medical Sciences.

KEY WORDS: orientation - vocational training, community work

INTRODUCCIÓN

La finalización de los estudios significa para los jóvenes una transición importante y es un momento crítico para la construcción de un plan de vida. Por lo que se ha dedicado especial interés a los adolescentes (Capote et al, 2016).

La orientación de la personalidad hacia el contenido de la profesión se refiere al interés profesional; existen diferentes niveles de integración funcional de la motivación profesional, cuyo diagnóstico ofrece la posibilidad de una estrategia con el estudiante y es en este contexto cuando el proceso de formación de los profesionales en las universidades cubanas se desarrolla con el propósito de "garantizar en los futuros egresados una sólida formación científica, humanista, cultural y ética así como su ineludible compromiso de contribuir al desarrollo económico y social de su país, de acuerdo con los principales problemas que se identifican en las comunidades cubanas (Torres et al, 2016; Fernández et al, 2016).

Se asienta la orientación-formación vocacional en la vigente Constitución de la República de Cuba en su artículo 39 del Capítulo V; por el decreto ley no.63/81 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros; la Resolución Ministerial no 18/81; el lineamiento 150 de la Política Económica y Social del Partido, todos los cuales avalan la propuesta de este trabajo. Constitución de la República de Cuba. 1976, Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros (1980).

El desarrollo profesional se concibe como "un proceso de formación permanente que permita comprender cómo la orientación -formación vocacional se puede articular con los problemas de la sociedad" (Juvier et al, 2015).

La bibliografía revisada cuenta con varios trabajos relacionados con la formación vocacional y la motivación, que procura resultados en estudiantes con intereses e intenciones profesionales satisfechos en el proceso de formación profesional y obtienen buenos resultados (Velázquez 2018), Herrera et al, 2018, Salabert et al,(2017).

Para la concepción de la orientación que se ha asumido, la obra de Vigotsky cobra un valor teórico-metodológico inestimable. La orientación, como relación de ayuda, actúa en lo que definió como zona de desarrollo próximo utilizando diferentes técnicas y mecanismos (Vigotsky, 1987).

Se fundamenta este trabajo en el hecho de que las universidades médicas actuales en el país tienen nuevos y complejos retos a enfrentar, asociados a la labor extensionista y comunitaria. Así,

> (…) La promoción de salud constituye una oportunidad científica y pedagógica para dar a conocer vías de formación vocacional y orientación profesional con los estudiantes desde lo extracurricular que como futuros profesionales de la salud en los diferentes escenarios le aportan creatividad a la intervención comunitaria (Herrera, 2015).

"Utiliza una variedad de estrategias complementarias como la comunicación y educación para la salud, la participación comunitaria y el empoderamiento social" (Alcántara, 2017).

De manera, que para este trabajo se asume, lo que se ha denominado estrategia educativa, para dar a conocer vías de formación vocacional y orientación profesional con los estudiantes desde lo extracurricular. Este tipo de actividad extracurricular es una

forma diferente de desarrollar sus habilidades desde el punto de vista educativo e investigativo, lo que contribuye al fortalecimiento de los valores fundamentales: responsabilidad, humanismo, laboriosidad y abnegación, imprescindibles en la formación del profesional de la salud (Álvarez,2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la singular importancia de la salud y el bienestar de los adolescentes y ha señalado la necesidad de asignar alta prioridad a los programas dirigidos a su fomento, a pesar de esto diversas investigaciones realizadas en el mundo, (Caín 2015) en Cuba, (Fernández 2016) y en la provincia de Matanzas, demuestran que los resultados son aún insuficientes (Jordán 2015) y Blanco (2018).

Problema científico ¿Qué actividades de orientación-formación vocacional realizar que contribuyan a optar por la carrera de Medicina a los estudiantes del Instituto Preuniversitario Vocacional “Carlos Marx” del municipio Matanzas, entre octubre de 2016 a abril 2017.

El propósito de este trabajo es: aplicar un sistema de acciones educativas de orientación-formación vocacional que contribuyan a optar por la carrera de Medicina, a los estudiantes del Instituto Preuniversitario Vocacional “Carlos Marx” del municipio Matanzas, entre octubre de 2016 abril 2017.

Descripción de materiales y métodos empleados.

Tipo de estudio: se realizó una investigación descriptiva, en el Preuniversitario Vocacional Carlos Marx (IPVC) de Matanzas, en cinco etapas.

Universo: para esta investigación se trabajó con los 30 estudiantes de décimo y onceno grado matriculados en la sociedad científica de medicina, no se incluyó a los estudiantes de duodécimo grado del curso 2016_2017 grado, ya que estarían un solo semestre pues en el segundo están en función de las pruebas de ingreso.

Métodos empleados

Métodos teóricos**:**análisis-síntesis se utilizó en el análisis la organización de los componentes del proceso de enseñanza aprendizaje, dentro de la sociedad científica desarrollada en el preuniversitario Vocacional Carlos Marx de Matanzas, para dar salida al objetivo propuesto en esta investigación.

La inducción – deducción, porque se deduce que se parte de las ventajas que brinda el enfoque medico en la sociedad científica para facilitar la adquisición del conocimiento de un modo interactivo, donde el estudiante adquiere un papel protagónico en la autogestión del aprendizaje facilite su vinculación al perfil de salida del médico general.

Se utilizaron Métodos empíricos: análisis documental, panel de expertos, así como entrevistas a los profesores de la disciplina de Biología y encuestas a estudiantes.

Primera etapa efectuada en la primera quincena de octubre de 2016: intercambio de opiniones con los miembros del departamento de Ingreso de la Universidad de Ciencias Médicas, el subdirector docente y profesores de la cátedra de Biología del IPVC Carlos Marx de Matanzas, se tienen en cuenta los siguientes aspectos: cómo se desarrolla la orientación y formación vocacional en este preuniversitario; si se satisfacen o no las necesidades de los estudiantes que optan por la carrera de Medicina para su

permanencia en la carrera; si las actividades de orientación-formación vocacional para la carrera de Medicina cuenta con bibliografía y medios de enseñanza que permitan la integración de los contenidos abordados en el programa de Biología con la carrera de Medicina.

Además se tuvieron en cuenta criterios emitidos por los especialistas del departamento de Medicina General Integral de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas con relación a las particularidades que deben tener las actividades para la orientación-formación vocacional que incentive optar por la carrera de Medicina, se realizó una Tormenta de Ideas y se obtuvieron los atributos deseados y posteriormente se les solicitó a los especialistas que dieran prioridad a los mismos. Después de obtenida esta información se calculó el coeficiente de Kendall para conocer si realmente los integrantes del panel son expertos y determinar si existe concordancia entre los criterios por ellos emitidos. Una vez obtenidos resultados favorables con la aplicación de este último instrumento, o sea $W \geq 0.5$ se comienza la confección e introducción gradual de las primeras actividades.

Segunda etapa realizada en la tercera semana de octubre de 2016: se precisó la necesidad de realizar un diagnóstico para explorar conocimientos de dichos estudiantes acerca de la carrera de Medicina. Para conocer la importancia otorgada a cada una de las características evaluadas por parte de los estudiantes, se estudiaron diferentes tipos de preguntas y de escalas que podrían ser utilizadas, el instrumento a utilizar se diseña seleccionándose preguntas de escala subjetiva numérica, empleándose la escala Likert de 1 a 5 correspondiendo el valor 1 a Poco Importante y el valor 5 a Muy Importante. Fueron incluidos por los autores del trabajo el movimiento de Alumnos Ayudante y Vanguardista Mario Muñoz pues tributan al perfil del egresado y el tema Los principios de la Medicina Cubana, para enfatizar en los valores humanismo, solidaridad, responsabilidad, honestidad, laboriosidad del Médico general en el consultorio y en función de su comunidad.

Atributos	Importancia
Alimentación y dieta en los jóvenes	4,8
Ejercicio físico y salud	4,8
Embarazo en la adolescencia y enfermedades de transmisión sexual	5
La pesquisa y el trabajo Integral Comunitario	3,2
Movimiento Mario Muñoz	3,2
Principios de la Medicina cubana	3

Para el procesamiento estadístico de la información obtenida se empleó el software SPSS con el objetivo de determinar: Adecuación e Importancia de cada una de las características definidas, Fiabilidad de la escala empleada y Validez del instrumento diseñado.

Tercera etapa desarrollada desde noviembre 2016 hasta marzo 2017: capacitación teórica y práctica de los estudiantes del Instituto Preuniversitario Vocacional Carlos Marx de Matanzas en los temas solicitados.

Para dar salida a los temas solicitados en trabajo de mesa se distribuyeron los temas y cuales profesores del departamento de Ciencias Biomédicas según su especialidad lo impartirán.

Para el tema alimentación y dieta en los jóvenes, los profesores de bioquímica proponen realizar un taller donde se realizará un menú por parte de los estudiantes y orientados por los profesores en cuanto a las calorías de cada alimento, de esta manera dinámica se trata el tema y se brinda la información necesaria a los estudiantes

Los profesores de fisiología apoyados con los profesores de educación física trabajaran el tema ejercicio físico y salud en este caso se propone realizar un panel donde se explique a los estudiantes el tipo de ejercicio a realizar según los diferentes grupos etarios y específicamente en la adolescencia cuales son los adecuados y que favorecen evitar factores de riesgo para múltiples enfermedades como la hipertensión , la diabetes, entre otras , se utilizaran videos representativos para este tema .

Los cambios en la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual y embarazo en la adolescencia será abordado por los profesores de embriología para ello se propone un taller donde se brinda información a los estudiantes mediante proyección de videos y presentaciones en power point que abordan estos temas, se realizaran simulaciones de situaciones con ideas surgidas entre los mismos estudiantes con la intención de dejar mensajes de salud.

La pesquisa y el trabajo integral comunitario será abordada por os profesores de histología en este caso se realizará conferencia donde se abordará contenidos acerca de este tipo de actividad no conocida por ellos, el primer momento corresponde a la parte teórica donde se les explica que es el trabajo comunitario, sus objetivos, cómo se realiza, dónde se realiza y qué acciones realizar en el autofocal para destruir focos de mosquitos y como se realiza la visita al hogar. En un segundo momento para la parte práctica y en función de la participación de los estudiantes en la pesquisa de arbovirosis en la comunidad, pues realizaremos autofocal en la escuela donde se agruparan en brigadas de 4 estudiantes y se les otorgará determinada área para realizar el mismo, luego en conjunto con los profesores del preuniversitario q están inmersos en esta tarea y los profesores de Histología se comprueba la calidad del trabajo realizado y se culmina con audiencia sanitaria impartida por profesores y alumnos al resto del estudiantado.

Los temas movimiento vanguardista Mario Muñoz y Los principios de la medicina cubana fueron los menos importante para los estudiantes debido al desconocimiento que tienen sobre estos temas, es por ello que se propone intercambio con la FEU de la FCMM donde se proyectarán videos y se realizará visita a la catedra de la FEU de la Facultad de Ciencias médicas, así como intercambio con estudiantes miembros de estos movimientos estudiantiles

Cuarta etapa: Participación de dichos estudiantes en el trabajo comunitario integral de conjunto con estudiantes de la carrera de Medicina y su resultado. Anexo 1.

Quinta etapa: Comprobar el número de estudiantes del duodécimo grado del IPVC Carlos Marx de Matanzas, que estuvieron matriculados en la sociedad científica de medicina, desde el onceno grado durante el curso 2016_2017 que ingresan en las carreras de las Ciencias Médicas.

Resultados y discusión.

La orientación-formación vocacional en el IPVC Carlos Marx de Matanzas para optar por la carrera de Medicina se desarrolla mediante la Sociedad Científica en la cual se agrupan los estudiantes que optan por las carreras de Ciencias Médicas incluidos en el estudio los 30 estudiantes de decimo y onceno grado de ellos 19 hembras y 11 varones lo que representa un 63,4 % y un 36,6 % respectivamente.

Primera etapa: en la valoración del trabajo de la orientación-formación vocacional desarrollada en la Sociedad Científica en el IPVC Carlos Marx de Matanzas se obtuvo como resultado que el 61,50% de los entrevistados expresaron que se desarrolla de manera regular (R) ya que ellos trabajan con un programa cuyos contenidos son impartidas por profesores de Biología lo que demuestra que muchos de los temas del programa carecían del enfoque médico. Además el 100% de los profesores de la cátedra de Biología consideran que se podrán cumplimentar los objetivos del programa al ser impartidos por médicos, lo que permitirá la utilización de medios de enseñanza con láminas histológicas relacionadas con el cuerpo humano con lo cual ellos no cuentan y consentirá la integración de los contenidos de Biología Humana con disciplinas como la Medicina General.

A través de una Tormenta de Ideas por el método de la tira de papel se obtuvieron los atributos deseados y posteriormente se les solicitó a los especialistas que dieran prioridad a los mismos los cuales son: flexibilidad, trabajo en la comunidad, accesible, colaborador.

Después de obtenida esta información se calculó el coeficiente de Kendall para conocer si realmente los integrantes del panel son expertos y determinar si existe concordancia entre los criterios por ellos emitidos. En el resultado del método para el cálculo del coeficiente de Kendall, el valor obtenido es W = 0.87 lo que expresa que existe concordancia entre los especialistas y se comienza el diseño de actividades para desarrollar la orientación-formación vocacional desde la comunidad pues este escenario permite el desarrollo de los atributos definidos.

Segunda etapa: Con el empleo del software SPSS también se realizó el análisis de la fiabilidad de la escala empleada, obteniéndose un valor del Coeficiente Alpha de Crombach = 0.7957 lo que evidencia que existe fiabilidad.

De los temas impartidos se evidenció el mayor interés en los cambios en la adolescencia, las enfermedades de transmisión sexual y embarazo en la adolescencia, seguido por los Alimentación y dieta en los jóvenes y el ejercicio físico y la salud. Los estudiantes mostraron interés por el tema: la pesquisa y el trabajo integral comunitario, lo que permitió que se cumpliera con los atributos reflejados por los expertos y sobre la base de que el trabajo de orientación-formación vocacional en los momentos actuales puede desarrollarse en los diversos escenarios docentes, entre los que se encuentran las unidades de la Atención Primaria de Salud (APS). Se observó que los estudiantes se interesaron en la totalidad de los temas impartidos, obteniéndose una gran media de

4. Las mayores puntuaciones fueron otorgadas a los atributos relacionados con la sexualidad y los temas de menor puntuaciones fueron los relacionados con los movimiento Alumno Ayudante, Vanguardista Mario Muñoz y Principios de la medicina cubana, los cuales tributan al perfil del egresado en sus vertientes: asistencial, docente, investigativa, administrativa, por lo que consideran los autores que este resultado está relacionado con el desconocimiento de estos movimientos políticos desarrollados en la universidad.

El análisis de estos resultados permitió al equipo de investigadores explorar las necesidades de aprendizaje de los estudiantes y encaminar el trabajo de manera que desarrollaran habilidades y valores que posibilitaran el surgimiento de interés profesional hacia las carreras de las Ciencias Médicas, concordando con (Vicente 2014) la determinación de las necesidades formativas e informativas de los estudiantes en general y particularmente los de Pre-Universitario, debe ser el punto de partida para el desarrollo de la orientación y formación vocacional con los mismos.

Tercera etapa: esta etapa se desarrolló en dos momentos:

Primer momento: capacitación teórica de los temas solicitados, impartidos por los 9 profesores especialistas en Histología del Departamento de Ciencias Básicas Biomédicas, de ellos el 77.8% son además especialistas en Medicina General integral como primera especialidad, con un promedio de experiencia de más 15 años en la atención primaria de salud en Cuba y en Venezuela. Mediante audiencias sanitarias en la pesquisa de dengue y otras arbovirosis, se orientaron las medidas preventivas para evitar las enfermedades y las orientaciones de cómo realizar la visita al hogar: como hacer la presentación, solicitud de permiso `para inspeccionar la casa y los patios y cómo explicar al morador de la vivienda las deficiencias en relación con el autofocal, aspecto necesario pues deben tener un lenguaje claro, coherente y preciso.

Segundo momento: se desarrolló mediante actividades prácticas con énfasis en la comunidad, se realizaron las demostraciones en el consultorio 11 del Policlínico Universitario Carlos Verdugo de Matanzas, en compañía de estudiantes de tercero y cuarto años de la carrera de Medicina que realizaban educación en el trabajo, el médico y la enfermera de la familia, dos investigadores del proyecto y el profesor guía designado del IPVC Carlos Marx de Matanzas; además trabajaron con microscopios ópticos en los laboratorios de investigación de las Ciencias Básicas Biomédicas con el objetivo de observar imágenes histológicas del cuerpo humano y realizar técnicas de Morfometría en células, tejido y órganos.

Cuarta etapa**:** Participación activa de los estudiantes de la sociedad científica de medicina del Instituto Preuniversitario Vocacional Carlos Marx de Matanzas en el trabajo comunitario integral efectuado en el municipio de Matanzas de conjunto con estudiantes de la carrera de Medicina convocados para el trabajo comunitario integral en el periodo de alerta epidemiológica por dengue en la provincia.

Realizada la actividad se aplica técnica participativa (PNI), en una hoja de papel donde los estudiantes de manera anónima reflejaran los aspectos Positivo, Negativo y/o Interesante con relación a su participación en el trabajo comunitario integral.

Los resultados de esta técnica arrojan que para la mayoría de los estudiantes fue una gran experiencia, lo que representó un 98% seguido de poder acercarnos al trabajo que

realizan los estudiantes y médicos ha sido excelente para mi vocación; me he sentido útil para mi país; he sentido que con mi trabajo he aportado a la salud con un 97% y un 95%refirieron: nos han tratado muy bien los pacientes a pesar de aún no estar estudiando medicina; poner en la práctica acciones de salud ha sido espectacular. Opiniones como no siempre abren las puertas; nos dan el permiso a entrar a sus casas por obligación y hay que caminar mucho muestran menores valores.

Los autores consideran que las opiniones de los estudiantes al realizar el trabajo comunitario integrador fueron positivas, se coincide con Torres (2016)que las actividades extracurriculares, propician la orientación profesional dando los niveles de ayuda a los estudiantes, lo que facilitó la adquisición de conocimientos, desarrollo de habilidades, capacidades, motivos e intereses profesionales, por lo que sería también oportuno trasladar los espacios de la orientación vocacional a los policlínicos docentes, incluso a los consultorios del médico de la familia, que constituyen los verdaderos escenarios para la formación del médico general.

Los autores de la investigación son del criterio de que los resultados muestran que la comunidad es un escenario favorecedor del proceso de orientación vocacional hacia la carrera de Medicina, al insertar a los estudiantes de preuniversitario en las actividades que en ella se desarrollan desde el consultorio, pues refuerzan la labor del médico como muestra de ejemplaridad y compromiso social, además es el sitio donde se desempeñarán los estudiantes una vez egresados.

Quinta etapa: se analizó el comportamiento del ingreso en las carreras de las Ciencias Médicas, donde el 66,6 % de los 18 estudiantes de duodécimo grado del IPVC Carlos Marx de Matanzas que integraban la Sociedad Científica de Medicina optó por la carrera de medicina, el 3,3 % por la carrera de estomatología y el 33,3 % optaron por otras carreras

CONCLUSIONES

El sistema de acciones educativas de orientación-formación vocacional aplicado a los estudiantes del Instituto Preuniversitario Vocacional “Carlos Marx” del municipio Matanzas fue eficaz, teniendo en cuenta el estado del problema al inicio de la investigación, los intereses de los estudiantes y el ingreso de éstos en las carreras de las Ciencias Médicas.

REFERENCIAS

Alcántara, FC, Alcántara, A, Vara, EJ, Fimia, R. (2017). Impacto de actividades extracurriculaires de formación vocacional y orientación profesional en estudiantes de Ciencias médicas. *EDUMECENTRO* 9(2), 124-139. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077287420170002000010&lng=es&tlng=es

Álvarez, R, & Barcos, I. (2015). Formación y perfeccionamiento de recursos humanos en el sistema de salud cubano para cobertura sanitaria universal. *Revista Cubana de Salud Pública,* 41(1) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864346620150005000005&lng=es&tlng=es

Blanco ME, Jordán, M. ; Martínez, Y. ; Noda, A. ; Hurtado de Mendoza, AB. ; Rocha, K.(2018*). Educación sobre salud reproductiva y prevención de osteoporosis en el Instituto Preuniversitario José Luis Dubrocq*. Matanzas. 2013- 2015. *Rev Méd Electrón* ,40(3). Recuperado de http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2244/3858

Cain, GA. (2016).*Técnicas e instrumentos de orientación vocacional como estrategias de elección de un bachillerato de acuerdo a su proyecto de vida*. Machala: Universidad Técnica de Machala. Recuperado de http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/8767

Capote, A. ; Ciria, A. ; Pérez, J. ; Núñez, J. ; Pereira, Y. (2016). Consumo de sustancias tóxicas en adolescentes con infecciones de transmisión sexual. *Revista Cubana de Medicina General Integral,* 32(1) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086425201600010000 8&lng=es&

Constitución de la República de Cuba. (1976). http://gacetaoficial.cu

Fernández, E.; Molerio, O. ; López, L. ; Cruz, A. ; Grau, R. (2016). Percepción de riesgo respecto al consumo de tabaco en jóvenes universitarios cubanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(2),140-152. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086425201600020000 1&lng=es

Herrera, GL. (2015). ¿Por qué potenciar la formación en investigación para la integralidad del profesional de la Medicina*? Rev Ciencias Médicas*, 19(1),9-12. Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942015000100004&lng=s

Herrera, VA, Alfonso, I. ; Quintana, M. ; Pérez, M. ; Navarro, L. & Sosa, IM. (2018). Formación vocacional y motivación: su incidencia en el estudio de la carrera de Medicina. *EDUMECENTRO*, 10(2),111-125. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077287420180002000 09&lng=s&tlng=es

Jordán, M.; Blanco, ME. (2015). Educación sanitaria integral del adolescente en el instituto preuniversitario urbano José Luis Dubrocq de Matanzas. *Rev Med Electrón*, 37(3). Recuperado dehttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000300002

Juvier, MN.; Trujillo, P.; Cobas, P.; Marchena, GE. (2015). La orientación profesional: indicador de eficiencia en la formación de profesionales. *EDUMECENTRO*, 7(4), 178-195.Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077874201500040001 3&lng=est

Rodríguez, M.; Vasconcelos, EA.; Tejera, A. (2018). Propuesta de actividades del Proyecto Integral de Trabajo Educativo desde la asignatura Biología Humana, Curso Premédico. *Órbita Científica* 102(24). Recuperado de http://revistas.ucpejv.edu.cu/index.php/rOrb/article/view/486/718

Salabert, I.; Naipe, MC.; Garriga, NE.; Dihigo, MT.; Nuñez, L. (2017). La motivación profesional en los estudiantes de las ciencias médicas. *Revista Médica Electrónica de Matanzas*, 39(3). Recuperado de http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/artcle/view/1989/3443

Torres, HM.; García, D. ; Yedra, M. (2016). Intervención educativa sobre infecciones de trasmisión sexual en adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr* ,35(4). Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466201500030006lng=es&nrm=iso

Velázquez, L.; Alfonso, Y. ; Valverde, I. & Vilaú, LA. (2018). Orientación profesional desde la Universidad hacia las carreras de Enseñanza Técnico Profesional. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 22(1), 120-132. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156119420180001000016&lng=es&tlng=es

Vicente, B. ; Vicente, E. ; Rocha, M. ; Costa, M. (2014) Orientación y formación vocacional hacia la carrera de Medicina. *Medisur*,12(1). Recuperado de http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2725

Vigotsky, LS. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana : Científico-Técnica, 38-103. Recuperado de http://www.edisciplinas.usp.br

CAPÍTULO 7. CIENCIAS PEDAGÓGICAS

O VALOR DO MODO CONJUNTIVO EM PA: UMA ABORDAGEM SEMÂNTICA COM BASE REFERENCIAL EM PE

THE VALUE OF THE CONJUNCTIVE MODE IN PA: A SEMANTIC APPROACH BASED ON STANDING REFERENCE

Carlos Trinta

RESUMO

No presente trabalho, apresentamos uma discussão acerca do modo, concretamente o conjuntivo, tido como o modo de ocorrência em orações subordinadas, embora possa também ocorrer de forma livre (sem que haja subordinação oracional, mas com um elemento que catalisa tal ocorrência) e surgir na primeira oração. Assim, a nossa preocupação é se ilustrar os elementos que estão intimamente ligados à seleção deste modo, designadamente: aspectos lexicais, sintácticos, morfológicos e o valor semântico que o conjuntivo veicula em línguas como o PE.

PALAVRAS-CHAVE: modo conjuntivo, aspectos lexicais, aspectos sintácticos, valor semântico e PE.

ABSTRACT

This research deals about the subjunctive mood in its way how it occurs in the subordinate clauses, which may also occur freely, without any antecedent clause, but may always accomplished with some element which makes such subjunctive mood appear. Thus, we are concerned in illustration of such elements whose belong to some words, that their grammatical proprieties, such as: lexical, syntactic, morphologic and semantics aspects which lay in the subjunctive mood in natural languages like EP.

KEY WORDS: subjunctive mood, lexical aspects, sintactic aspects, semantic value and EP.

Siglas e abreviaturas

EP = european portuguese

PE = português europeu

PA = português de Angola

S = sentence (frase)

VP verb phrase

PP = prepositional phrase

D = determiner

LN = língua natural

BE = binding element

NP = Noun Phrase

Cf. = conferir em, confrontar com

ONF (Não) = operador de negação frásica

INTRODUÇÃO

Atualmente, Angola conta com cerca de 28[1] milhões de habitantes e grande parte desta população tem o português como sua língua de comunicação (não implicando

[1] Dados fornecidos pelo INE (instituto nacional de estatística – Angola), resultantes do censo populacional realizado em 2014.

necessariamente ser L1 ou L2, apenas língua de comunicação). A partir de 1975, altura em que o país conquistou a sua independência, precisamente, a 11 de novembro, o português passou a ser a língua oficial e língua veicular, assumindo a responsabilidade de um veículo para a unidade nacional, visto que Angola é um país constituído por várias tribos e cada uma delas tem uma ou mais línguas de comunicação.

O português falado e escrito em Angola (doravante, PA[2]) existe há mais de cinco séculos, precisamente há 527 anos. Os primeiros contatos entre os povos portugueses e Bakongo (actualmente, Angola - angolanos) datam de 1482/3, aquando da chegada dos primeiros mercantes europeus à foz do Rio Nzadi (actualmente Záire ou Kongo), na actual província angolana baptizada com o nome desse grande rio africano. A partir desse contacto, julgamos que a língua dos europeus começa a sofrer algumas alterações impostas por factores diatópicos, diacrônicos e, porventura, diafásicos, até porque, nenhuma língua mante-se intacta ou imutável com o passar do tempo, nem mesmo com a variação do local ou da sociedade em que é falada sem que sofra tais variações.

A elaboração do presente artigo justifica-se pelo facto de já haver uma "gritante" necessidade de se produzir informação de natureza científica para descrever a realidade linguística do português PA que, por sinal, vem conhecendo novas realidades. Todavia, a elaboração deste trabalho empregamos uma variedade de métodos, consubstanciados naquilo que é recomendável à produção de trabalhos como este, ou seja, o suporte metodológico conta com abordagens metodológicas feitas em Carmo e Ferreira (2003) e Reis (2010).

A discussão teórica básica é consubstanciada nas abordagens de Barbosa (1822), Bechara (1999), Mateus et al. (2003), Marques 1995), Raposo (2013), entre outras, ao passo que a base empírica é de suporte de Trinta (2015) que, tanto quanto sabemos, é o primeiro angolano a fazer pesquisa sobre a dicotomia que envolve os modos indicativo e conjuntivo do português falado e escrito em Angola e é a partir dessa obra buscamos informações pertinentes da variação do modo conjuntivo que aqui se analisa.

1. O modo em línguas naturais

Existem muitas línguas no mundo. De acordo com os linguistas (e, eventualmente outros pesquisadores que não sejam linguistas) atestam que as línguas são um postal de identidade de um povo, de uma sociedade, de uma nação, etc. e são catalogadas em grupos e famílias de línguas, desde que apresentem características lexicais, morfológicas e, algumas vezes, sintácticas semelhantes ou partilhadas.

Independentemente de as línguas pertencerem à mesma família ou ao mesmo grupo, no que diz respeito a aspectos de *modo*, pode haver uma "disparidade" de "comportamento modal". Contudo, parece que todas as línguas têm o modo verbal mais

[2] Autores como Trinta (2015:1) rejeitam a existência formal dessa variedade do português, porquanto carece ainda da sua descrição, autonomização e a sua oficialização formal (mas reconhece-se que a forma de falar e, nalguns casos, de escrever difere-se do PE). Por isso, usamos a designação PA como sinopse de "português falado e escrito em Angola".

explícito (*i.e.* algumas línguas europeias, por exemplo) outras menos (*i.e*. algumas línguas bantu – *kikongo*, *umbundu*, o modo é menos explícito), mas existe.

1.1. Conceptualização

O lexema *modo* tem sido alvo de deturpação semântica, porquanto é empregue em várias dimensões comunicativas de muitos domínios do saber científico ou de arte. Por exemplo, a nível da língua natural (LN), *modo* pode significar: estilo, maneira ou forma de dizer ou fazer as coisas, estado, meio, condição, etc. Numa perspectiva terminológica, tendo em conta o domínio científico da linguística, que é a área científica que tem a língua como seu objeto primordial de estudo, dá-nos a noção de que modo é a maneira de enunciar a acção do verbo, através da modalidade usada.

Assim, o modo verbal é concebido como uma das categorias em função das quais o verbo flexiona e, de acordo com alguns autores, codifica a atitude do falante. A respeito deste conceito, vejam-se, por exemplo, como alguns autores se pronunciaram: "*mood is an inflectional category which may be an exponent of the semantically-defined concept of modality". Bennett (2002:140).*

Marques *et al*. (2013:673), afirma que "o *modo* é um dos sistemas, em função dos quais, varia a flexão dos verbos em portugues".

Trinta (2015), acha que "o *modo* é uma categoria gramatical incidências sintácticas e morfológicas que codifica (e descodifica) um evento ou uma atitude do falante, por isso, o *modo* é de fortes repercussões semânticas.

Tendo em conta as três abordagens feitas acerca do modo, perceber-se que o modo é um dos grandes valores que pode encontrar num verbo, cujas valências morfossintácticas estão assentes em morfemas afixais, concretamente em sufixos (constituinte temático, neste caso a vogal temática) do verbo, faltando, desta feita, obter os reais valores semânticos que um dado modo (o conjuntivo) possui em línguas naturais. Todavia, antes de se fazer a discussão acerca dos valores do conjuntivo em PA, preferencialmente faz-se uma incursão referencial em PE, não só para servir de referência, como já o aludimos, mas também e sobretudo, pelo facto de, na variedade europeia, a ocorrência do conjuntivo e o seu valor semântico são peremptoriamente conhecidos (não obstante haver uma variação em alguns casos, mas encontra-se descrito na literatura), o mesmo que não se diz da variedade angolana.

1.2. O modo em PE

Em português, tal como nalgumas línguas românicas (e, talvez noutras línguas também), as marcas do modo estão contidas no verbo. Contudo, na presente secção procuramos mostrar a dicotomia que envolve os modos indicativo e conjuntivo, quanto a sua variação de seleção e, sobretudo, apresentar os variados aspectos catalizadores da ocorrência de um dado modo.

1.2.1. Modos indicativo e conjuntivo

Em PE, o **indicativo** é concebido como o modo "linear". Ou seja, as análises feitas acerca dos modos partem sempre do indicativo, que serve de referência dos demais modos. Por isso, existem muitos estudos ligados ao indicativo.

Antes que se faça aqui a dicotomia que envolve os dois modos, prefere-se apresentar alguns aspectos tidos de extrema relevância que envolvem o indicativo e o conjuntivo, como: *(i)* morfológicos (ou morfossintácticos) *(ii)* sintácticos, *(iii)* lexicais, *(iv)* semânticos destes dois modos.

(i) **Aspectos morfológicos** – têm a ver com a marcação de um dado modo. Normalmente, os morfemas afixais (concretamente, em forma de um sufixo – constituinte temático, neste caso, a vogal temática) acabam por elucidar o modo em causa.

É, ainda, de realçar que o sistema morfológico do PE permite que num verbo se encontrem representadas as seguintes categorias: pessoa (1.ª, 2.ª 3.ª), número (singular, plural), tempo e modo (presente do indicativo, pretérito imperfeito do conjuntivo, etc.).

Assim, em línguas como o PE, que pertence ao grupo de línguas morfologicamente conhecidas como aglutinativas (*cf*. Andrade (2007), Mateus *et al* (2003)), as marcas de um dado modo são expressas através de um morfema sufixal, que varia de acordo com a natureza do verbo (se é da 1.ª, 2.ª, 3.ª ou 4.ª conjugação). Vejam-se alguns exemplos de verbos flexionados na 3.ª pessoa do singular do presente do indicativo e na 3.ª pessoa do singular do presente do conjuntivo[3], Trinta (2015):

Infinitivo Verbal	Modo verbal		Classe verbal
	Indicativo	Conjuntivo	
Cozinhar	Cozinha	Cozinhe	1ª Conjugação
Estudar	Estuda	Estude	
Poder	Pode	Possa	2ª Conjugação
Ter	Tem	Tenha	
Descobrir	Descobre	Descubra	3ª Conjugação
Subir	Sobe	Suba	

Tabela 1: Verbos e marcas morfológicas
(?) Este sinal indica que a classe verbal é ainda discutivel.

(ii) **A sintaxe do conjuntivo** – tem a ver com aspectos de posicioonamento do conjuntivo numa frase. Normalmente, o conjuntivo é o modo de subordinação.

1.2.2. Posição sintáctica (de subordinação)

Em termos sintácticos, o conjuntivo é, tradicionalmente, estudado e avaliado como o modo de ocorrência em sugunda posição, sob a "âncora" do nó inicial da frase.

[3] - Por sair do escopo do presente trabalho, não me vou debruçar sobre questões ligadas à morfologia. A esse respeito, veja-se, por exemplo, Villalva *et al*. (2003), Andrade (2007) ou Trinta (2015).

Contudo, é possivel verificar-se a ocorrência do conjuntivo em frases (ou em orações) numa posição fixa, sem que haja qualquer adjacencia da sua existência. As frases abaixo são a prova dessa ocorrência.

(1) Haja a paz nessa terra!
(2) Que o diabo o leve.
(3) Oxalá (que) ele chegue mesmo hoje!

Independentemente de alguns aspectos sintácticos apresentados acima, que têm que ver com a ocorrência "fixa" do conjuntivo, é preciso referir que o conjuntivo, *"in de per si"* ocorre mais (com maior frequência) em construções sintácticas de subordinação, ou de orações relativas ou de orações completivas (esta última tipologia é a mais frequente dessa ocorrência).

Para línguas como o PE, as duas figuras representam a estrutura predominante da ocorrência do conjuntivo:

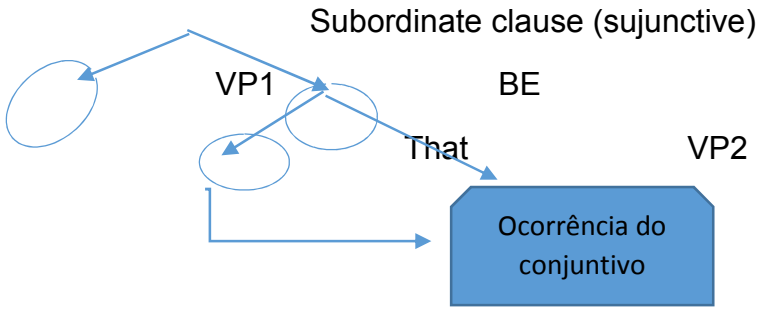


Figura 1: protótipo 1 – estrutura de dependência do conjuntivo sem ramificação

Desta maneira, a ocorrência do conjuntivo é catalizada pelo verbo presente na posição de VP1, que é ligado pelo BE (binding element = elemento de ligação), normalmente representado por "que" até à posição do VP2. Todavia, a figura abaixo (*cf*. Figura 2) é "ramificada" e mais completa e mais ilustrativa.

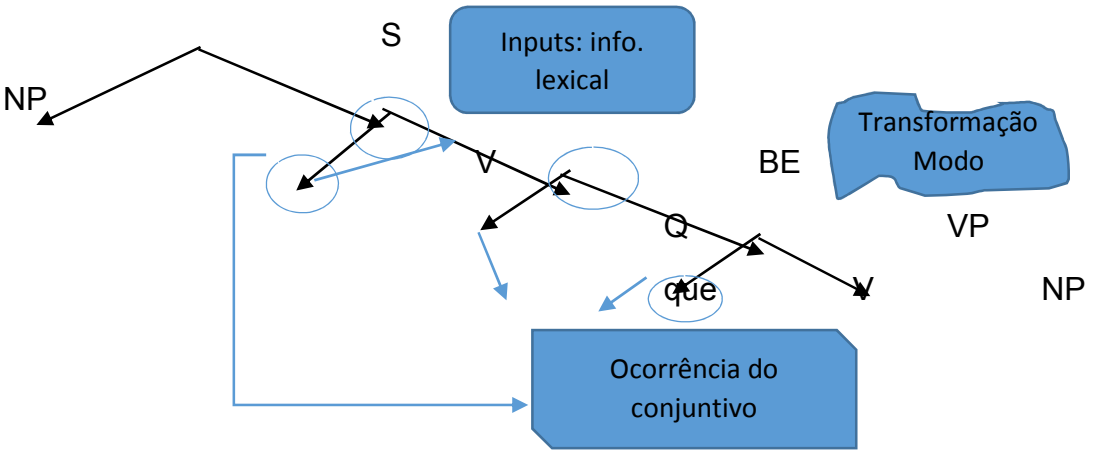


Figura 2: Protótipo 2 – Binding model (Cook & Newson, 2010:61) : estrutura de dependência do conjuntivo com ramificação

Os protótipos 1 e 2 das respectivas figuras 4 e 5 elucidam claramente a ocorrência do *modo conjuntivo* numa "posição baixa". Ou seja, o verbo matriz fixa-se numa "posição

alta" (tendo em conta a teoria de "*government and binding model* – sob escopo do princípio sintáctico "sisterwood" – Cook e Newson, 2010), fazendo com que haja a relação intrínseca de dependência e de subordinação entre a oração principal e propiciar a ocorrência do conjuntivo na oração subordinada de que o verbo principal é subordinante.

Como se vê nas figuras referenciadas acima, fica clara a informação sintáctica relacionada com a ocorrência do conjuntivo na oração subordinada (normalmente, completiva ou relativa) de que é passada nesses parágrafos, mas falta saber se quais são as "motivações" ou quais são os *inputs* que fazem com que haja a seleção de um modo em detrimento de outro, ou ainda, possa, igualmente, haver coincidência de ocorrência de dois modos, mas que veiculem valores diferentes.

(iii) **Aspectos lexicais** – prendem-se com questões de natureza informacional. Ou seja, a natureza lexical do verbo da oração principal e a informação por si veiculada, bem como veiculada também por expressões predicativas (de natureza avaliativa) são determinantes à escolha ou de um modo ou de outro.

Como se viu nas figuras acima (*cf*. Figuras 4 e 5), percebeu-se que a informação lexical (ou propriedades semânticas) do verbo da oração primária propicia a seleção ou do modo indicativo ou do modo conjuntivo da oração completiva. Para que se consiga esclarecer melhor as propriedades lexicais (há quem chame de propriedades semanticos) referidas aqui, preferiu-se construir dois grupos diferentes: 1) e 2) e a) e b).

1) Verbos do indicativo – em teoria, são verbos cujas propriedades lexicais permitem exclusivamente selecionar o modo indicativo: *achar, afirmar, aferir, concluir, considerar, confirmar, dizer, esclarecer, esquecer, estabelecer, explicar, frisar, garantir, ignorar, indicar, inferir, informar, prometer, reclamar, reconhecer, referir, responder, revelar, saber, sentir, etc.*

(4) O Carlos disse que a Vanuza é boa estudante.
(5) A Sandra afirmou que viu o Carlos na ESPLN.
(6) A Tânia acha que o Carlos vem à escola.
(7) O Carlos frisou que gosta muito de dar aulas de linguística.

2) Verbos do conjuntivo – são verbos que só servem para a selecção do modo conjuntivo, em teoria: *aconselhar, aguardar, ansiar, apreciar, atrapalhar, assustar, autorizar, duvidar, espantar, esperar, estranhar, evitar, exigir, impedir, implicar, incomodar, lamentar, lastimar, mandar, motivar, negar, ordenar, permitir, pretender, procurar, proibir, querer, recear, recomendar, requerer, revoltar, rogar, solicitar, sugerir*

(8) O professor *impediu* que os estudantes *consultassem* o dicionário.
(9) O professor ***autorizou*** que os alunos ***consultasem*** o dicionário.

a) Expressoes predicativas (avaliativas) e alguns advébios

As expressões predicativas (não todas, porque algumas seleccionam o indicativo, i.e. "é certo que o Carlos vem hoje"; certamente ele chega hoje") são, na sua maioria, catalizadoras da ocorrencia do conjuntivo, pelo facto de seu escopo não se restringir

apenas no verbo matriz, porque esse verbo está dependente da expressão que avalia a atitude do falante sem que haja um facto que contrapõe a não-factualidade, como se pode observar nos exemplos abaixo.

(10) O Carlos afirmou sem que **tivesse** a certeza.
(11) Antes que **publique** uma informação, tenha primeiro a certeza.

b) Orações condicionais com "se" e "quando"

As construções condicionais com "se" são partitivas, ou seja, o cerne da seleção de um dado modo dependem muito da atitude do falante. Se o falante tiver a certeza daquilo que afirma, ou se a proposição da frase exprimir um compromisso detendente a um facto, a seleção do indicativo é a opção certa, porque tem muito mais a ver com valores da "verdade" (12), caso haja o contrário, então, a seleção do conjuntivo é a mais acertiva (13).

(12) *Se chove* hoje, não **vai** à escola.
(13) *Se chever* hoje, não **vá** à escola.

As orações condicionais com "quando" parecem ser mais de natureza gradativa, em que as condicões-de-verdade expressas na proposição acabam por determinar a seleção ou do indicativo ou do conjuntivo. Assim, a frase (14) parece exprimir mais certeza que a (15). Dito de outra maneira, a certeza expressa em oração condicional com "quando" são mais elevadas que as expressas em orações com "se".

(14) *Quando chever* não vai à escola.
(15) *Se chover* não **vá** à escola.

c) Orações com a negação frásica "Não"

Em PE, o operador de negação frasica "NÃO" – ONF tem sido estudado de diversas formas. A sintaxe (e a morfossintaxe) e a semantica são duas grandes áreas linguisticas em que se tem produzido muita informação a respeito a este elemento da lingua. A titulo exemplificador, podem consultar-se alguma literatura de especialidade: Mateus et al. (2003), Marques (2010) Peres (2010), Raposo (2013), entre outras.

Os autores supracitados são unânimes em afirmar que o ONF é um catalizador da ocorrencia do conjuntivo, porquanto tem escopo, não somente sobre a oração principal, mas também a oração subordinada, como se pode constatar nos exemplos (16) e (17) abaixo:

(16) a) Ele *afirmou* que **é** oportuno aprender a língua.
b) Ele **não** *afirmou* que **seja** oportuno aprender a língua.

(17) a) O Carlos *lamenta* que **tenhas chegado** tarde.
b) O Carlos **não** lamenta que **chagaste** tarde.

(iv) **Aspectos semânticos** (valor do conjuntivo)

A informação patente nas gramáticas (tradicionais e modernas), tanto do PE como de outras línguas mostra que o indicativo é modo compatíveis com frases, cuja proposição exprime uma realidade ou um facto. Já ao conjuntivo é atribuído valores hipotéticos, irrealidades, dúvidas, incertezas, etc.

Ou seja, sempre que um falante selecione o indicativo numa frase é porque tem a certeza do que diz, ou compromete-se com a verdade daquilo que pretende afirmar, por razões de compatibilidade modal, já o indicativo é o modo para este efeito, ao passo que, a seleção do conjuntivo na oração subordinada está "ancorada", como já o afirmamos, à situações não factuais e, sobretudo, quando não se (muita) convicção ou certeza do que se diz, daí, a ocorrência do modo hipotético.

2. **O modo em PA** – análise dos dados

Relativamente ao PA, aludimos que não é ainda uma variedade linguística autônoma e, por conseguinte, está ainda em formação e em seu franco crescimento, rumo à autonomia.

Os dados empíricos elencados em Trinta (2015) evidenciam que a variante angola tende não uniformizar o uso do conjuntivo em contextos em que em PE somente ocorreria este modo, vislumbrando claramente que o PA está a distanciar-se da variedade europeia, mesmo este sendo o padrão referencial do português falado e escrito em Angola.

Em algumas frases em PA, o conjuntivo tende a ter valores iguais e diferentes daqueles que se poderiam encontrar em PE, por isso, os exemplos abaixo retirados em Trinta (2015:45) provam esta asserção:

(18) "Talvez você ---------- (poder) me ajudar".
(19) "A mãe impediu que a filha ---------- (sair) de casa".
(20) "O professor mandou que os alunos ---------- (fazer) a tarefa".

De acordo com Trinta (2015), as frases acima (*cf*. (18 – 20)), apresentam um espaço vazio por preencher com um verbo dado em parêntesis, cujo modo a selecionar depende muito do informante.

Em PE, as três frases são de ocorrência obrigatória do conjuntivo na oração subordinada (a frase com *talvez* é simples e não possui subordinação), mas de acordo com os referidos dados, os informantes de Angola, por sinal, têm o português como sua L1, não importando se usam no seu quotidiano, sim, como sua língua veicular, mostraram-se sensíveis em selecionar também o indicativo, cujo valor, nestes casos, difere-se do conjuntivo.

A frase (10), cujo elemento catalizador da ocorrência do conjuntivo é o *talvez*, advérbio de dúvida, que é compatível com o *conjuntivo*, por ser o modo hipotético, expressando dúvida ou incerteza, mas dos 92 inqueridos, 52 preencheram, selecionando o conjuntivo

que correspondem a 66% e 40 informantes selecionaram o indicativo, correspondendo a 34%.

Nas frases subsequentes (11 e 12), como se pode ver, o exercício era o mesmo de preenchimentos. O verbo matriz das orações principais impedir e mandar, respectivamente, são de natureza *deôntica* e selecionam o conjuntivo na oração completiva. Assim, relativamente a frase (11), os dados mostram que 20 informantes optaram pelo indicativo, correspondendo a 24.5% ao passo que 72 dos quais optaram por conjuntivo como o modo da oração subordinada que equivalem a 75.5%, da mesma forma que na frase (12) não houve uniformidade como se podia esperar da seleção do conjuntivo, havendo 12 informantes que optaram em usar o indicativo 15% e 80 do uso do conjuntivo que equivalem a 85%.

Esta informação mostra que não há ainda uniformidade à seleção do modo e, por conseguinte, esses dados atestam que o conjuntivo não ainda um modo cabalmente estabilizado em PA.

CONCLUSÕES

De acordo com os dados fornecidos e analisados em Trinta (2015), e, tal analise consubstanciada igualmente no presente trabalho, somos a afirmar que o PA está em franco crescimento, rumo à sua autonomia linguística, porque assim se espera de uma língua usada num dado país.

Todavia, relativamente ao valor que o conjuntivo tem no PA, os dados revelam que é um modo ainda não estável nessa variedade do português, pelo que as razões que levam os falantes a selecionar esse modo em contextos propícios de ocorrência do indicativo em PE, são variáveis: uma delas está ligada à pragmática. Ou seja, o contexto comunicativo pode propiciar tal variação e, nesses casos, o conjuntivo não teria apenas valores que tradicionalmente a si são atribuídos. Por razões lexicais e sintáticas, parece que o conjuntivo está a aproximar-se mais ao indicativo, situação que contrasta as explicitações feitas na literatura do PE. A outra razão prende-se às questões evolutivas da língua e sociolinguísticas. Ou seja, a maior parte (se não mesmo todos) dos informantes são bilíngues, falantes de algumas línguas Bantu. E, em línguas bantu, o modo conjuntivo é quase “opaco”, substituído pelo indicativo.

Sendo assim, ainda bem que o PA está já a tomar o seu rumo, faltando pouco tempo da sua estabilização e uniformização que venham a garantir uma verdadeira autonomia linguística, tendo em conta as imensas dificuldades existentes à descrição dessa variedade da língua portuguesa em África.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, J. S. (1822), *Grammatica philosophica da Lingua Portugueza ou Princípios da Grammatica Geral Aplicados à Nossa Linguagem*; 7ª ed., Lisboa: Academia Real das Sciencias.

BECHARA, E. (1999), *Moderna Gramática Portuguesa*, 37.ª ed., Rio de Janeiro: Editora Lucerna.

BELL, A. (1990), *El modo en español: consideración de algunas propuestas recientes – in Ignacio Bosque* (org.) – *Indicativo y subjuntivo*; Taurus Universitaria.

BENNETT, Paul (2002), *Semantics: An Introduction to non-lexical Aspects of Meaning*. LINCOM Coursebooks in Linguistics 12.

Dos REIS, Filipa Lopes (2010). Como elaborar uma Dissertação de Mestrado segundo Bolonha. Guia prático. Pactor Editores.

FARIA, I.H. (1974), *Conjuntivo e a restrição da frase-mais-alta*. Separata do "Boletim de Filologia". Tomo XXIII, Centro de Estudos Filológicos; Lisboa.

MARQUES, Rui *in* Raposo, Eduardo Buzaglo Paiva *et al.* (2013). Gramática do Português. Edições da Fundação Calouste Gulbenkian.

MARQUES, Rui (2009), "*The dependency of the subjunctive revisited: temporal semantics and polarity*". *Lingua*, 120: 1883-1908.

MATEUS, Maria Helena Mira et al. (2003). Gramática da língua Portuguesa. Coleção Universitária, série Linguística. Editora Caminho.

OLIVEIRA, F. *et al*. (2003), *Modalidade e modo*.– in Mateus, M.H. *et al.* (orgs.). *Gramática da Língua Portuguesa*. Edição revista e aumentada. Lisboa. Caminho.

PALMER, F.R. (1986), *Mood and Modality*. Cambridge University Press.

TRINTA, Carlos Domingos (2015). Distribuição dos modos indicative e conjuntivo no portugues falado e escrito em Angola – uma análise comparative com o PE numa perspectiva semantica. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa.

CURIOSIDADES: A ARTE DE UTILIZAR OS DEDOS PARA EFECTUAR A OPERAÇÃO DA MULTIPLICAÇÃO

CURIOSITIES: THE ART OF USING FINGERS TO PERFORM THE MULTIPLICATION OPERATION

Africano Florindo Francisco Samo[1]

RESUMO

O artigo intitulado **‘‘CURIOSIDADES: A ARTE DE UTILIZAR OS DEDOS PARA EFECTUAR A OPERAÇÃO DA MULTIPLICAÇÃO’’,** resulta das ideias compiladas depois de algumas buscas feitas à partir do manual do 7º Ano de Inez Santos e Judite Barros, correspondendo a 6ª edição do mesmo, arte proposta por autor desconhecido, o conteúdo aparece no manual na página 41 e não de maneira aprofundada, e pretendo aprofunda e divulgar mais a ideia no contexto mais amplo. Face a actividades de docência realizadas constantemente nas escolas de I Ciclo do ensino secundária 22 de Novembro 9ª, 8ª e 7ª Classes, Complexo escolar do I Ciclo ‘‘Luís Braille’’ 9ª Classe, e na escola do II Ciclo do ensino secundário José Manuel Salucombo, por onde verifiquei muitas debilidades pelos alunos e os professores por se limitarem em decoração do que traduzem os programas académicos. Sendo a multiplicação uma das quatro (4) operações fundamentais da aritmética, sua complexidade reside especificamente quando multiplicamos números compreendidos nos intervalos de 5 á 9, para eles quando se trata de tais procedimentos, recorrem de imediato a tabuada ou máquinas calculadoras. O processo de memorização ou o uso da tabuada consiste em criar preguiça aos alunos, alguns depois de familiarizarem-se com a curiosidade acharam por bem dispensarem a tabuada e a máquina calculadora para a execução da mesma operação o que traduziu em resultados satisfatórios. Esta arte quando é bem transmitida é uma maravilha para o processo de ensino e aprendizagem, deixando a magia de os alunos produzirem conhecimentos da aritmética baseados em seus próprios dedos sem recorrer-se aos processos de memorização ou mesmo da tabuada. Na mesma perspectiva, a curiosidade precisa de ser analisada de uma maneira profunda e procurar expandir a mesma com fim de enriquecer o conhecimento aritmético sobre a multiplicação bem como enquadrar o conhecimento matemático para se construir mais interesse ao aluno com um único fim: diversificar a aprendizagem e cultivar um processo de ensino e aprendizagem de excelência.

PALAVRA-CHAVE: Multiplicação, Operações, Curiosidades, Arte dos dedos.

ABSTRACT

The article entitled "CURIOSITIES: THE ART OF USE OF DATA TO EFFECT THE OPERATION OF MULTIPLICATION", results from the ideas compiled after some searches made from the manual of the 7th Year of Inez Santos and Judite Barros, corresponding to the 6th edition of the same, art proposed by unknown author, the content appears in the manual on page 41 and not in depth, and I intend to deepen and

[1] Mestrando em Ciências da Educação e Licenciado em Ensino de Matemática pela ULAN: 2018-2020, E-mail: africa3fsamo@gmail.com. Tel.: 923391455.

further disseminate the idea in the broader context. In view of the teaching activities carried out constantly in secondary schools, 22nd November, 9th, 8th and 7th grades, the "Luís Braille" Primary School Complex, 9th grade, and in the José Manuel Salucombo Secondary School, where I found many weaknesses in the students and teachers because they were limited to the decoration of what the academic programmes translate into. As multiplication is one of the four (4) fundamental operations of arithmetic, its complexity lies specifically when we multiply numbers included in the intervals from 5 to 9, for them when it comes to such procedures, they immediately resort to tables or calculators. The memorization process or the use of the table consists in creating laziness in the students, some after becoming familiar with the curiosity thought it was good to dispense with the table and the calculator machine for the execution of the same operation, which translated into satisfactory results. This art, when well transmitted, is a marvel for the teaching and learning process, letting the magic of students produce arithmetic knowledge based on their own fingers without resorting to memorization processes or even the table. In the same perspective, curiosity needs to be analyzed in a profound way and seek to expand it in order to enrich the arithmetic knowledge about multiplication as well as frame mathematical knowledge to build more interest to the student with a single purpose: to diversify learning and cultivate a teaching and learning process of excellence.

KEY WORD: Multiplication, Operations, Curiosities, Finger Art.

INTRODUÇÃO

Sendo a matemática a disciplina do raciocínio lógico, ela está presente em todas fases da nossa vida, toda via, desde o surgimento do homem na sociedade, houve a necessidade de contar seus pertences a fim de não os perder com tanta facilidade. Ultimamente o aluno tem pouco interesse em efectuar operações da aritmética, tudo porque qualquer que seja operação a efectuar, recorre a tabuada ou as ferramentas digitais de uma maneira urgente e sem preocupar-se com os possíveis passos para se chegar a tais soluções.

O processo mecânico da utilização da tabuada, torna-se um vício e desgastante e o aluno fica limitado e acreditando que para além desses processos não existem outras vias para se chegara a tais soluções. O número representa a quantidade que se pode conferir um objecto de acordo sua representação. As operações fundamentais centram em quatro: Adição, subtracção, multiplicação e divisão.

O presente artigo, surge com o foco principal: diversificar as ferramentas didácticas vigentes no processo do ensino e aprendizagem, despertando assim o de que não se pode apenas limitar nas práticas vigentes no nosso quotidiano para que se chegue a solução de um problema puramente matemático. Parece difícil, mas a realidade é que a ferramenta é de vital importância e a sua execução é fundamental como base de um suporte para se chegar a solução sem o uso de máquinas calculadoras mas sim a curiosidade que nossos próprios dedos nos oferecem. Como resultado imediato, verificamos o fracasso do ensino da matemática em certas instituições educacionais à nível nacional e pouco interesse em professores buscarem vias que facilitem o aprendizado baseando-se em dados factíveis.

A matemática que estamos ensinando e como a estão ensinando é obsoleta, inútil e desinteressante. Ensinar ou deixar de ensinar essa matemática dá no mesmo. Na verdade, deixar de ensiná-la pode até ser um benefício, pois elimina fontes de frustração![...] Nossa proposta é ensinar uma matemática viva, uma matemática que vai nascendo com o aluno enquanto ele mesmo vai desenvolvendo seus meios de trabalhar, a na qual ele está agindo (D'AMBROSIO apud DANYLUK, 2002, p.227).

Ao nosso entender, o autor sua preocupação centra-se em como se desenvolve a actividade docente em matemática, com interesse a vida do dia-dia isto é, deve ela deve ser ensinada baseando-se em nossas vivencias ou utilizando materiais de ensino pautáveis.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No processo do Ensino e Aprendizagem da matemática desenvolvem-se capacidades e qualidades que em conjunto, nos podem ajudar a resolver certos problemas do quotidiano. Essas capacidades e qualidades incluem: paciência, persistência, observação, integração de conhecimentos adquiridos em experiências passadas, raciocínio, saber colocar questões e possuir um espírito crítico.

Segundo o manual de matemática 7º Ano, das autoras Inez Santos e Judite Barros, na página 41 diz: ''*a arte de utilizar os dedos para contar e realizar operações aritméticas elementares esteve muito espelhada na Europa até há poucos séculos. No século XIII não era tão fácil, as multiplicar dois números, faziam-se por sucessivas duplicações*''.

Daí a minha curiosidade em aprofundar o conhecimento porque no referido manual surge como uma apanhado, logo, o que me deixa menos cómodo é não saber a origem do método e o autor que o propôs.

Pretendemos com o tema fazer uma ligação de ponte com os conteúdos já abordados nos níveis afectos e fazer uma análise de como efectuar a multiplicação de números sem recorrer a calculadora ou a tabuada. A arte resulta face as actividades desenvolvidas de docência em algumas escolas do I e II Ciclos do Ensino Secundário de Saurimo/Lunda-Sul, onde registamos o pouco interesse dos alunos em aprender a matemática por acharem que se trata de uma disciplina muito difícil e no que concerne a multiplicação, eles preferem o uso das máquinas e a tabuada e dispensando a criatividade e a prática de exercícios mentais.

Se analisarmos a situação actual da prática educativa em nossas escolas identificaremos problemas, como: a grande ênfase dada a memorização, pouca preocupação com o desenvolvimento de habilidades para reflexão crítica e auto-crítica dos conhecimentos que aprende. As acções são ainda centradas nos professores que determinam o que e como deve ser aprendido e a separação entre educação e instrução, o aluno se limitando apenas no que lhe é transmitido se apoiando ao programa nacional, daí surgiu a necessidade de se diversificar as ferramentas didácticas para não limitar o conhecimento.

As contribuições da teoria construtivista de Piaget, sobre a construção do conhecimento e os mecanismos de influências educativas têm chamado a atenção para os processos individuais, que tem um lugar em um contexto interpessoal e que procuram analisar

como os alunos aprendem, estabelecendo uma estreita relação com os processos de ensino em que estão conectados.

De acordo as ideias de Skinner (2005,citado por Ogasawara, 2009: p.17), algumas pesquisas definam como uma mudança na probabilidade da resposta, devendo especificar as condições sob as quais ela acontece. E para o mesmo, garante-se ainda que a execução de um comportamento é essencial mas não é isso que afirma a existência de uma aprendizagem. Assim, é necessário que se saiba a natureza do comportamento para que se entenda melhor o seu processo de aquisição. (Ogasawara, J. S. V., 2009: p.17).

Contudo, Feldman define a aprendizagem como sendo um "processo pelo qual se altera o comportamento. Alteração essa que é permanente e duradoura e que ocorre pela experiencia, treino, exercício ou estado" (Vila, 2008:p.2).

Estudos revelam que os sonhos têm um papel muito importante na aprendizagem e na memória. Por exemplo, alguns pesquisadores observaram que durante o sono o cérebro recorda o que aprendeu recentemente. E que durante o sono de ondas lentas, a mente recorda novas memórias, em seguida, no sono REM (do inglês rapid eye movement "movimento rápido dos olhos") em que acontecem os sonhos, o cérebro trabalha para guardar essas memórias por um longo prazo (ANTNELLO et al. 2011: Pag. 604).

O artigo ora apresentado, deve ser analisado no contexto em que se aplica, o professor primeiramente começa com os passos e por conseguinte deixa os alunos desenvolverem habilidades no que concerne a arte sem conflitos com o que já dominam nos níveis anteriores.

O artigo ora realizado é caracterizado como **pesquisa aplicada**, visto que ela objectiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve clarezas e interesses no nosso quotidiano.

Nesta perspectiva, aplica-se o método estatístico para o cálculo percentual com o fim de análise dos dados à partir de inquérito realizado sobre o estudo das operações de aritmética, baseando-se na **curiosidades sobre a arte de utilizar os dedos para efectuar especificamente a operação da multiplicação**, com único fim de diversificar as ferramentas didácticas que levam o aluno a um aprendizado desejado que se pretende e exercitar actividades mentais.

SÍNTESE SOBRE O ARTIGO

O artigo **curiosidades: a arte de utilizar os dedos para efectuar a operação da multiplicação,** tem como finalidade oferecer uma visão global dos problemas que envolvem a multiplicação e permitir que os alunos se aproximem de melhor forma na multiplicação entre dois ou mais números sem recorrermos a tabuada ou máquina calculadora.

Sendo a multiplicação uma das operações fundamentais da aritmética, por ser uma operação tratada em todos níveis de escolaridade e também no nosso quotidiano, sua demonstração tem sido fundamental pois permite aos alunos e não só, assimilarem os conteúdos de matemática e suas ligações. A teoria foi simplificada no máximo, sabendo que números inteiros se encontram no intervalo de 0-9, de modo a transmitir aos alunos

os conhecimentos úteis para o devido aperfeiçoamento foi possível desenvolver esta técnica para a multiplicação de números iguais ou superiores que cinco (5), tudo porque se trata de dedos e temos apenas cinco em cada parte dos membros, logo a regra é válida para números iguais ou superiores à cinco porque tende a complexidade ao mesmo que para os inferiores torna a ser mais simples. Não descartamos outros, números mas os cálculos tornam mais simples quando se trata em multiplicar números à baixo do cinco.

O artigo não está estructurado em capítulos, mas podemos subdividi-lo de acordo a apresentação, todavia, tem como grande objectivo proporcionar aos alunos uma maneira de multiplicar números com auxílio dos dedos e contribuir para elevar a qualidade da aprendizagem e deixar o aluno exercitar a mente.

Através de problemas do quotidiano, podemos entender também que a multiplicação é uma das operações que faz milagres, as práticas anteriores vão se mantendo activas, este artigo surge como mais um suporte que vai contribuir o suficiente para a população alvo e manter em activo o desenvolvimento das habilidades para o desenvolvimento prático vigente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A HISTÓRIA DA TABUADA

O termo tabuada, segundo alguns autores tem a ver com tábuas de cálculo que se usava na antiguidade para a contagem de seus pertences de alguém, certos povos como Egípcios usavam para registar delimitações das cheias do Nilo.

Para se efectuar um cálculo numérico há que nos guiar pelas operações, quando se fala de quantidade temos de especificar se correspondem a quantas, daí a necessidade de efectuarmos os cálculos.

Pitágoras de samo desenvolveu tabelas de multiplicar e quando se fala de tabuada muitos autores se baseiam na mesma, para ganharmos tempo somos de opinião avançarmos com aspectos relacionados as quatro operações fundamentais e com o foco na operação em destaque neste artigo: **a multiplicação.**

A origem dos sinais, esteve ligada ao homem desde que surgiu a necessidade de proteger seus pertences, foi também necessário o surgimento de regras que representam o crescimento ou poupança, redução e em fim. Traduzindo estas expressões em operações podem as relacionara com **a adição, subtracção, multiplicação e divisão.**

ADIÇÃO E SUBTRACÇÃO

A dição é uma das quatro operações fundamentais da matemática e representa um saldo positivo, poupança ou sinal de desenvolvimento e representa-se por **(+)** e lê-se **mais.**

A subtracção é uma das quatro operações fundamentais da matemática que existente e representa um saldo negativo, isto é, a dívida, perca, decrescimento e em fim, representa-se pelo símbolo **(-),** lê-se menos.

Pode também se considerar a subtracção como operação fundamental da subtracção e vice-versa, sua relação é indispensável.

MULTIPLICAÇÃO E DIVISÃO

A multiplicação é uma das quatro operações fundamentais da matemática que traduz a quantas vezes podemos repetir a soma de um número, representa-se por x ou . e lê-se vezes. Ao passe que a **Divisão** é uma das quatro operações fundamentais da matemática que representa a distribuição por partes iguais, representa-se por $\div$ ou por um traço fraccionário e lê-se à **dividir.**

A multiplicação e a divisão têm uma estreita relação por elas serem operações inversa, uma da outra.

Obs: para relacionar, um elemento do outro diante das quatro operações fundamentais, usa-se alguns conectores ou **sinais de relação,** os principais e mais frequentes são:$=, <$ e $>$. Sinal que muito contribuem para relação de um elemento com relação ao outro. Sua denominação é a seguinte; o $=$ lê-se igual e estabelece a relação de igualdade entre dois ou mais elementos, o $<$ se lê menor que e estabelece a relação de algo superior que outro, ao passo que o sinal $>$ se lê menor que e está relacionado em comparar algo menor que outro.

O nosso artigo, pretende-se na multiplicação de dois ou mais números sem o uso de máquinas, tabuas e outros. Nos limitaremos em multiplicar números com auxílio dos dedos para sua demonstração e esperamos que o leitor se familiarize com os passos a ilustrar.

A MULTIPLICAÇÃO

A multiplicação é uma das quatro operações fundamentais e consiste na adição sucessiva de um mesmo número que chamamos de factores (Multiplicando e Multiplicador) produzindo um resultado que chamamos de produto

Para melhor compreensão há que considerar o esquema:

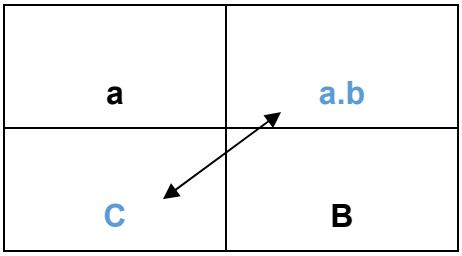
a **Multiplicando**

$x\ b$ **Multiplicador** ⟵ **Factores**

---

c **Produto**

Para se ter a veracidade do produto pode fazer-se pela operação inversa que é a divisão ou se efectuar pela prova nos nove (noves fora), que consiste em encontrar os excessos de um número os noves. Pela sua execução, seguimos os passos de acordo ao algoritmo apresentado:



Na diagonal secundária os que contêm os nove, seus valores têm de ser iguais, caso contrário o produto não satisfaz a solução da operação.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A MULTIPLICAÇÃO DE NÚMEROS COM AUXÍLIO DOS DEDOS

A regra ora mencionada surge como consequência de facilitar a multiplicação de números com algarítmos superiores ou iguais à cinco (5), porque a regra respeita a quantidade de dedos que posuimos em cada lado dos nossos membros. Na multiplicação de dois ou mais números, torna-se simples quando se trata de números que figuram no intervalo de zero (0) à quatro (4) e torna meio complexo de cinco (5) à nove (9), e esta regra, aprofunda mais neste sentido para possibilitar a multiplicação de números representados nos interiorvalos que tendiam a complexidade.

A multiplicação de números utlizando os dedos, facilita uma melhor compreensão de cálculo, sem o auxílio da máquina calculadora e nem utilizando grandes artifícios para a sua execução. Facilita ao aluno efectuar a operação sem grandes artifícios, bem como a sua demonstração faseada sem recorrendo também a tabuada.

A regra surge como ferramenta necessária para acudir aos alunos e levá-los a efectuar a operação sem que se recorra a tabuada ou a máquina calculadora e usando simplesmente os dedos dos nossos membros e de preferível os de superior. Tem grandes vantagens por ser simples de executar.

Regra de utilização da regra:

1º Verificar quantos dedos possuimos em cada mão (correspondem cinco em cada mão);

2º Cada número a multilicar fazer-a corresponder uma mão de acordo a posição que oucupa o número, isto é, o número à esquerda se fará corresponder a mão esquerda e o a direita a mão à direita e assim sucessivamente para melhor organização;

3º Consiste em baixar e manter certos dedos de acordo a ordém números e respeitando a posição tanto dos números com a dos dedos;

4º Os dedos em falta para completar o número a multiplicar baixarão e corresponderá à dez (10) unidades;

5º Os dedos que baixarem, cada um deles corresponderão dez (10) unidades;

6º O dedo que restarem, multplicarão-se por serem de fácil execução e o produto dos mesmos adicionará-se a quantidade resultante dos dedos que se baixaram;

7º O total da multiplicação e adição dos mesmos números corresponde ao produto da multiplicação dos referidos números.

8º Verificar o resultado pela operação inversa ou pela prova dos nove (9).

Exemplos: Efectue a multiplicação do número à seguir utilizando os dedos:

a) 8x9

RESOLUÇÃO

Pensamos na seguinte hipótese: ao número 8, fazemos corresponder a mão esquerda e ao número 9 a mão direita, face à organização, sendo assim, temos:

Quantos dedos temos a cada mão? R: 5.

Para o 8

Dos 5 dedos, quantos me restam para ter 8?



Dos 3 dedos que baixamos, cada Vale 10 o que vale: 30;

Para o 9

Dos 5 dedos, quantos me restam para Completar 9?



Dos 4 dedos que baixamos, cada vale 10 e já temos 40;

Logo, restamos na primeira mão com dois dedos e na segunda um dedo, então, multiplicamos 2x1=2, e já possuímos três resultados: 30, 40 e 2, o produto será a soma dos três valores, isto é, 30+40+2=72, oque implica realçar que 8x9=72;

Verificação pela prova dos nove:

$$\begin{array}{r} 8 \\ \times\ 9 \\ \hline 72 \end{array}$$

Solução:72

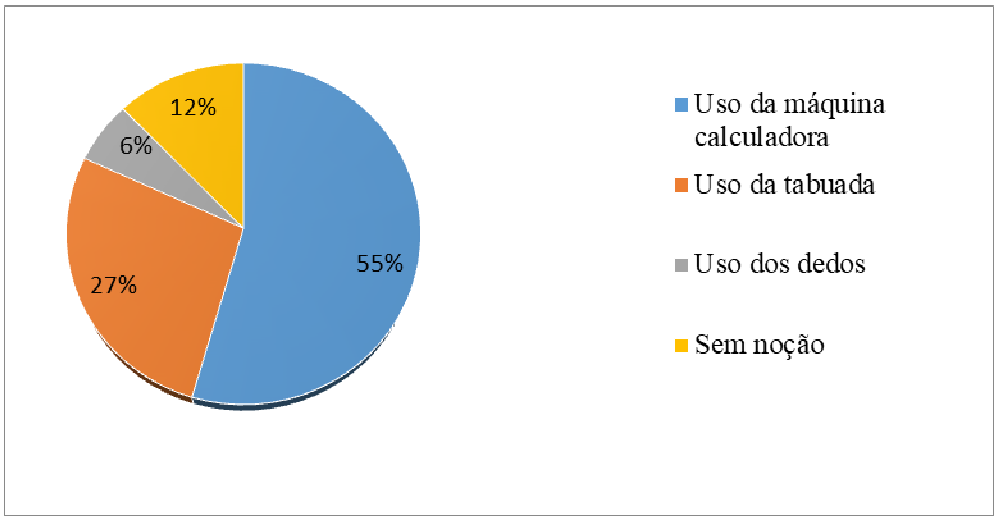
8	0
0	0

RESULTADOS ESPERADOS

O desenvolvimento deste artigo nas escolas modelo, teve resultados satisfatórios e sobre o mesmo vamos apresentar os resultados sobre a forma de gráficos a relacionar o interesse do artigos nas diferentes escolas que se aplicou e interpretar os mesmos de acordo os dados daí registados.

Surge a necessidade de pautarmos por questões concretas e factíveis que levem o aluno ao aprendizado que se deseja, para tal, sendo a matemática uma disciplina prática, devemos sempre procurar questões reais e as levar dentro da realidade vivenciada com o foco principal de fazer o aluno compreender melhor e aplicar os conceitos a vida prática.

Fig.1: Dados do inquérito realizado aos alunos sobre a multiplicação



Fonte: autoria própria

Os dados indicam que o tema é bastante sugestivo e daí a necessidade de se diversificarem as ferramentas didácticas e o aluno estudar todas ao cabo de escolher uma que lhe comova, ainda temos que a maioria dos alunos entrevistados optam pelo uso frequente da máquina calculadora para efectuarem as operações da multiplicação constituindo aproximadamente 57% que corresponde à 120 dos alunos em análise, ainda no universo dos 210 alunos inqueridos 27% (correspondentes á 60 deles) para a multiplicação de números preferem correr imediatamente em tabuadas para acharem os resultados oque incomoda bastante criando assim preguiça dos mesmos, ainda na mesma perspectiva 12% (correspondendo a população de 27 alunos) dos mesmo têm como prática o uso corrente dos dedos para indicarem a adição sucessiva oque leva mais tempo quando se trata de números enormes, e no mesmo universo 6% (13 dos mesmos) não têm a noção de como proceder cálculos sobre a multiplicação. Oque mostra bastante relevância sobre o assunto.

CONCLUSÕES

Sendo a multiplicação uma das quatro operações fundamentais da aritmética, efectuamos esta operação respeitando a natureza do exercício. Para se familiarizar com qualquer técnica que seja difícil ou fácil, devemos sempre seguir os passos e fazermos práticas constantes ou seja ensaiando, só assim nos apropriamos das mesmas. O presente artigo tem como finalidade familiarizar e diversificar as ferramentas úteis para se chegar a multiplicação de dois ou mais números, sem o uso de grandes artifícios e focalizando apenas nos dedos que já possuímos em cada uma das duas mãos. Para o presente artigo, só é possível sua solução quando se trata de números iguais ou superiores de cinco (5), pelo facto de que já que estamos a trabalhar

com os dedo e respeitamos a natureza da sua constituição. As técnicas vigentes, no nosso programa se mantém em activo, esta técnica só contribuirá para diversificar as ferramentas e o autor fará análise de todas e em cada ocasião, ele saberá utilizar a que lhe comover. A matemática é vida, arte e paixão de fazer coisas belas, por representar uma das ciências que aproximem o indivíduo da realidade do nosso quotidiano. Procurar vias que levem o aluno a um aprendizado desejável e sem o uso de grandes artifícios para se chegar as soluções de situações do dia-dia é a nossa meta, artifícios que levem o aluno ao aprendizado concreto.

REFERÊNCIAS

BOYER, C. B. (1996). História da Matemática. 2. ed. Trad. ELZA F. GOMIDE. São Paulo: Edgard Blücher. Portugal;

Educação, I. N. I. D. (2013). Programa de *matemática - 7ª, 8ª e 9ª Classes*. (2ª Ed). Editora Moderna, S.A. Luanda-Angola;

Marcos Silva (2016), prova dos nove-vídeos you tube. Brasil.

Santos, I. e Barros, J. (1998). Matemática 7º Ano. 6ª Edição. Lisboa: Didáctica Editora.

Vianna J. J. L. *Elementos de Arithmetica*, *Capítulo II*, *Provas dos noves das quatro operações*.

USO DA COMUNICAÇÃO NOS MORADORES PARA FACILITAR A REDUÇÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS NA CENTRALIDADE DO DUNDO

USE OF THE COMMUNICATION IN THE RESIDENTS TO FACILITATE THE REDUCTION OF THE SOLID RESIDUES IN CENTRALIDADE OF DUNDO

José Luciano Cuango[1]

Gretter Ledesma Santos[2]

RESUMO

Todos os seres humanos precisamos de nos fazer entender e entendermos os outros, e foi através desta necessidade que ganhámos o principal fator de vantagem evolutiva. Ao desenvolver a linguagem seja ela não-verbal ou verbal, a nossa espécie permitiu-nos primitivamente dar a conhecer os perigos que o mundo oferecia. O processo que envolve troca de informações e utiliza sistemas simbólicos como suporte para este fim é definido como a comunicação.Não dar importância a ela, tanto em família, em negócio, ou na comunidade; significa perder oportunidades de construção de um bom relacionamento para uma vida sadia. Para estabelecer-se uma boa comunicação requer demostrar o que se comunica. Este trabalho tem como objectivo, destacar a importância da comunicação para os moradores, para favorecer a redução de resíduos sólidos urbanos na Centralidade do Dundo; para se levar à cabo, empregaram-se métodos teóricos, empíricos e estatísticos da estatística descritiva.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação, Resíduos Sólidos, Vida sadia

ABSTRACT

All of us needed to do to understand each other and we understand the other ones, and it was through this need that ganhámos the main factor of evolutionary advantage. When developing the language it is her no-verbal or verbal, our species allowed in the primitivamente to give to know the dangers that the world offered. The process that involves change of information and it uses symbolic systems as support for this end is defined as the communication. Not to give importance to her, so much in family, in business, or in the community; he/she means to lose opportunities of construction of a good relationship for a healthy life. To establish a good communication it requests demostrar that communicates. This work has as objectivo, to detach the importance of the communication for the residents, to favor the reduction of urban solid residues in Centralidade of Dundo; to take to cable, methods theoretical, empiric and statistical of the descriptive statistics were used.

KEY WORDS: Communication, Solid Residues, healthy Life.

[1] Licenciado em Medicina Veternária, Chefe do Departamento de Ensino e Investidação de Biologia, Docente Assistente na Escola Superior Pedagógica da Lunda-Norte, Universidade Lueji A`Nkonde, República de Angola, e-mail: jolucua@yahoo.com, telemóvel: 930733419.

[2] Engenheira Química, Doutora em Ciências Pedagógicas, Docente auxiliar, trabalha actualmente na Escola Superior Pedagógica da Lunda-Norte, Universidad Lueji A`Nkonde, República de Angola, e-mail: gretterledesma1@gmail.com,telemóvil: 925611451

INTRODUÇÃO

Barros & Matos (2015) concidem ao afirmar que comunicar-se faz parte do cotidiano das pessoas desde o início da história da humanidade, e é através da comunicação que os relacionamentos são estabelecidos. Por ser a base de todas as relações humanas, a comunicação, quando bem gerida, traz grandes contribuições para o mundo corporativo, desde as empresas, comunidades, até o relacionamento entre os funcionários e gestores. Para garantir o êxito da comunicação, é necessário que o fluxo desta, ocorra de maneira planejada. No ambiente organizacional, o *feedback* assume um aspecto fundamental, uma vez que é através dele que se verifica se a mensagem foi compreendida de acordo com a pretensão inicial.

Nassar (2005) também menciona que a comunicação tem um papel fundamental no processo de criação de imagem da organização, e reforça a identidade e a ambição corporativa. Ele destaca que a comunicação, no ambiente organizacional, busca estabelecer diálogo com todos os públicos com quem a empresa se relaciona: funcionários, clientes, potenciais clientes, comunidades, fornecedores, governo e a sociedade em geral. Toda actividade dentro de uma organização é mediada pela comunicação. Por isso, é necessário envolver toda a organização a fim de que esta interação se realize com consistência, relevância e coerência.

Quando falamos de organizações, abordamos a comunicação como uma condicionante do sucesso, pois as organizações são formadas por pessoas, que necessitam de um bom nível de comunicação para conviverem, relacionarem-se e compartilharem as regras e metas a atingir. No entanto, percebe-se que em grande parte das organizações há disfunção na comunicação interna, porque a complexidade das estruturas organizacionais proporcionam que a informação tenha que percorrer um longo caminho até ao receptor final, levando, muitas vezes, à distorção da informação original.Para que a comunicação interna funcione como uma verdadeira ferramenta de gestão, terá que ter o envolvimento e a participação de todos os níveis da organização.

A partilha da informação terá que ser atempada e credível, deverá utilizar diferentes meios em função dos seus objetivos e públicos (comunicação formal e informal, escrita e oral) e, finalmente deverá circular de uma forma fluída. Ventura (2012) defende que uma boa comunicação deve ser aberta, honesta, participativa e directa, algo que só é conseguido se existir uma estratégia que defina três elementos-chave: conteúdos, processos e papéis. A articulação entre estes três pontos nem sempre é fácil, sobretudo se não existir na base uma política global de comunicação. A comunicação produzida deverá ser coerente e articulada, focada nos aspectos que a tornam única de forma a promover a unidade e a consistência.

Concordamos e entendemos que não basta “despejar” palavras se a mensagem não for ao encontro das expectativas e interesses do receptor e ser de qualidade. Na realidade, se pensa, que a comunicação deverá circular, isto é, cumprir a sua função, mas passar a mensagem de forma clara para que seja bem entendida pelo receptor. As percepções formam-se como resultado da acumulação de estímulos, que apenas se retêm se completarem todas as fases do processamento da informação; exposição, atenção, compreensão, aceitação e retenção (Piaget, 1971).

A retenção neste contexto resulta da vivência diária das situações e do grau de conexões mentais que os indivíduos fizerem. A avaliação resulta do grau de elaboração que cada indivíduo fizer.

Perante esta situação nos encontramos com as seguintes problemáticas na Centralidade do Dundo: falta de comunicação aos moradores com respeito a saneamento básico; falta de definição das área de depósito de resíduos sólidos urbanos; não existe nenhum tipo de comunicação para a recolha e remoção de resíduos sólidos; nem verbal, nem não-verbal, nem simbólica, nem paralingüística; não existem fiscais para os resíduos sólidos urbanos; observa-se enormes aglumerados de resíduos sólidos em todas as partes da Centralidade do Dundo, inclusive nas passadeiras, dificultando a passagem de transeuntes; observa-se crianças a brincarem em aglumerados de lixo, com risco de accidentes e de adquirirem uma doênça infecto contagiosa que pode criar sequelas em doda a vida destes pequeninos e inocentes; odserva-se enormes quantidades de resíduos sólidos em quase todos os canais de escoamento de águas resíduais, dificultando a passagem de este tipo de água; observa-se fissuras em alguns predios devido ao mau uso e falta de escoamento de águas residuais., não se atribui responsabilidades no processo de reducção dos resíduos sólidos.

A relevância deste trabalho visa despertar a população da centralidade do Dundo, sobre a importância da comunicação no processo de reducção de resíduos sólidos, constitui também uma valiosa contribuição na produção do material científico com o uso das ferramentas matemáticas e sobretudo chamar a atenção aos profissionais, para a importância da investigação científica na matéria da comunicação. E com o desenvolvimento de este material de carácter científico, o profissional não é somente visto na sua área de actuação, mais sim é visto como um profissional capaz de actuar em diversas áreas do conhecimento e produzir ciência.

Materiais, métodos e metodología aplicada

Se utilizam varios métodos de investigação como teóricos: Análise-síntese, Histórico-lógico, Indução-dedução. Métodos empíricos: Observação científica, Entrevistas, Análises de documentos, Critérios de expertos. Métodos do nível estadístico-matemático: utilizaram-se métodos da estatística descriptiva como os que permitem a busca e a obtenção da informação como amostragem probabilístico; método analítico com dados percentuais, método para o processamento da informação adquirido como resultado do diagnóstico realizado.

Os instrumentos aplicados tiveram como objectivo fundamental constatar as deficiências que existem na comunicação aos moradores na redução dos resíduos sólidos urbanos na Centralidade do Dundo, onde a população e amostra determinou-se com uma população de 2500 moradores, pertencentes a zona 5 e 6, da centralidade do Dundo; de estes utilizou-se um total de 1500 moradores selecionados por amostragem probabilístico aleatório simples representando um total de 60%, além de mais, estuda-se um total de 45 focos de lixo a ceu aberto (sem contetores), dos quais, 30 são depósitos com charcos de água ou em canais de escoamento de água residuais, constituindo um 66% de riscos de doenças infecto contagiosas.

Como metodologia aplicada no diagnóstico seguiu-se uma estratégia investigativa preferentemente quantitativa, embora realiza-se uma etapa inicial descritiva, não experimental, de tipo transversal que contem uma descrição do estado inicial do processo de comunicação aos moradores na redução dos resíduos sólidos urbanos.

Em um segundo momento e a partir da descrição do estado do processo de comunicação aos moradores na redução dos resíduos sólidos urbanos, elaborou-se um grupo de tarefas educativas e não educativas que establecem de maneira direita um vínculo escola e comunidade, contribuindo para uma vida sadia dos moradores da centralidade do Dundo.

A combinação de procedimentos, técnicas e enfoques qualitativos e quantitativos permite uma visão mais profunda, detalhada e ao uníssono rigoroso e confiável do objecto de estudo (Hernández, Fernández, Baptista, 2006).

Selecciona-se como variável: processo de comunicação aos moradores na redução dos resíduos sólidos urbanos. Avaliaram-se três categorias de análise (cognitiva, procedimental e atitudinal) relacionadas com o processo de comunicação aos moradores na redução dos resíduos sólidos urbanos.

DESENVOLVIMENTO

Segundo Ventura (2012) a etimologia da palavra comunicação provem do latim communicare ou seja “colocar em comum”.

A comunicação “é uma condição sinequa non da vida social e, por maioria de razão, da vida organizacional” (Rego, 2010, p.45). Se a comunicação não existir ou falhar, toda a estrutura organizacional também falha. como refere Sousa (2008) “a organização é actor sócio cultural e económico que terá de perceber o que a rodeia, compreender os seus actos passados e conseguir orientar os seus actos futuros. A organização deverá ser encarada na sua globalidade, uma entidade com objectivos próprios e uma missão a cumprir, na definição de objectivos gerais e das estratégias que desenvolve, no difícil exercício das escolhas conducentes à concretização daqueles objectivos, perseguindo resultados” (p.46)

Tipos de organização

Existem três tipos tradicionais básicos de estrutura organizacional: a organização linear, a organização funcional e a organização linha-staff. .

Organização Linear:

É uma organização que ocorre de forma escalar, ou seja, fica bem claro a hierarquia da empresa, onde o comando se dá de forma vertical, a ordem passa do presidente para os gerentes, dos gerentes para os respectivos subordinados, é um estilo de organização onde há poder de autoridade (como a organização na comunidade de moradores).

Organização Funcional:

Este tipo de organização reflete a especialização das funções, que é um dos princípios de Frederick Winslow Taylor (O pai da Administração Científica), também é um dos princípios de Henry Fayol (Fundador da Teoria clássica),que diz que quanto mais

especialista for um funcionário no seu cargo mais este poderá produzir, dar lucros para a empresa e consequentemente ganhar mais, cada gerente tem sua equipe de trabalho esta equipe deve obedecer somente o seu próprio gerente para que não haja falhas da comunicação e que seja mantida desta forma a ordem na organização.

Organização Linha-staff:

Este tipo de organização presta serviços de consultoria técnica, aconselhando e dando sugestões no sentido de tomada de decisões, tendências, planejamento, controle, levantamentos, relatórios, etc.

Segundo Chiavenato (2003) comunicar é a capacidade de partilhar, participar ou tornar comum. Através da comunicação os animais e os seres humanos partilham diferentes informações entre si.

Tipos de comunicação

Existem cinco tipos de comunicação: comunicação verbal, comunicação não verbal, comunicação escrita, comunicação oral, comunicação assertiva.

Comunicação verbal:

A comunicação verbal abrange a comunicação escrita e a comunicação oral. É a forma de comunicação mais utilizada devido à sua capacidade de transmitir ideias de grande complexidade.

Está presente nas mais diversas situações de convívio social ou nas corporações, sendo importante ferramenta para todos os tipos de relações que pudermos imaginar. Essa comunicação ocorre na forma passiva, ou seja, quando ouvimos alguém falando ou lemos uma mensagem escrita (quando somos os receptores); ou na forma activa, quando falamos ou escrevemos (quando somos o emissor da mensagem).

Comunicação não Verbal:

Este tipo de comunicação, direre-se da comunicação verbal, no sentido de que esta é feita através de códigos, gestos, sinais, expressões faciais e corporais e de imagens. Apesar de não ser usada da mesma forma que a comunicação verbal, necessita de um passivo e activo.

Este tipo de comunicação está muito presente no cotidiano. Exemplo:

- ✓ Nos sinais de trânsito;
- ✓ Na linguagem por meio de libras e sinais;
- ✓ Linguagem de sinais para deficientes auditivos;
- ✓ A mímica;
- ✓ O olhar;
- ✓ O gesto;
- ✓ E a postura.

Comunicação por olhar (as pessoas se fazem entender somente pelo olhar). Comunicação por mímica (são os gestos das mãos, corpo, face e as caretas que transmitem determinada informação).

Comunicação por gesto (pode ser de forma voluntária, como um beijo, mas também pode ser involuntária, como mãos que não param de rabiscar ou de mexer em algo, o que caracteriza tensão e nervosismo).

Comunicação pela postura (o modo como sentamos, com o corpo para um lado ou para o outro, até mesmo a posição pela qual relaxamos nossos pés). Essas posturas, na maioria das vezes, correspondem ao subconsciente transmitindo uma mensagem.

Comunicação Escrita:

A comunicação escrita é o código utilizado pelos livros, pelo jornalismo impresso ou on-line e pelas ferramentas de comunicação virtual.

Nela o receptor está ausente, o que transforma a comunicação em um constante monólogo do emissor. Requer o máximo cuidado na ordenação das informações e na correção ortográfica e de pontuação.

Ainda que sejam possíveis as retificações, os erros ou os ruídos nesse tipo de comunicação comprometem o entendimento da mensagem pelo receptor.

Comunicação Oral:

Ao contrário da comunicação escrita, a comunicação oral é presencial, ou seja, nela emissor e receptor estão presentes (exceto o caso da televisão, do rádio e das mensagens gravadas).

Essa, também, é um instrumento necessário para quem deseja conquistar amigos, uma vez que possibilita a interação social.

Para saber como transmitir uma mensagem oral de forma correta, apresentamos alguns exemplos:

• Deite o lixo somente no contentor;

•Cuide a nossa cidade;

•O futuro da centralidade e dos nossos filhos, está nas tuas mãos;

•A nossa saúde depende do teu comportamento com o lixo;

Comunicação Assertiva:

A capacidade de ser assertivo é uma das grandes ferramentas para conquistar amizades nos diversos níveis de relacionamento interpessoal. Ser assertivo é comunicar-se adequadamente de maneira direta, aberta, sincera, objetiva e efetiva sem provocar constrangimentos em outras pessoas.

A assertividade é definida como auto expressão da qual o indivíduo manifesta o que sente e pensa, defendendo seus direitos humanos básicos sem desrespeitar os direitos básicos dos outros.

Na comunicação humana, o comportamento não assertivo e agressivo, raramente, ajuda as pessoas a alcançarem seus objetivos ou a traduzirem seus sentimentos e necessidades.

A postura assertiva é a habilidade de dar respostas assertivas e honestas, que sejam adequadas à cultura, à situação e às outras pessoas envolvidas. Ser assertivo é apostar na mudança de comportamento para melhorar e se adaptar a todos os tipos de personalidade.

Ter comportamento assertivo é ser:

• Ativo;

• Direto;

• Honesto;

• Transparente;

• Transmitir respeito pelos outros.

É o feedback na organização ou na comunidade de moradores uma palavra utilizada na comunicaçao oportuna. O feedback é uma palavra de origem inglesa, feed significa alimentar e back significa de volta, ou seja, realimentar, ou realimentação (Nunes & da Silva, 2010).

Essa realimentação se constrói em um processo que possibilite conversas entre gestores e funcionários de modo que ambos estabeleçam uma sintonia em torno dos alvos e objetivos da organização. Moreira (2010) salienta que o feedback é uma reorientação para que o colaborador/subordinado não erre o alvo, ou seja, um processo de orientação, acompanhamento e condução de algo já iniciado.

Esta busca de sintonia não é algo simples de se constituir. É necessário que as relações de comunicação sejam objetivas e que os interlocutores se respeitem mutuamente. Reis (2010) destaca que o feedback é uma base para construção de um plano de desenvolvimento pessoal, ou para outras atividades de continuidade, propostas pela organização.

A continuidade é primordial para o desenvolvimento. Ferreira (2013) afirma que o feedback é extremamente importante na gestão de desempenho das organizações, pois, através dele, é possível proporcionar o desenvolvimento contínuo do colaborador em sua rotina. Por isso, é considerado um processo de ajuda e estímulo para mudança de comportamento nas comunidades de moradores.

Existem diversas formas de realizar o feedback e pode ser expresso pela comunicação verbal, ou não verbal. Quanto melhor for o feedback mais eficaz tende a ser o processo de comunicação.

Comunicar é, como sabemos, tornar comum uma realidade, uma informação, uma ideia, um pensamento ou uma atitude, através de um qualquer meio efectivo. Como tal exige a presença de um conjunto de elementos: um emissor ou fonte, um receptor ou destinatário, uma mensagem, um canal, uma situação ou circunstância e uma intenção, propósito ou necessidade, (Thayer, 1976).

O emissor é o iniciador do processo comunicativo. A este cabe preparar a mensagem, convertendo-a num código capaz de ser percebido pelo receptor; a que se designa de codificação, de forma a que este último lhe atribua um significado.

O receptor, que se encontra no outro extremo do processo, é o destinatário da mensagem. É este que determina o sucesso de qualquer comunicação, ao "levar em consideração" (Thayer, 1976) aquilo que lhe é enviado. É ainda responsável pela operação de descodificação, que consiste na reconversão dos sinais recebidos através do canal e sua interpretação. O canal é o meio usado para fazer passar a mensagem da fonte para o receptor e ainda para transmitir o feedback, que não é mais do que a resposta do destinatário à comunicação recebida. A mensagem é o conteúdo da comunicação, que sempre acontece numa situação ou circunstância que relaciona, intencional ou acidentalmente, o emissor e o receptor. Importa ainda referir que a comunicação acontece sempre que por parte dos intervenientes haja uma intenção, propósito ou necessidade para garantir uma vida sadia.

Ao analizar o termo vida sadia pode-se resumir que a palavra sadia ou sadio é utilizada sempre como adjetivo qualificativo para referir-se à pessoas que possuem um estado ou quase completo bem-estar físico, psicológico e social. Estar sadio significa estar em boas condições não somente, físicas, mas também a nível mental, de contato humano e sobretudo com respeito ao ambiente (Tribuna PR, 2004). Para garantir uma boa qualidade de vida, deve-se ter hábitos saudáveis, tais como:

- ✓ Cuidar bem do corpo,
- ✓ Ter tempo para lazer,
- ✓ Viver em um ambiente livre de lixo,
- ✓ Definir objectivos da vida,
- ✓ Ter controle sobre a propia vida,
- ✓ Possuir boas relações sociais,
- ✓ Cuidar do seu meio ambiente.

Resultados do desenho, discussão e aplicação de tarefas

O diagnóstico da situação actual da comunicação aos moradores na redução dos resíduos sólidos urbanos na centralidade do Dundo mostra que a centralidade do Dundo, nomeada distrito do Mussungue, tem uma capacidade para albergar 30 mil e 24 moradores segundo a (ANGOP, 2017), destes, somente a metade completa o número de moradores actualmente. Este distrito, pertence ao Município de Tchitato, na Província da Lunda Norte.

Observa-se na centralidade do Dundo, grande aglomerado de resíduos sólidos urbanos (lixo), em quase todas as zonas. A administração do Tchitato não fiscaliza as zonas. Observa-se uma grande falta de comunicação entre a administração Municipal e os moradores. Estando estes ultimos sem nenhuma informação enquanto a redução dos resíduos sólidos urbanos. Há uma rotura entre o emissor e o receptor. A mensagem não chega ao destinatario que é o morador. Por isso verifica-se grandes depósitos de resíduos sólidos em qualquer lugar da centralidade do Dundo sem fiscalização nem presença de alguem de Administração que inculque responsabilidades aos moradores.

Como resultados do oprocesso de comunicação aos moradores na redução dos resíduos sólidos urbanos para uma vida sadia na centralidade do Dundo, fez-se analise

dos seguintes documentos: Lei nº 5/98 de 19 de Junho, Decreto Lei nº 2/07 de 3 de Janeiro, Lei nº 17 de 29 de Julho de 2010, ambas da República de Angola.

Na entrevista realizada ao grupo de interece integrado pelos moradores da Zona 5 e Zona 6 da Centralidade do Dundo, pude constatar-se que há dificultades no processo de comunicação aos moradores na redução, dos resíduos sólidos urbanos para uma vida sadia na centralidade do Dundo.

Proposta de tarefas que visam melhorar a comunicação aos moradores na redução dos resíduos sólidos urbanos para uma vida sadia na centralidade do Dundo.

Grupo de tarefas não educativas:

- Fazer entrevistas aos moradores com respeito a presença dos fiscais de administração, no campo, fiscalizando os sítios de depósito de resíduos sólidos.
- Reunir com os moradores para definir as áreas de depósito de resíduos sólidos urbanos.
- O depósito dos resíduos sólidos urbanos deve ser feito nos contentores.
- A administração do Tchitato deve propor ao Governo, mais emprego aos jovens para a área de serviços comunitários.

Grupo de tarefas educativas:

- Realizar palestras com os moradores enfatizando a importância da comunicação com a administração, para colmatar o problema de acumulação de resíduos sólidos urbanos em sítios improprios da centralidade do Dundo.
- Analisar com os moradores, a necessidade da criação de dísticos e de editais por parte de administração municipal, de formas a facilitar o processo de comunicação entre o emissor (Administração) e o receptor (moradores).
- Analisar com os moradores a necessidade de capacitar recursos humanos para a recolha de resíduos sólidos urbanos, não somente nos contentores, mais também os encontrados em sítios improprios.
- Mostrar á dirigentes e moradores, com o uso de dados quantitativos, o comportamento que tem os residuos sólidos urbanos na Centralidade do Dundo.

As tabelas a seguir mostram qualitativamente o comportamento que tem os residuos sólidos urbanos na Centralidade do Dundo:

	Quantidade afetada	Quantidade aproximada de moradores na zona	Principal população alvo	%	Princinpais doenças
Focos de lixo a ceu aberto (sem contetores)	45 Focos	10000	Criânças	50%	✓ Paludismo, ✓ Dengue,

constituindo um risco à saúde pública)					✓ Cólera
Depósitos com charcos de água ou em canais de escoamento de água residuais	30 Focos	5.000	Adultos e Criânças	100%	✓ Tétano ✓ Hepatite A ✓ Dermatites de contacto ✓ Cólera ✓ Tracoma ✓ Febre tifoide ✓ Verminose

Tabela 1: Resumo do comporatamento dos residuos sólidos urbanos

Nº	Riscos	Adultos	Crianças
01	Doenças infecto contagiosas	Medio	Alto
02	Restos de comidas	Medio	Alto
03	Materiais radioactivos	Alto	Alto
04	Outros materiais	Medio	Maior

Tabela 2: Indicadores dos riscos

CONCLUSÕES

1. Os fundamentos teóricos permitiram elaborar uma proposta de tarefas que visam melhorar a comunicação aos moradores na redução dos resíduos sólidos urbanos, para uma visa sadia na centralidade do Dundo.

2. Desde o diagnóstico realizado e com o uso de ferramentas estatísticas-matemáticas pode-se constatar que existem dificultades no saneamento básico e no processo de comunicação aos moradores na redução dos resíduos sólidos urbanos para uma vida sadia na centralidade do Dundo.

3. As tarefas propostas encaminham-se em dois grupos; as Educativas e as Não Educativas, estabelecem de maneira direita um vínculo escola e comunidade, que se encaminha a obtenção de uma vida sadia na comunidade. A posta em pratica de estas tarefas, permite aumentar conhecimentos teóricos-praticos com respeito ao processo de comunicação aos moradores na redução dos resíduos sólidos urbanos para uma vida sadia, mediante acções activo-participativas que facilitam a comunicação possibilitando aos moradores ser protagonistas de sua propria actuação e modificar suas actitudes para conseguir maior qualidade de vida na centralidade do Dundo, tanto para a presente geração assim como para a geração vindoura.

REFERÊNCIAS

Barros, D. M. L. & Matos, N. S. (2015). Importância da comunicação organizacional interna e dos Feedbacks gerenciais. Revista Administração (FW). V.13. Nº 23.

Carvalho, C. A. P. (2012). Gestão da comunicação interna como uma ferramenta estratégica. Dissertação submetida para satisfação parcial dos requisitos do grau de Mestre em Gestão de Recursos Humanos. Instituto Superior de Línguas e Administração (ISLA). Vila Nova de Gaia.

Chiavenato, I. (2003). Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações Elsevier, 6ª reimpressão.

Ferreira, D. S. (2013). A importância do feedback no processo de avaliação de desempenho nas organizações da zona da mata mineira. Revista Científica Semana Acadêmica. Fortaleza, ano MMXII, Nº. 000015.

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. 4ta edición. Méjico D.F: Editorial Mc Graw and Hill/ interamericana editores, S.A. de C.V.

Moreira, B. L. (2010). Dicas de Feedback. Rio de Janeiro: Qualilymark.

NASSAR, P. (2005). A importância da comunicação empresarial interna para o sucesso de um empreendimento. Relatório de Estágio do curso de Secretariado Executivo da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, Criciúma.

Nunes, A. B. & da Silva, C. Q. M. (2010). Feedback e comunicação: uma díade para melhoria do desempenho humano nas organizações. Revista de administração da Fatea, v3, n.3.

Piaget, Jean (1971), “La Naissance de L’Intelligence Chez L´enfant”, Neuchâtel e Paris, Delachaux&Niestlé.

Piske, O. (2010). A importância do desenvolvimento sustentável. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Disponível em:http://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/artigos/2010/a-importancia-do-desenvolvimento-sustentavel-juiza-oriana-piske

Rego, A. (2010). Comunicação Pessoal e Organizacional, Teoria e Prática, Lisboa, Edições Silabo.

Reis, G.G. (2010). Avaliação 360 graus. 3. ed. São Paulo: Atlas.

Relatório Brundtland, (1987). Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. Organização das Nações Unidas. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Desenvolvimento_sustent%C3%A1vel.

Sousa, H. (2008). Comunicação nas Organizações: Para além da lógica do marketing ´, a arte da acção comunicacional”, Braga, Revista de Recensões de Comunicação e Cultura, da Universidade do Minho. Disponível em: http://www.bocc.ubi./goncalves-maria-comunicacao-alem-logica-marketing.pdf.

Tribuna P. R. (2004). Sadia qualidade de vida. Disponível em: https://www.tribunapr.com.br/noticias/sadia-qualidade-de-vida.

Ventura, M. M. G. (2012). Estratégia de comunicação interna. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de contabilidade e Administração do Porto. Disponível em: recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3099/1/DM_pdf.

ESTRATEGIA PEDAGÓGICA PARA LA ORIENTACIÓN PROFESIONAL DOCENTE EN EL NIVEL UNIVERSITARIO A TRAVÉS DE LA TUTORÍA

PEDAGOGICAL STRATEGY FOR TEACHING PROFESSIONAL GUIDANCE AT THE UNIVERSITY LEVEL THROUGH THE TUTORY

Liliana de la Caridad Molerio Rosa (liliana.molerio@unae.edu.ec)

Jorge Luis Cueva Delgado (jorge.cueva@unae.edu.ec)

RESUMEN

Cada vez cobra mayor importancia en el nivel universitario el empleo de la tutoría para la orientación profesional docente, requeridos en la construcción del proyecto profesional y vital de los futuros profesionales de este campo; sin embargo, este se realiza desde acciones aisladas que no atienden de manera integral las trayectorias formativas de los sujetos mediante el análisis de sus intereses y necesidades personales y de la especificación de los requisitos mínimos para acceder a las ofertas formativas. El artículo se orienta hacia la elaboración de una estrategia pedagógica que contribuya a la orientación profesional docente en el nivel universitario, dinamizada por la tutoría sobre la base de la sistematización de los sustentos teóricos de la literatura científica sobre la orientación profesional en el nivel universitario. Se planteó como un estudio descriptivo desde un enfoque cualitativo. El artículo reconoce que los fundamentos teóricos consultados permitieron orientar el diseño de una estrategia pedagógica para la orientación profesional docente en el nivel universitario a través de la tutoría, desde una concepción integral del proceso en franca correspondencia con las trayectorias formativas de esta profesión, así como, identificar los elementos dinamizadores que contribuyen a su efectividad.

PALABRAS CLAVE: orientación profesional; tutoría; nivel universitario.

ABTRACT

The use of tutoring for the teaching professional orientation required in the construction of the professional and vital project of future professionals in this field is becoming increasingly important at the university level; However, this is done from isolated actions that do not fully address the training trajectories of the subjects through the analysis of their personal interests and needs and the specification of the minimum requirements to access the training offers. The present study is oriented towards the elaboration of a pedagogical strategy to contribute in the teaching professional orientation at the university level through the tutoring based on the systematization of the theoretical support of the scientific literature on the professional orientation at the university level. It was raised as a descriptive study from a qualitative approach. The study recognizes that the theoretical foundations consulted allowed to guide the design of a pedagogical strategy for the teaching professional orientation at the university level through tutoring, from an integral conception of the process in frank correspondence with the formative trajectories of this profession as well as to identify the dynamic elements that contribute to its effectiveness.

KEY WORDS: professional orientation; tutorial; university level.

INTRODUCCIÓN

La orientación profesional constituye un proceso determinante en la toma de decisiones en el ámbito laboral. Según Climent y Navarro (2010), constituye una herramienta básica para la definición del propio proyecto profesional y vital del alumno al facilitar al alumnado el conocimiento el conocimiento de uno mismo, sobre las posibilidades formativas y su posterior inserción profesional.

La orientación profesional es una tendencia que cada vez cobra más auge en el ámbito educativo; tuvo su origen en los años 70 en Estados Unidos a través del programa "Career Education" o Educación para la carrera (Super & Hall, 1978) citado en (Climent Rodríguez & Navarro Abal, 2010) promovido por una reforma educativa que pretendía erradicar, entre otras insuficiencias, la inexistente relación entre la formación recibida y el futuro desempeño laboral.

En la actualidad, se asume en Europa y en gran parte del mundo; dados sus significativos logros en el ámbito personal, profesional y, por ende, social que resultan de su aplicación, entre los que se pueden destacar los siguientes (Angelini, Goldszier, & Gonçalves, 2006): mejora la doble pertinencia (usuarios-demanda de calificaciones) de la oferta formativa, disminuye los índices de deserción, favorece la eficacia de los servicios de formación, así como, el estudiantado puede acceder a información actualizada y específica acerca del campo profesional, identificar sus propias capacidades, sus recursos, fortalezas y dificultades derivados de su situación personal, familiar o social, evaluar si la formación que se ofrece es adecuada a sus intereses, necesidades y reflexionar acerca de sus competencias y de sus posibilidades de inserción como profesional.

Siguiendo esta línea reflexiva, resulta importante considerar entonces lo planteado por Valdés Carrillo, Valdés Carrillo, y Fernández Oliva (2016), respecto a cómo se desarrolla la actitud hacia la profesión, lo cual constituye el fundamento base para abordar la problemática que motiva el presente estudio:

> La actitud hacia la profesión se desarrolla a partir de motivaciones, que inclinan en lo positivo o negativo al individuo. Muchas veces la inclinación o vocación por una carrera está dada por la influencia de familiares cercanos, amistades o el grado de conocimiento social que de ésta posee. Sin embargo, en ocasiones ocurre que una vez dentro de ellas se producen frustraciones por falta de una adecuada información, lo que conlleva a trastornos en el estudiante como es la deserción escolar, con un impacto negativo en lo social y lo económico. (p.34)

Según lo anterior, múltiples factores pueden incidir positiva o negativamente en la actitud hacia la profesión que definen la vocación profesional y, por ende, pueden poner en desafío la orientación profesional; tarea esencial de los docentes tutores en el nivel universitario (Cueva Delgado, Chiriboga, Verónica, & Molerio Rosa, 2019).

El presente estudio tiene como objetivo general el siguiente:

Diseñar una estrategia pedagógica que contribuya a la adecuada orientación profesional docente en el nivel universitario mediante el proceso de tutoría.

Para dar cumplimiento a este objetivo general se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Sistematizar los sustentos teóricos que sustentan la orientación profesional enfatizando en la docente y el proceso de tutoría en el nivel universitario.
- Proponer una estrategia pedagógica que contribuya a la adecuada orientación profesional docente en el nivel universitario.

Orientación profesional según autores

La orientación profesional según Angelini, Goldszier y Gonçalves (2006) constituye una práctica que contribuye a la elaboración de las trayectorias formativas de los sujetos a través del análisis de sus intereses y necesidades personales y de la especificación de los requisitos mínimos para acceder a las ofertas formativas.

Más adelante, Angelini, Goldszier y Gonçalves (2006) plantean que la orientación profesional (…) tiene la finalidad de asesorar a las personas y mejorar sus condiciones de acceso a itinerarios formativos capaces de incrementar su empleabilidad y sus posibilidades de obtener un empleo de calidad (pág. 9).

Como se aprecia, las expresiones antes mencionadas ponen de relieve la función que posee, así como el campo específico: el asesoramiento en el campo profesional. Su práctica demanda necesariamente, el planteamiento de las trayectorias formativas de los sujetos de acuerdo a las competencias, valores e intereses individuales; los requerimientos actuales que, en términos de conocimientos, actitudes, destrezas y saberes, plantea el mundo productivo a quienes en él se desempeñan; los requisitos de ingreso a las instituciones de formación profesional y su respectiva oferta formativa, las características de la formación que proporciona y las posibilidades posteriores de inserción laboral que podría tener el sujeto que en ella se forma, así como, encontrar apoyo frente a las dificultades individuales que surjan al construir un proyecto ocupacional que articula la vocación con la demanda de empleo Angelini, Goldszier y Gonçalves (2006, pág. 9).

Es por ello que Angelini, Goldszier y Gonçalves (2006) en el mismo documento precisan los campos que contempla la orientación profesional: el personal, el laboral y el formativo (pág. 10).

El “campo personal”, implica el asesoramiento sobre la relación existente entre los intereses de las personas, sus conocimientos y habilidades adquiridos a lo largo de la vida y sus circunstancias personales potencialidades y/o dificultades-, y lo concerniente al ámbito de la formación y del trabajo.

El “campo laboral”, conlleva orientar sobre la salida laboral, informar acerca de las distintas alternativas de trabajo, e incluso, asesorar sobre cómo buscar trabajo y cuáles estrategias facilitan la inserción laboral.

El “campo formativo”, significa asesorar sobre qué se enseñará, cuáles son los requerimientos para transitar sin obstáculos la formación y cómo se evaluarán sus resultados, entre otros temas.

En este sentido, resulta importante reconocer dos líneas de trabajo en la orientación profesional: la general y una que permita atender las necesidades e intereses individuales del estudiantado.

Propuesta de estrategia para la orientación profesional en el nivel universitario

El diseño de una estrategia pedagógica implica, antes, un posicionamiento teórico respecto a este término, que se ha asumido hace poco más de medio siglo en el campo de la educación.

Al respecto Valle Lima (2010), citado en (Naranjo Hernández, Ávila Sánchez, & Concepción Pacheco, 2018) en el libro la Investigación Pedagógica otra mirada, al definir la estrategia educativa plantea que: "Es el conjunto de acciones secuenciales e interrelacionadas que parten de un estado inicial y permiten dirigir la formación del hombre hacia determinados objetivos en un plano social general."

Por su parte, Rojas Sánchez (2012), citado en (Naranjo Hernández, Ávila Sánchez, & Concepción Pacheco, 2018) concibe que:

> La estrategia establece la dirección inteligente desde una perspectiva amplia y global de las acciones encaminadas a resolver los problemas que muestra algún segmento de la actividad humana. Supone la existencia de contradicciones entre el momento actual del objeto y lo que se desea; así como una articulación dialéctica entre los objetivos y la metodología.

Una concepción más abarcadora es la que propone Valentín González (2014), citado en (Naranjo Hernández, Ávila Sánchez, & Concepción Pacheco, 2018) el que concibe las estrategias como el:

> (…) conjunto de tareas, procedimientos, acciones que se planifican de forma previa y que conducen al cumplimiento de objetivos que se establecen y que constituyen lineamientos para el proceso de perfeccionamiento de los programas, (…) se obtiene un sistema de conocimientos que opera como un instrumento, que permite a los sujetos a los que se dirige formas de actuar sobre el mundo, de transformar los objetos y situaciones que estudia.

En tanto, Travieso Ramos (2017) citado en (Naranjo Hernández, Ávila Sánchez, & Concepción Pacheco, 2018) ofrece otras precisiones acerca de esta concepción al plantear:

> La estrategia establece la dirección inteligente desde una perspectiva amplia y global de las acciones encaminadas a resolver los problemas detectados en determinado segmento de la actividad humana. Supone la existencia de contradicciones entre el estado actual del objeto y el deseado; así como una articulación dialéctica entre los objetivos y la metodología.

Travieso Ramos (2017) señala además que los elementos que deben estar presentes en toda estrategia son:

- Existencia de insatisfacciones respecto a los fenómenos, objetos o procesos educativos en un contexto o ámbito determinado.
- Diagnóstico de la situación actual.
- Planteamiento, objetivos y metas a alcanzar en determinados plazos de tiempo.

- Definición de actividades y acciones que respondan a los objetivos trazados y entidades responsables.
- Planificación de recursos y métodos para viabilizar la ejecución.
- Prever la evaluación de los resultados.

Con las aportaciones hasta aquí planteadas por diferentes autores que se han referenciado, se puede llegar a una comprensión más cercana de la concepción de *estrategia*, la cual supone un motivo como resultado de una problemática, constituye un proceso que implica un diagnóstico, la planeación y la evaluación a través de un conjunto de acciones secuenciadas diligenciadas de manera muy inteligente.

Resulta importante precisar la naturaleza de la estrategia, por cuanto, determina las particularidades de su estructura dada la necesidad de incorporar conceptos y categorías propias del área del conocimiento donde se propone la estrategia (Travieso Ramos, 2017).

Por las características de la problemática de estudio que se corresponde con el proceso formativo, siendo este el objeto de estudio de las Ciencias Pedagógicas y tomando como punto de partida el análisis teórico precedente; para el presente estudio se precisa una *estrategia pedagógica*.

Sierra (2007) define estrategia pedagógica como:

> La concepción teórico-práctica de la dirección del proceso pedagógico[1] durante la transformación del estado real al estado deseado, en la formación y el 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.

Como parte del diseño de la propuesta de estrategia pedagógica, resulta fundamental determinar los períodos de intervención; estratégicamente se han determinado cuatro momentos esenciales para trabajar la orientación profesional docente: previo al ingreso de los estudiantes, al ingreso, durante todo el proceso formativo y al final del mismo. Así mismo, esta propuesta constituye un planteamiento en líneas generales, el cual puede ser particularizado a determinadas realidades que resulten del diagnóstico realizado por sus tutores.

En este sentido, resulta importante distinguir la trayectoria sobre la que se orienta esta propuesta, la que se corresponde con las etapas que definen la transición hasta el término de la formación profesional del docente desde un enfoque personológico que genera la necesidad de atender la orientación profesional en la construcción del proyecto vital.

La estrategia por sí misma se plantea como elemento fundamental en la orientación profesional docente a los estudiantes del nivel universitario, no obstante, a continuación, se precisan algunos elementos organizativos y estratégicos que actúan como dinamizadores en la efectividad de este proceso y de la puesta en marcha del

[1] Sierra (2007) define la ***dirección del proceso pedagógico*** como: como la actividad de planificación, organización, regulación y control del proceso pedagógico, donde las relaciones de interdependencia entre los sujetos de la educación se desarrollan conscientemente, bajo la orientación del profesor, en busca de una participación activa, creadora y transformadora, teniendo en cuenta los objetivos y las condiciones cambiantes en el contexto de actuación pedagógica.

conjunto de acciones que se definen, los cuales se derivan del resultado del diagnóstico inicial sobre las debilidades asociadas al proceso.

Otros elementos dinamizadores en la efectividad del proceso de orientación profesional docente en el nivel universitario:

- La planificación académica articulada directamente a los propósitos precisados en el Plan de Acción Tutorial, así como también la dimensión profesional de las asignaturas.
- La planificación y desarrollo de la acción tutorial, en correspondencia con el nivel y unidad de formación y con las características de los estudiantes.
- Dentro de la organización escolar, la creación de condiciones que garanticen disponibilidad de horarios por parte del profesorado y del alumnado para la tutoría.
- Espacios adecuados para atender al alumnado, en favor de la calidad de las tutorías.
- Herramientas informáticas de atención al alumnado, eficientes y disponibles para todos los docentes.
- La tutoría no solo se orienta a estimular la persistencia universitaria y a evitar el abandono académico, sino que también enfatiza en la orientación profesional.
- Se potencia la pertinencia de los docentes de acuerdo al perfil profesional de la carrera.
- Se estructura estratégicamente el distributivo docente para potenciar la orientación profesional del estudiantado de los primeros ciclos de acuerdo a criterios como: pertinencia según perfil, continuidad del acompañamiento en los ciclos subsiguientes, experticia, capacidad para motivar esta profesión docente.
- Se garantiza una mejor preparación de los docentes de nuevo ingreso en torno al funcionamiento y accionar de la tutoría, así como a la proyección estratégica planteada en el Plan de Acción Tutorial, tanto a nivel institucional como de carrera.
- Designación de docentes tutores, con mayor experticia y buenos resultados en su desempeño como tutor, como responsables de la mentoría a docentes que se inician en esta labor.
- Diseño estratégico de la práctica preprofesional para potenciar la orientación profesional en todos los ciclos, de acuerdo a los lineamientos generales que para este proceso se definen en la carrera.
- Se gestionan materiales informativos como videos, gráficos, impresos, entre otros, explicativos que especifiquen la naturaleza e importancia de la carrera.
- Los procesos de admisión de los estudiantes requeridos para el ingreso a la universidad se realizan de manera distintiva de acuerdo a cada carrera.

- La designación de tutores de acompañamiento se realiza de manera oportuna, para que los estudiantes puedan contar con esta guía orientadora desde el inicio del ciclo académico.
- Correspondencia entre los lineamientos institucionales para la tutoría con el Plan de Acción Tutorial de las carreras.
- Se mantienen los responsables de la tutoría en la carrera, mínimo por tres ciclos académicos; si se produce algún cambio, se garantiza la entrega y la preparación de quienes asumirán esta tarea.

MOMENTOS	ACCIONES
Previo al ingreso a la universidad	– Jornada de puertas abiertas, promoción de la carrera. – Actividades conjuntas con las instituciones educativas que oferten Bachillerato para la formación vocacional. – Ajustes y perfeccionamiento del Plan de Acción Tutorial de la carrera de acuerdo a la situación actual y las experiencias anteriores en su implementación. – Designación de los tutores, previo al inicio del ciclo académico, los cuales servirán de guía desde el primer día de clases. – Jornada de preparación de los docentes tutores de la carrera, respecto a los propósitos generales del Plan de Acción Tutorial y los específicos de cada nivel de formación. – Diseño del Plan de Acción Tutorial de cada nivel de acuerdo a la orientación recibida en la preparación de docentes tutores. – Intencionar en la planificación de las asignaturas el trabajo de orientación profesional desde una perspectiva integradora coordinada entre todo el profesorado.
Al ingreso a la carrera	– Actividades de acogida en la carrera: . Visita a las instalaciones y servicios del campus. . Presentación de los docentes de la carrera, con especial énfasis los del primer nivel. . Intervención de estudiantes de la carrera para contar sus experiencias académicas. . Proyección de videos explicativo sobre la carrera. . Intervención de docentes sobre su experiencia sobre la práctica docente en la carrera. – Acompañamiento en la adaptación al nuevo contexto: . Contexto académico . Contexto social . Contexto personal – Explorar el perfil del estudiante que accede a la carrera (personal, académico, profesional y social): . Trayectoria educativa previa

	. Trayectoria profesional previa y su relación con los estudios que inicia. . Las fortalezas académicas y los puntos débiles. . El compromiso de trabajo personal. . Actividades orientadas al aprovechamiento académico (métodos de estudio, planificación y gestión del tiempo, etc.) – Atención personalizada al estudiante (mejora del rendimiento, itinerario curricular, etc.)
Durante todo el proceso formativo	– Acompañamiento y orientación durante la trayectoria en la universidad . El desarrollo académico: Expediente académico Competencias adquiridas Reflexión sobre el programa formativo. . El desarrollo personal y social: El conocimiento de sí mismo El nivel de dominio de habilidades y competencias Cualidades personales Expectativas Tú y los demás . El proyecto profesional: ¿Por qué elegí esta carrera? La preparación para la práctica profesional Mis fuentes de referencia Tus escenarios profesionales Tus elecciones curriculares Tu ritmo de progreso hacia la meta propuesta Práctica preprofesional Acontecimientos, situaciones, experiencias de especial significación . Atención personalizada al estudiante (rendimiento, itinerarios curriculares, formación, etc.) . Informaciones de interés (programas de movilidad, becas y ayudas, etc.)
Al final del proceso formativo	– Acciones de formación y de orientación para la inserción profesional y para la continuidad en otros estudios. – Información sobre los recursos que ofrece los servicios de orientación de la universidad, relacionados con la inserción. – Atención individualizada para orientar al estudiante en su proceso de inserción laboral y continuidad de estudios.

CONCLUSIONES

Los fundamentos teóricos consultados permitieron orientar el diseño de una estrategia pedagógica para la orientación profesional docente en el nivel universitario a través de la tutoría, desde una concepción integral del proceso en franca correspondencia con las trayectorias formativas de esta profesión, así como a identificar los elementos dinamizadores que contribuyen a su efectividad.

REFERENCIAS

Angelini, G., Goldszier, M., & Gonçalves, M. (2006). *Dimensiones de Calidad para la Formación Profesional, la Orientación Profesional.* Recuperado el 26 de Agosto de 2019, de Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Dirección de Fortalecimiento Institucional.: https://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/edit/docref/genero/Doc_OrientacionUemat.pdf

Climent Rodríguez, J. A., & Navarro Abal, Y. (2010). IMPORTANCIA DE LA ORIENTACIÓN PROFESIONAL EN EL DESEMPEÑO DE COMPETENCIAS PROFESIONALES Y AUMENTO DE LA EMPLEABILIDAD DENTRO DEL MARCO DEL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR. *QURRICULUM*(23), 165-177.

Cueva Delgado, J. L., Chiriboga, G., Verónica, M., & Molerio Rosa, L. d. (Febrero de 2019). Plan de Acción Tutorial (PAT) de la carrera de Educación Inicial, UNAE. Azogues, Cañar, Ecuador.

Naranjo Hernández, Y., Ávila Sánchez, M., & Concepción Pacheco, J. A. (2018). Las estrategias como herramienta en el desarrollo científico de Enfermería. *Archivo Médico Camagüey, 22*(4). Obtenido de http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5595/3183

Rojas Sánchez, G. (2012). Estrategia psicoeducativa para la atención y control de riesgos emocionales en personas con epilepsia (tesis doctoral). La Habana, Cuba: ENSAP.

Sierra Salcedo, R. A. (2007). La estrategia pedagógica. SUS PREDICTORES DE ADECUACIÓN. *Varona*(45). Recuperado el 26 de Agosto de 2019, de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3606/360635565004

Super, D. E., & Hall, D. (1978). Career development: exploration and planning. *Rev of Pshychology*(29), 333-372.

Travieso Ramos, N. (Mayo de 2017). Los resultados científicos en las investigaciones biomédicas: un desafío pendiente. *MEDISAN, 21*(5). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500016&lng=es

Valdés Carrillo, A. G., Valdés Carrillo, Á. M., & Fernández Oliva, B. (abr.-jun. de 2016). Estrategia pedagógica para elevar la formación vocacional y orientación profesional de los estudiantes de Enfermería en la Facultad "Gral. Calixto García" 2013-2014. *Educación Médica Superior, 30*(2). Recuperado el 22 de Agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000200004

Valentín González, F. (2014). Estrategia de Intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal [tesis doctoral]. Matanzas: UCM Matanzas, Hospital General Docente “Dr. Julio Miguel Aristegui Villamil”.

Valle Lima, A. (2010). *La Investigación Pedagógica otra mirada. .* La Habana: Instituto Central de Ciencias Pedagógicas, Ministerio de Educación.

LA ALFABETIZACIÓN INFORMACIONAL: UN ESTUDIO DE CASO DE LOS DOCENTES DE TENA-ECUADOR

INFORMATION LITERACY: A CASE STUDY OF TEACHERS IN TENA-ECUADOR

Johanna Elizabeth Garrido Sacán (johanna.garrido@unae.edu.ec)

Daysi Karina Flores Chuquimarca (daysi.flores@unae.edu.ec)

Marcela Verónica Garcés Chiriboga (marcela.garces@unae.edu.ec)

RESUMEN

Los procesos de enseñanza aprendizaje en la era digital han sufrido transformaciones sustanciales, haciendo que la educación se vuelva cada vez más diversificada, por lo que se requiere que el docente esté calificado para gestionar la información. El presente artículo analiza el nivel de alfabetización informacional en docentes de educación básica y bachillerato, de la zona 2 de la provincia de Tena –Ecuador en el año lectivo 2017-2018. Se realizó un estudio descriptivo empleando una encuesta dividida en cinco categorías. Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de fortalecer la alfabetización informacional para que se interioricen los procesos de búsqueda, selección, análisis y tratamiento de la información que se encuentra disponible en la web para generar la apropiación del conocimiento y una reflexión sobre el uso pedagógico de las tecnologías como apoyo a la movilización de competencias encaminadas a la transformación educativa.

PALABRAS CLAVE

alfabetización informacional; apropiación del conocimiento; tecnologías de la información y la comunicación.

ABSTRACT

The teaching-learning processes in the digital age have undergone substantial transformations, causing education to become increasingly diversified, so it is required that the teacher be qualified to manage the information. This article analyzes the level of information literacy in teachers of basic and high school education, in zone 2 of the province of Tena –Ecuador in the 2017-2018 school year. A descriptive study was carried out using a survey divided into five categories. The results obtained demonstrate the need to strengthen information literacy so that the processes of search, selection, analysis and treatment of the information available on the web are internalized to generate the appropriation of knowledge and a reflection on the pedagogical use of technologies to support the mobilization of skills aimed at educational transformation.

KEY WORDS

information literacy; appropriation of knowledge; Technology of the information and communication.

INTRODUCCIÓN

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación “TIC” se han expandido a nivel global como una posibilidad de comunicación y transferencia del conocimiento en los diferentes ámbitos económicos, políticos, sociales y con mayor profundidad en el educativo, considerando la necesidad emergente de vincularlo al proceso formativo como un nuevo paradigma que se integre al esquema conceptual. Salinas (2012) refiere la trascendencia de los nuevos escenarios de aprendizaje ocasionados por el avance de la telemática que posibilitan nuevas perspectivas a los conceptos de espacio y tiempo diversificando las modalidades de estudio.

El rol de los diferentes actores del proceso educativo se ha modificado a lo largo de los años, tomando nuevas posturas que se ajusten a las necesidades de la sociedad actual. Se habla del estudiante y docente del siglo XXI, quienes asumen roles radicalmente diferentes con respecto a décadas pasadas, porque se enfrentan a nuevas formas de gestionar la gran cantidad de información a la cual tienen acceso abierto. En este sentido, se vuelve indispensable desarrollar procesos de búsqueda, selección y depuración de información que permita responder a sus requerimientos de manera organizada y efectiva.

Desde esta perspectiva, la alfabetización informacional es un proceso de construcción y desarrollo de habilidades de orden superior que se deben gestionar en la interacción con los diferentes recursos y herramientas digitales considerando que las TIC marcan un profundo impacto en la manera de organizar los aprendizajes, generando nuevas exigencias sociales y demandas formativas. De acuerdo a Moreira, Gutiérrez y Vidal (2012) los profesionales para responder a los nuevos requerimientos del mercado laboral deben no solo tener conocimientos de sus áreas de formación; es fundamental desarrollar competencias que le permitan un desenvolvimiento integral, para abordar cualquier situación desde un pensamiento complejo e interdisciplinar. A la luz de ello, las instituciones educativas del Ecuador y uno de sus principales actores: los “docentes”, enfrentan el reto de integrarse a nuevos entornos de aprendizaje.

GENERALIDADES DE LA ALFABETIZACIÓN INFORMACIONAL

En la actualidad se han generado diversos cambios, por lo que, estar alfabetizado no es sólo saber leer y escribir, sino implica en primera instancia conocer, manejar y hacer un uso adecuado de la información, respondiendo a criterios lógicos y críticos de los datos que proporcionan los medios con los que se cuenta alrededor. De acuerdo a Buschman (2010), el término alfabetización al parecer se mostraba claro y definido, no obstante, actualmente se ha dado un giro a estas nociones previas, introduciendo una nueva forma de alfabetización, tal como la alfabetización informacional en el campo digital.

El concepto de alfabetización ha mudado su connotación y no solo se reduce al aprendizaje de la lectura y escritura, pues debido a los vertiginosos avances, la alfabetización supone una re conceptualización, que involucra una convergencia de saberes como la capacidad del uso de instrumentos tecnológicos, la capacidad de analizar, seleccionar, procesar y transmitir información de forma significativa, crítica y creativa, En este sentido, Olivier Le Deuff (citado por Herrera, Medina y Martínez 2015) menciona: “los datos, exteriores al individuo, no alcanzan el estatus de información antes

de que el sujeto mismo se los apropie a través de un gesto formativo, precisamente, haciendo alusión a la etimología del término información" (p.16)

El uso adecuado de las Tecnologías de la Información y la Comunicación constituye, en cualquier campo, un elemento importante para el alcance de objetivos que contribuyan a la mejora de la práctica profesional. Ahora bien, pese a vivir en pleno auge de la era digital, no siempre las condiciones socioeconómicas, demográficas o socioculturales posibilitan el acceso a dispositivos tecnológicos o a su vez a una preparación correcta para gestionar la información a la que permiten acceder dichos recursos tecnológicos. Estudios desarrollados por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación Ciencia y Cultura (UNESCO, 2011) plantean que pueden presentarse una serie de situaciones que dificultan el beneficio pleno de los docentes, en cuanto a la oportunidad para acceder a la tecnología, sean estas por la falta de un aparato tecnológico, acceso a internet o la disponibilidad de material en la lengua materna.

En el ámbito educativo, el desarrollo de competencias digitales supone el alcance de objetivos que, si bien no son los únicos, aspiran a la consecución de un perfil de salida del estudiante ecuatoriano, encaminado a desarrollar un ser humano justo, innovador y solidario con pensamiento crítico y creativo. En tal sentido, los docentes asumen una gran responsabilidad en cuanto a su formación, por ello la alfabetización informacional es un requisito ineludible para alcanzar dicho cometido. Por una parte, es necesario garantizar el acceso a los recursos, pero por otra garantizar el uso adecuado de los mismos, definiendo criterios de selección claros, que lleven a la democratización del conocimiento en un sentido holístico. El ciberespacio actualmente ofrece una diversa gama de posibilidades para acceder a la información, la cual se encuentra disponible en diversos formatos e idiomas, de tal forma que el acceso a ésta posibilita mantenerse informado de las novedades que se presentan; pero a su vez, es importante recalcar que no toda la información que se encuentra disponible en la web es válida, por lo que surge la necesidad de darle un tratamiento adecuado, que implica un minucioso proceso de selección a la hora de elegir un determinado material para trabajar con los estudiantes, lo que lleva a la alfabetización informacional.

PROCESO PARA DESARROLLAR LA ALFABETIZACIÓN INFORMACIONAL

Al realizar una reflexión teórica sobre la alfabetización informacional desde distintos posicionamientos se entiende que el proceso para su desarrollo implica la intervención de actitudes, conocimientos y habilidades que integradas tributan al "descubrimiento reflexivo de la información, la comprensión en torno a cómo se produce y se valora la información, y el uso de la información para la creación de nuevo conocimiento y para participar éticamente en comunidades de aprendizaje"(Sales,2019, p20).

En este sentido, la alfabetización informacional implica un plan de aprendizaje profundo e integrado basado en un aprendizaje experiencial, con el objetivo de aprender a aprender, porque sin duda no es lo mismo hablar de una alfabetización mediante el uso de un lápiz y papel, que de una alfabetización que involucra el uso de la tecnología. Las TIC han traído notables transformaciones, la primera surge a partir de la necesidad de acceder a la información mediante el uso de la tecnología. Como se indicó anteriormente para desarrollar la Alfabetización Informacional, se necesita de un proceso activo que conlleva la búsqueda de conocimiento en diversas fuentes y recursos de información, por

tanto, debe responder a los nuevos entornos informacionales (Valverde, Reyes y Espinosa 2012).

(McClure citado por Bawden 2002) acuñó el término alfabetización en red para referirse a la capacidad de identificar, acceder y utilizar la información proveniente de la red. Para lo cual se hacen necesarios los siguientes componentes:

> Noción de la variedad de recursos en red y sus posibles usos, comprensión del papel de la información en red y de sus usos en la resolución de problemas y en las actividades básicas de la vida diaria, conocimiento del sistema que genera, gestiona y proporciona la información en red (p.398).

Además, propone la adquisición de destrezas para su complemento por ejemplo la recuperación, manipulación, combinación, perfeccionamiento y potenciación de tipos específicos de información en las redes me que propicien la toma de decisiones profesionales y personales.

Por otro lado, Sales (2019) expresa que para el desarrollo de habilidades y actitudes en alfabetización informacional se requiere lo siguiente:

> Utilizar herramientas de investigación e indicadores para determinar la credibilidad de las fuentes, desarrollar y mantener una mentalidad abierta cuando se encuentra con perspectivas variadas y que algunas veces se encuentran en conflicto, motivarse a sí mismo para encontrar fuentes autorizadas, desarrollar la capacidad de ser consciente de la importancia de evaluar el contenido con una actitud escéptica y de la auto-conciencia respecto de sus propios sesgos y visión del mundo, otorgar reconocimiento a las ideas originales de otras personas a través de la atribución y citas adecuadas, supervisar la información recopilada y evaluar lagunas o debilidades, organizar la información de formas coherentes y sintetizar ideas recopiladas de diversas fuentes (p.8-13).

De este modo, el papel del profesor tiene que evolucionar de transmisor de conocimiento a orientador, desde la premisa que alfabetización informacional es un concepto amplio y complejo y la comprensión de su significado no se limita solo al uso de una tecnología o un conjunto de tecnologías en particular, lo realmente importante es promover habilidades, actitudes y destrezas para formar personas que sean buscadores independientes y consumidores de información en el complejo entorno que envuelve a la sociedad actual.

NUEVAS FORMAS DE CONSTRUIR EL CONOCIMIENTO A PARTIR DE LA ALFABETIZACIÓN INFORMACIONAL

El aparecimiento de las tecnologías y el flujo diario de información, ha generado nuevas posibilidades de interacción, lo cual, ha demostrado varias fragilidades en las capacidades de cada persona para buscar, seleccionar, analizar, depurar y comunicar la información. No obstante, en esta complejidad ha propiciado escenarios de constantes transformaciones y diversas posibilidades para la gestión del conocimiento.

Un proceso que reconfigura la construcción del conocimiento a partir de la puesta en común de la información que cada persona posee y con la cual interactúa,

constituyéndose en un elemento importante para el análisis y el tratamiento de la información, pues, a través de la discusión y reflexión, se pueden generar conocimientos que sean válidos en el contexto en el que se desenvuelve el grupo.

Por ello, el rol de los actores educativos constantemente se transforma y se diversifican los escenarios de aprendizaje. De acuerdo a Hernández y García (2010) ni la alfabetización básica ni la alfabetización informacional son suficientes para considerarse capacitado para acceder y encontrar información; sin embargo, Portillo & Pirela (2010) refiere a la alfabetización informacional como la competencia necesaria para interactuar con efectividad y aprovechar las potencialidades de los recursos informáticos en la generación de conocimientos y la solución de problemas.

Por ello, es necesario reflexionar sobre la transición que ha experimentado la sociedad de la información hacia una sociedad del conocimiento, donde emergen nuevas posibilidades en el fortalecimiento de competencias como:

- Reconocer problemas y crear preguntas
- Buscar la información y evaluar su credibilidad
- Seleccionar y depurar la información
- Organizar y sintetizar la información
- Hacer conclusiones, entre otros.

Es un proceso que permite el desarrollo de habilidades de orden superior y la gestión personal de la información que se complementa con el uso de las TIC, y como indica Area & Guarro (2012):

> Las TIC no sólo hemos de definirlas como herramientas o artefactos a través de los cuáles ejecutamos distintas tareas o acciones como puede ser buscar información, redactar un texto, almacenar datos, elaborar una presentación multimedia, oír música o ver una película, sino también como un espacio para la comunicación e interacción con otros individuos y grupos sociales. Las TIC son, en este sentido, uno de los principales escenarios de la socialización de un sujeto del siglo XXI y requieren ciudadanos formándose permanentemente a lo largo de la vida. (p. 48)

Con ello, el manejo de la información se constituye en el eje transversal para desenvolverse en un mundo mediático y descubrir nuevos significados superando la superficialidad y la fragmentación del conocimiento.

METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló bajo un paradigma mixto, de tipo descriptivo, con el objetivo de identificar el nivel de alfabetización informacional en docentes de educación básica y bachillerato. Los participantes fueron 35 docentes pertenecientes a la Zona 2 del distrito de educación, de la provincia de Napo, capital Tena, quienes trabajan en los subniveles de básica media, básica superior y bachillerato, con edades comprendidas entre los 26 hasta los 53 años. Los docentes provenían de diferentes zonas; 20 del área urbana y 15 de la zona rural.

El instrumento que se empleó para la recolección de la información fue un cuestionario compuesto por 4 categorías, cada una con sus respectivos indicadores y escalas: Uso y consumo de la tecnología, frecuencia de uso, búsqueda y procesamiento de la información y un apartado referente a la competencia digital para la búsqueda y tratamiento de la información. Se realizó un análisis estadístico que permite presentar la información mediante gráficos de barras.

RESULTADOS

A) Categoría: Uso y consumo de la tecnología

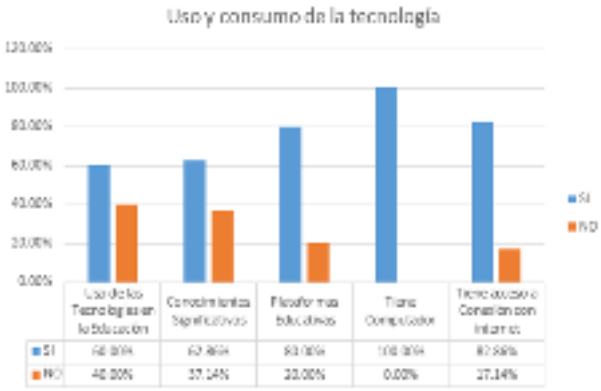


Figura 1: Uso y consumo de la tecnología
Fuente: Elaboración propia

Los docentes indican disponer de un computador y contar, en su mayoría, con acceso a internet y hacer uso de plataformas educativas, aspectos que constituyen elementos importantes para iniciar el camino hacia la alfabetización informacional, dado que el computador como recurso, por sí solo no garantiza mayor logro, si no se cuenta con el acceso respectivo a redes de internet que posibiliten hacer uso de aquella información que ofrece la sociedad globalizada.

b) Categoría: Acciones realizadas con el uso de internet



Figura 2: Acciones realizadas con el uso de internet
Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la figura 2 los docentes utilizan el internet de forma frecuente en diferentes acciones, ello implica que acceden a cantidades de información que deberán analizarla y gestionarla para la construcción del conocimiento. Estas actividades a las que se enfrentan los docentes permiten replantear las acciones y reflexionar sobre los procesos que se realizan en los nuevos escenarios digitales de aprendizaje.

c) Categoría: Búsqueda y procesamiento de la información



Figura 3: Búsqueda y procesamiento de la información
Fuente: Elaboración propia

En el gráfico se puede evidenciar que la mayoría de docentes hace uso del internet para la búsqueda de la información, emplea las normas APA y toma en cuenta los metadatos. Sin embargo, pocas veces emplean bases de datos científicas, lo que permite dar cuenta de la necesidad de generar procesos de alfabetización informacional para realizar búsquedas organizadas y un análisis sistemático de la información generando nuevos conocimientos.

d) Categoría: Competencia digital para la búsqueda y tratamiento de la información

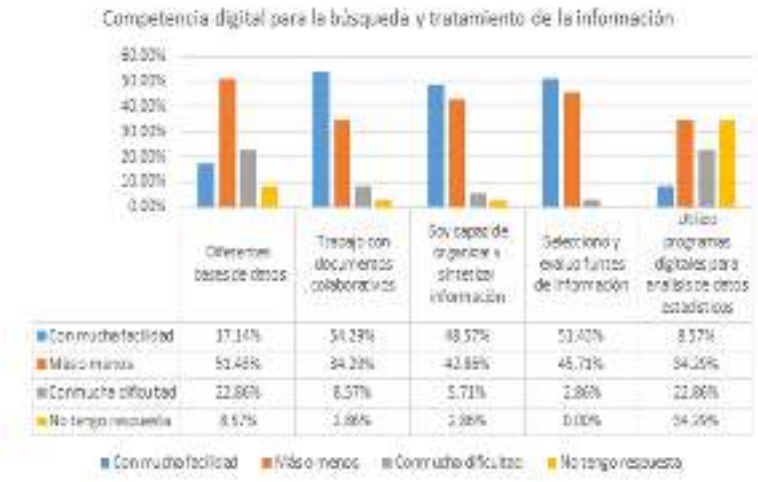


Figura 4: Competencia digital para la búsqueda y procesamiento de la información
Fuente: Elaboración propia

El mayor porcentaje de docentes trabaja con mucha facilidad con documentos colaborativos, a su vez seleccionan y evalúan fuentes de información, así como son capaces de organizar y sintetizar la información, lo que implica que tanto el acceso a diferentes programas que contribuyen al tratamiento de la información de manera colaborativa, así como el hecho de llevar a cabo un tratamiento de la información es parte del trabajo de los docentes; no obstante, en cuanto al uso de diferentes bases de datos para la búsqueda de información, aún es preciso que los maestros desarrollen dicha competencia.

CONCLUSIONES:

Las transformaciones sociales y educativas actuales están ligadas al uso de tecnología, por tanto, es importante reflexionar que la alfabetización informacional supone el desarrollo de distintas habilidades para la búsqueda, el análisis y la reflexión de los datos que se encuentran en diversos formatos, sean estos visuales, auditivos, etc., por tanto, el rol del docente es imprescindible para lograr una verdadera transformación educativa que atienda las nuevas formas de enseñar y aprender contenidos con mayor flexibilidad e interactividad.

En el contexto educativo, si bien los docentes cuentan con recursos tecnológicos y en su mayoría tienen acceso a internet, aún es necesario atravesar la barrera que supone el uso adecuado de la información de la que se dispone, pues los docentes son quienes, actúan en un primer momento como guías que orientan a los educandos sobre la forma en la que se debe trabajar con la información propuesta en la web, construyendo de manera colaborativa los pasos a seguir para seleccionar información, asegurándose que cumpla con parámetros de veracidad y pertinencia de acuerdo al campo del saber que se estudie. Sólo de esta manera será posible que los estudiantes, una vez que se enfrenten al vasto contenido que ofrece el entorno virtual, sean capaces de discernir de manera autónoma aquella información que se ajuste a sus necesidades y requerimientos.

La alfabetización informacional es un proceso que requiere replantearse nuevas formas de búsqueda y análisis de la información, por tanto, se hace necesario el desarrollo de destrezas, conocimientos y actitudes que promuevan poner en práctica lo aprendido, es decir avanzar hacia un “aprendizaje experiencial” para la reconfiguración de las formas de localizar, evaluar y utilizar la información en la cambiante sociedad actual. En este sentido, dentro del campo educativo se hace imprescindible plantear actividades que promuevan una actitud abierta y flexible para aprender a lo largo de la vida mediante resolución de problemas y la toma de decisiones en distintos contextos.

REFERENCIAS:

Area, M., y Guarro, A. (2012). La alfabetización informacional y digital: Fundamentos pedagógicos para la enseñanza y el aprendizaje competente. *Revista Española de Documentacion Cientifica*, *35* (MONOGRÁFICO), 46–74. Recuperado de: https://doi.org/10.3989/redc.2012.mono.977

Bawden, D. (2002). Revisión de los conceptos de alfabetización informacional y alfabetización digital. *Anales De Documentación*, *5*, 361-408. Recuperado de: https://revistas.um.es/analesdoc/article/view/2261

Buschman, J. (2010). Alfabetización informacional, "nuevas" alfabetizaciones y alfabetización. Boletín de la Asociación Andaluza de Bibliotecarios, n° 98-99, Enero-Junio 2010, pp. 155-183

Herrera, M., Medina, G. y Martínez, C. (2015). La alfabetización informacional y la alfabetización digital en estudiantes de Comunicación: El caso de la Universidad Autónoma de Querétaro. Recuperado de: http://eprints.rclis.org/28715/

Hernández, T., & García, M. A. (2010). Los retos de la alfabetización informacional en las bibliotecas: guía para superar la brecha entre nativos e inmigrantes digitales. *Prisma.Com*, *0*(13), 238–257.

Portillo, L., y Pirela, J. (2010). Alfabetización informacional: un enfoque postmoderno para la formación del ciudadano en la sociedad del conocimiento. *Documentación de Las Ciencias de La Información*, *33*, 195–207. Recuperado de: http://revistas.ucm.es/index.php/DCIN/article/view/DCIN1010110195A

Sales, D. (2019). Marco de referencia para la alfabetización informacional en la educación superior. Recuperado de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/182335/Marco%20ALFIN%20ACRL%20Rev%20trad%20-%20DoraSales%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salinas, J. (2012). La investigación ante los desafíos de los escenarios de aprendizaje futuros. *RED: Revista de Educación a Distancia*, (32), 4-23. Recuperado de: https://www.um.es/ead/red/32/salinas.pdf

UNESCO. (2011). Marco de competencias TIC para los docentes (segunda edición). París: Ediciones de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Recuperado de http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002134/213475E.pdf

Valverde, O., Reyes, S y Espinosa, E. (2012). Procesos de alfabetización informacional en la educación superior. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 11(4), 537-545. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2012000400014&lng=es&tlng=es.

LA MADUREZ NEUROPSICOLÓGICA EN NIÑOS CON BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LA PARROQUIA HUAMBALÓ, PROVINCIA TUNGURAHUA, ECUADOR

NEUROPSYCHOLOGICAL MATURITY IN CHILDREN WITH LOW ACADEMIC PERFORMANCE OF THE HUAMBALÓ PARISH, TUNGURAHUA PROVINCE, ECUADOR

Liana Sánchez Cruz (lianasanchezc27@gmail.com) (liana.sanchez@unae.edu.ec)

RESUMEN

La neuropsicología es una ciencia relativamente joven que trata de establecer la relación entre la conducta humana y el funcionamiento cerebral, utilizando sus propios conceptos, términos y métodos de análisis. Dentro de sus temas de interés se encuentra la madurez neuropsicológica, que es descrita dentro de los factores que influyen en el rendimiento académico de los estudiantes. Esta investigación se propone como objetivo analizar la relación que tiene la madurez neuropsicológica y el bajo rendimiento académico en estudiantes de educación primaria, pertenecientes a la parroquia Huambaló, provincia Tungurahua, Ecuador. Se desarrolla desde un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental y correlacional. La población de estudio fueron los niños de primaria de la parroquia Huambaló, con una muestra conformada por un total de 68 niños, 34 con bajo rendimiento escolar en el grupo de estudio y 34 en el grupo de control con adecuado rendimiento escolar. Las pruebas utilizadas fueron el Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES), que proporciona un índice de desarrollo neuropsicológico y la revisión documental del boletín de notas. Los resultados obtenidos evidencian que en los niños de primaria con bajo rendimiento académico de la parroquia Huambaló la madurez neuropsicológica es baja, lográndose establecer una relación directa estadísticamente significativa entre las dos variables investigadas.

PALABRAS CLAVES: madurez neuropsicológica, rendimiento académico, neuropsicología infantil

ABSTRACT

Neuropsychology is a relatively young science that tries to establish the relationship between human behavior and brain functioning, using its own concepts, terms and methods of analysis. Among its topics of interest is neuropsychological maturity, which is described within the factors that influence students' academic performance. This research aims to analyze the relationship between neuropsychological maturity and low academic performance in primary school students, belonging to Huambaló parish, Tungurahua province, Ecuador. It is developed from a quantitative approach, with a non-experimental and correlational design. The study population was the primary school children of the Huambaló parish, with a sample consisting of a total of 68 children, 34 with low school performance in the study group and 34 in the control group with adequate school performance. The tests used were the School Neuropsychological Maturity Questionnaire (CUMANES), which provides a neuropsychological development index and the document review of the report card. The results obtained show that in the elementary children with low academic performance of the parish Huambaló the

neuropsychological maturity is low, being able to establish a statistically significant direct relationship between the two variables investigated.

KEY WORDS: neuropsychological maturity, academic performance, child neuropsychology

INTRODUCCIÓN

La neuropsicología infantil es una rama de la neuropsicología que se dedica a estudiar las funciones cerebrales durante el rápido desarrollo madurativo del cerebro. Partiendo del desarrollo filogenético y ontogenético, hasta el desarrollo del sistema nervioso y su manifestación comportamental, incluyendo interrupciones bioquímicas y ambientales que pueden ocurrir. De esta forma proporciona un marco teórico para una práctica clínica multifactorial, dinámica y en constante evolución (Martínez-Álvarez, 2018).

Actualmente la Neuropsicología infantil es considerada de gran ayuda en la educación y en la mejora del rendimiento escolar en los niños (Andrade-Posada, 2017). El conocimiento científico sobre el desarrollo del cerebro y la relación con los procesos de aprendizaje, facilitan comprender mejor el curso del aprendizaje escolar, las posibles alteraciones en el proceso y el diseño y aplicación de programas neuropsicológicos para facilitarlo (Martínez-Álvarez, 2018).

Estudios recientes se han centrado en estudiar los cambios cerebrales durante estos los periodos críticos del desarrollo, esclareciendo los cambios sutiles en las redes funcionales del cerebro en desarrollo durante la etapa de escolarización primaria. Algunos de estos (Cai L, Dong Q, & Niu H, 2018) sugieren la inmadurez de la corteza cerebral como causa de múltiples dificultades durante la etapa escolar. Otros han demostrado que las mejoras en habilidades como la velocidad de procesamiento están estrechamente asociadas con los aumentos en la mielinización durante la infancia y la niñez (Anderson, Northam, & Wrennall, 2017).

Una de las variables de interés para esta investigación es la madurez neuropsicológica, como factor esencial para el desarrollo integral de cualquier sujeto pues el desarrollo madurativo es la base para un desenvolvimiento adecuado tanto cognitivo como conductual de la persona.

La madurez neuropsicológica es entendida como el nivel de desarrollo cerebral que permite la activación de las funciones cognitivas y conductuales de acuerdo a la edad cronológica de la persona (Portellano, Mateos, & Martínez, 2012)**.** La influencia de esta en el rendimiento académico es un aspecto que hasta hace un tiempo había recibido poca atención empírica, evidenciándose un aumento progresivo de los estudios sobre ella en los últimos cuatro años (Miguel Pérez, García-Castellón, Blanco López, & Martín Lobo, 2017**)**. Por esta razón, una adecuada valoración y detección temprana de alteraciones en los procesos de maduración neuropsicológica son base para una pronta intervención y prevención de afectaciones más severas en el desempeño académico.

Este trabajo tiene la finalidad de analizar la relación que tiene la madurez neuropsicológica y el bajo rendimiento académico en estudiantes de educación primaria en pos de promover estrategias de intervención que optimicen el rendimiento académico.

Objetivos

Objetivo General:

Analizar la relación que tiene la madurez neuropsicológica y el bajo rendimiento académico en estudiantes de educación primaria pertenecientes a la parroquia Huambaló, provincia Tungurahua, Ecuador.

Objetivos Específicos:

- Determinar el grado de madurez neuropsicológica en niños de educación primaria con bajo rendimiento académico.
- Determinar el grado de madurez neuropsicológica en niños de educación primaria con adecuado rendimiento académico.
- Determinar la relación entre la madurez neuropsicológica y el bajo rendimiento académico en niños de educación primaria.

Metodología

Diseño

Este trabajo se desarrolla en el marco del enfoque cuantitativo apoyado en estadísticos descriptivos, con un diseño no experimental. El método es de carácter correlacional, que tiene el objetivo de identificar si hay relación entre las variables.

Población y muestra

La población de estudio fueron los niños de primaria de la parroquia Huambaló, provincia Tungurahua, Ecuador. El estrato socioeconómico de la parroquia es entre bajo y medio bajo, al igual que el nivel socioeducativo y cultural. Para realizar esta investigación se informó a las familias y la muestra se seleccionó en base a aquellas que accedieron y acudieron de manera voluntaria al estudio.

El método de selección de la muestra fue no probabilístico por cuotas debido a las condiciones de estudio. Se conformó un grupo de control de 34 niños con bajo rendimiento académico que cumplieron con los criterios de inclusión de tener entre 7 y 12 años, con un rendimiento académico inferior a 7 y con el consentimiento de los padres a formar parte del estudio. Como criterios de exclusión se establecieron: presentar déficits sensoriales, trastornos del aprendizaje y/o TDAH, no contar con la disposición del niño para formar parte del estudio.

El grupo de control se conformó pareados en género y número respecto a los integrantes del primer grupo, para poder contrastar las variables en niños con bajo rendimiento académico y niños con adecuado rendimento académico.

El grupo de estudio estuvo constituido por 20 niños del género masculino y 14 del femenino, para un total de 34; de los cuales el 44% tiene 9 años, el 32% 10 años y el 24 % son de 11 años. El grupo de control tuvo la misma cantidad de integrantes e igual distribución.

Variables e instrumentos

En el caso de esta investigación las variables estudiadas son la madurez neuropsicológica y el rendimiento académico.

Para determinar la madurez neuropsicológica se utilizó el Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES) de Portellano, Mateos y Martínez-Arias (2012). Esta batería, además de ofrecer una puntuación global que resume el nivel de madurez neuropsicológica (índice de desarrollo neuropsicológico), señala puntos débiles y puntos fuertes en el procesamiento cognitivo a través de la evaluación de seis secciones.

Para la medición del rendimiento académico se ha recopilado la información del boletín de notas de los estudiantes. Para contar con datos actualizados se ha utilizado el promedio de los resultados del primer parcial del presente curso 2018-2019, que comprende los meses de septiembre a noviembre.

En Ecuador, el sistema de calificación es de 10 sobre 10, incluidos dos decimales, tanto en primaria, secundaria y universidad, la nota más alta es 10 y la menor es 1, la nota mínima a reunir para pasar de año es de 7 (Subsecretaría de apoyo, seguimiento y regulación de la educación, 2016). Las notas y calificaciones académicas y de razonamiento se las agrupa como se refleja en la Tabla 3.

Tabla 1. Sistema de calificación en Ecuador

Calificación cuantitativa	Calificación cualitativa
10.00 - 9.00	Domina los aprendizajes requeridos
8.99 - 7.00	Alcanza los aprendizajes requeridos
6.99 - 5.00	Está próximo a alcanzar los aprendizajes requeridos
4.99 - 1.00	No alcanza los aprendizajes requeridos

Fuente: https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/07/Instructivo-para-la-aplicacion-de-la-evaluacion-estudiantil.pdf

Para los fines de esta investigación la variable rendimiento académico se operacionaliza en: Adecuado ≥ 7 y Bajo < 7.

Procedimiento

La investigación se realiza en tres fases fundamentales. Una primera fase, implementada en agosto del 2018 consistió en conformar los grupos de estudio y en recoger los datos sociodemográficos de los estudiantes. La segunda fase, implementada entre septiembre y primera quincena noviembre del 2018, se centró en la aplicación de los instrumentos seleccionados para el estudio y la obtención de datos de las variables investigadas. La tercera fase, implementada a partir de la segunda quincena de noviembre del 2018, se utilizó para el procesamiento de datos y el análisis estadístico del rendimiento mostrado por los niños en las pruebas aplicadas.

Análisis de datos

Para el procesamiento de los datos obtenidos se empleó el paquete estadístico IBM SPSS versión 24. Se utilizaron estadísticos descriptivos y la distribución de frecuencia

para procesar los datos. Para determinar si existía relación entre las variables estudiadas se utilizó la prueba paramétrica de correlación de Pearson, donde se aplicó una prueba de hipótesis para la diferencia de proporciones con un nivel de significación de p igual o inferior a 0,05. La prueba ¨t de Student¨ se usó para hallar la diferencia de medias entre los resultados del grupo de estudio y grupo de control respecto a las variables estudiadas.

Resultados y ddiscusión

En la actualidad existen diversas investigaciones que se dirigen a encontrar explicaciones del bajo rendimiento académico (Navarro, 2003). El objetivo general del presente estudio fue analizar la relación que tiene la madurez neuropsicológica y el bajo rendimiento académico en estudiantes de primaria.La madurez neuropsicológica en niños con bajo y adecuado rendimiento académico se evaluó mediante el CUMANES. Las medias de los resultados obtenidos y del boletín de notas se muestran en la Tabla 4.

Tabla 2. Resultados de estadísticos descriptivos de las variables Rendimiento académico y Madurez Neuropsicológica en Grupo de estudio y Grupo Control

	Mínimo	**Máximo**	**Media**	**Desv. típ.**
Promedio primer parcial	5,62	6,79	6,3209	,31010
Promedio primer parcial Grupo control	7,92	9,03	8,5339	,29928
Madurez Neuropsicológica	61,00	91,00	72,6471	8,07496
Madurez Neuropsicológica Grupo control	93,00	111,00	97,7941	3,17928

El rendimiento académico del grupo de estudio tiene una media de 6,32, valor menor que 7 y que se considera como suspenso acorde a la normativa educativa actual de Ecuador. En cuanto a la madurez neuropsicológica, los resultados estuvieron entre un mínimo de 61 y un máximo de 91, situando la madurez neuropsicológica en niños con bajo rendimiento académico, con una media de 72,65 que se interpreta como bajo.

En el grupo de control se obtuvo una media de rendimiento académico de 8,5 y la madurez neuropsicológica fue de 97,8; que corresponde a un índice medio. La diferencia estadística entre los resultados del grupo de estudio y el grupo de control en cuanto a estas dos variables fue significativa (p=0,000).

En la Tabla 5, se muestran los resultados de la comparación de grupos mediante la “t de Student”, que permitió conocer la diferencia de medias en las pruebas del CUMANES en niños con bajo rendimiento y niños con adecuado rendimiento académico. Además, esto permitió conocer los puntos débiles y fuertes de los niños con bajo rendimiento académico, para posteriormente analizar sobre cuáles se debería intervenir para estimular la madurez neuropsicológica.

Tabla 3. Comparación de los resultados en secciones del CUMANES entre grupo de estudio y grupo de control

Secciones del CUMANES		Descriptivos		Prueba de muestras emparejadas	
		Media	Desviación estándar	t	Sig. (bilateral)
Par 1	Comprensión audioverbal	5,0994	1,68450	-9,563	,000
	Comprensión audioverbal Grupo control	8,1535	1,73282		
Par 2	Comprensión de imágenes	9,9324	3,40748	-7,840	,000
	Comprensión de imágenes Grupo control	14,8912	1,79031		
Par 3	Fluidez fonológica	4,9694	1,95136	-7,378	,000
	Fluidez fonológica Grupo control	7,2794	1,10780		
Par 4	Fluidez semántica	6,4800	1,39443	-5,627	,000
	Fluidez semántica Grupo control	8,0753	1,24200		
Par 5	Leximetría	3,4521	1,03757	-13,297	,000
	Leximetría Grupo control	6,3350	1,19364		
Par 6	Escritura audiognósica	5,7988	2,70808	-10,812	,000
	Escritura audiognósica Grupo control	10,9812	1,95308		
Par 7	Visopercepción	3,0462	,46683	1,263	,216
	Visopercepción Grupo control	2,8959	,53742		
Par 8	Función ejecutiva (tiempo)	5,3426	1,56070	5,722	,000
	Función ejecutiva (tiempo) Grupo control	3,6788	,66983		
Par 9	Función ejecutiva (errores)	1,1094	,83308	1,860	,072

	Función ejecutiva (errores) Grupo control	,8388	,56019		
Par 10	Memoria verbal	10,7618	1,42368	-9,297	,000
	Memoria verbal Grupo control	13,2035	1,01024		
Par 11	Memoria visual	4,8541	1,35010	-5,175	,000
	Memoria visual Grupo control	6,1147	,92355		
Par 12	Ritmo	1,0576	1,11837	-5,479	,000
	Ritmo Grupo control	3,0400	1,58878		

La diferencia fue estadísticamente significativa entre las medias del grupo de estudio y el grupo control en Comprensión audioverbal, Comprensión de imágenes, Leximetría, Escritura audiognósica, Función Ejecutiva-tiempo, Memoria verbal, Memoria visual y Ritmo. En el caso de la Visopercepción y Función ejecutiva-errores, la significación estadística fue mayor que 0,05 (p=0,216 y p=0,072 respectivamente), lo que implicaría que no hay diferencias importantes entre las medias del grupo de estudio y el grupo de control en estas pruebas.

Los resultados expuestos anteriormente demuestran que la madurez neuropsicológica en niños con bajo rendimiento académico es considerada baja, a diferencia de los niños con rendimiento académico adecuado que tienen un nivel medio de madurez neuropsicológica.

Para poder determinar la relación entre la madurez neuropsicológica y el bajo rendimiento académico en niños de primaria, se utilizaron pruebas paramétricas de correlación que se analizan a continuación en la Figura 3.

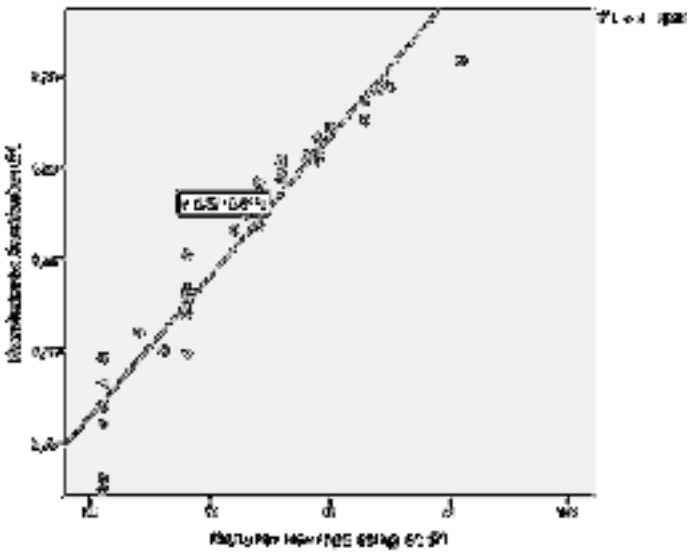


Figura 1. *Resultados de correlación entre la madurez neuropsicológica y rendimiento académico.*

El diagrama de dispersión muestra la relación entre la madurez neuropsicológica y el rendimiento académico en la muestra estudiada. La correlación de Pearson fue de r=0,958 (*p*=0,000) que implica una relación estadísticamente significativa y alta. (Tabla 9).

Tabla 4. Datos de correlación de Pearson entre madurez neuropsicológica y rendimiento académico

		Madurez Neuropsicológica
Rendimiento Académico	Correlación de Pearson	,958**
	Sig. (bilateral)	,000

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados analizados muestran que se estableció una correlación directa entre el nivel de madurez neuropsicológica y el rendimiento académico, demostrando que, a mayor nivel de maduración, mayor rendimiento académico.

Estos resultados son similares a los descritos anteriormente por Martín-Lobo (2013). Algunos autores también señalan que una baja madurez neuropsicológica no constituye un predictor de desempeño escolar debido a la multitud de factores que inciden en el proceso de enseñanza aprendizaje (Navarro, 2003; Mora, 2013). No obstante, en este estudio se logra una correlación alta y se señalan como puntos débiles, que predominaron en la evaluación de los procesos cognitivos, al lenguaje, la visopercepción y la memoria. Estos procesos son básicos en el desarrollo de procesos cognitivos complejos y la adquisición de habilidades escolares, por lo que cabe

esperarse que a un menor desarrollo de estos exista una menor madurez neuropsicológica y un bajo rendimiento escolar en esta etapa.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten concluir que la madurez neuropsicológica en estudiantes con bajo rendimiento académico es considerada baja y en estudiantes con adecuado rendimiento académico es media.

Además, se estableció una correlación directa entre el nivel de madurez neuropsicológica y el rendimiento académico, demostrando que a mayor madurez neuropsicológica puede esperarse un mayor rendimiento académico.

REFERENCIAS

Anderson, V., Northam, E., & Wrennall, J. (2017). *Developmental neuropsychology: A clinical approach.* Routledge.

Andrade-Posada, S. (2017). *Lenguaje, memoria, lateralidad y rendimiento escolar en alumnos de Educación Primaria (Master's thesis)*. Obtenido de http://reunir.unir.net/123456789/5010

Cai L, Dong Q, & Niu H. (8 de Marzo de 2018). The development of functional network organization in early childhood and early adolescence: A resting-state fNIRS study. *Epub ahead of print, 30*, 223:235. Obtenido de Dev Cong Neurosci: https:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21568206

Martínez-Álvarez, I. (2018). Neuropsychology Applied to Education: Theoretical Framework and Intervention Areas for the Reading Competence and Attention Difficulties. *Revista de Investigación, 2*. Recuperado el 23 de Septiembre de 2018, de https://app.rdim.es/archivos/publicacion/1

Martín-Lobo, P. (2013). *Lateralidad y rendimiento escolar.* UNIR.

Miguel Pérez, V., García-Castellón, C., Blanco López, J. L., & Martín Lobo, P. (2017). *NEUROCIENCIA Y NEUROPSICOLOGÍA EDUCATIVA.* España: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte .

Mora, F. (2013). *Neuroeducación.* Madrid: Alianza Editorial.

Navarro, R. (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. *REICE - Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 1*(2). Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de http://www.ice.deusto.es/rinace/reice/vol1n2/Edel.pdf

Portellano, J., Mateos, R., & Martínez-Arias, R. (2012). *Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES).* Madrid: TEA ediciones.

CAPÍTULO 8. CIENCIAS MÉDICAS

INCIDENCIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL ÁREA DE SALUD JOBABO 2018

INCIDENCE OF THE PATIENT WITH CHRONIC RENAL FAILURE IN THE HEALTH AREA JOBABO 2018

Alexey Peña Valdés[1] alexeypv@ltu.sld.cu
Juana Chacón Rojas2 enfermeriajob@ltu.sld.cu
Marjoris Oliva Lay[3] enfermeriajob@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo Transversal, con el objetivo de caracterizar los pacientes con insuficiencia renal crónica del área de salud del municipio Jobabo durante el primer semestre del año 2018. El universo conformado por 44 pacientes, muestra aleatoria simple de 35 pacientes. Los datos primarios obtenidos de las encuestas evaluaron las variables edad, sexo, comorbilidad y apoyo familiar. Incidió que el sexo masculino con 19 casos para un 54.2%, el grupo etario de 50 y más con 24 pacientes para un 68.6%, la Diabetes Mellitus fue la comorbilidad que predominó en 27 pacientes para un 77.2% y el apoyo familiar fue adecuado en 31 pacientes para un 88.6%. El apoyo familiar es un factor favorable para la adaptación del paciente a su patología constituyendo una fortaleza para enfrentar el proceso salud- enfermedad.

PALABRAS CLAVES: comunidad - calidad de vida- insuficiencia renal crónica.

ABSTRACT

He/she was carried out a Traverse descriptive study, with the objective of characterizing the patients with inadequacy renal chronicle of the area of health of the municipality Jobabo during the first semester of the year 2018. The universe conformed by 44 patients, 35 patients' simple random sample. The obtained primary data of the surveys evaluated the variable age, sex, comorbilidad and family support. It impacted that the masculine sex with 19 cases for 54.2%, the group etario of 50 and more with 24 patients for 68.6%, the Diabetes Mellitus the comorbilidad that prevailed in 27 patients for 77.2% was and the family support was adapted in 31 patients for 88.6%. The family support belongs a favorable factor for the adaptation from the patient to its pathology constituting a strength to face the process health - illness.

KEY WORDS: Community - Quality of Life - Chronic Renal Insufficiency.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública de primer orden que consiste en la pérdida progresiva, irreversible y multifactorial, de la capacidad de los riñones de mantener el equilibrio metabólico e hidroelectrolítico, ocasionando alteraciones en los diversos sistemas del organismo. La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), es la etapa final producto de la evolución del paciente al período de uremia, haciéndose necesario sustituir de algún modo la perdida de la función renal. La

[1] Licenciado en Enfermería. Miembro Titular de la SOCUENF.
[2] Licenciada en Enfermería.Miembro Titular de la SOCUENF.
[3] Licenciada en Enfermería. Miembro Titularde laSOCUENF

proporción de pacientes que requieren tratamiento sustitutivo renal va en aumento y los recursos sanitarios que se necesitan para su tratamiento son de un elevado costo de inversión. Gonçalves Costa, F, 2014; Gómez Torres, 2016.

La incidencia y prevalencia de ERC difieren sustancialmente entre países y regiones, se estima que más del 80 % de todos los pacientes que reciben tratamiento para ERC se encuentran en los países desarrollados, los cuales cuentan con grandes porcentajes de población en edades avanzadas y acceso universal a los servicios de salud Gómez Torres, 2016. En algunos países como los Estados Unidos, cerca de 80.000 personas reciben el diagnóstico de insuficiencia renal crónica cada año. Huertas Vieco M, 2014. Estudios que indican que su prevalencia en el mundo es del 10-16% y que su incidencia se ha incrementado dramáticamente durante la última década, influye de manera importante en la economía de los servicios de salud. Puigvert Villalta, 2013 y Huertas Vieco, 2014.

Esta afección conlleva a realizar tratamientos costosos como la diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplantes, algunos tienen que someterse a tratamientos. Este proceso reemplaza algunas de las funciones de filtración de los riñones, o a un trasplante para recibir el riñón de un donante sano, lo cual crea grandes trastornos sociales y éticos para la familia y el propio paciente. En Cuba existe una mortalidad de 100 a 130 fallecidos por un millón de habitantes, existiendo también incidencias en menores de 20 años, dentro de las principales causas de la enfermedad se encuentra la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial. Santana, 2013 y Keila Dias, 2018.

La identificación precoz de ERC permite establecer estrategias de prevención, y que los pacientes se puedan beneficiar de tratamientos actualmente disponibles, tanto para frenar el ritmo de progresión de la enfermedad renal a estadios avanzados de la enfermedad renal (por ejemplo, fármacos bloqueadores del sistema renina-angiotensina-aldosterona) así como para tratar las complicaciones asociadas a la IRC (anemia, AMOM, etc). Medidas que permiten, sin duda, mejorar la calidad de vida y la supervivencia de estos pacientes. Hernández Álvarez, 2014.

En Cuba existe una gran incidencia de esta enfermedad, lo cual trae consigo grandes complicaciones en estos pacientes, los cuales tienen continuos ingresos hospitalarios y en ocasiones largas estadías, algunos viven lejos de estas instituciones hospitalarias y son atendidos en el Consultorio Médico de la Familia, lo que puede provocar en los familiares dificultades en la planificación de quien o quienes deben asumir el cuidado del paciente, debido a que en ocasiones existen otras patologías asociadas. Urzúa A, 2011

> “(…) Aunque la proporción de pacientes que requieren tratamiento sustitutivo renal es reducida, los recursos sanitarios que necesitan movilizarse para su tratamiento son más elevados que en otras enfermedades crónicas con mayor prevalencia, por el número creciente de casos, los altos costos de inversión y la sobrecarga de los servicios de salud.” “(…) Aunque la proporción de pacientes que requieren tratamiento sustitutivo renal es reducida, los recursos sanitarios que necesitan movilizarse para su tratamiento son más elevados que en otras enfermedades crónicas con mayor prevalencia, por el número creciente de casos, los altos costos de inversión y la sobrecarga de los servicios de salud.” Gómez Torres, 2016

En el municipio los pacientes diagnosticados con esta afección son controlados y atendidos en la comunidad por el medico y la enfermera de la familia, a su vez la familia desempeña un papel de gran importancia para la adaptación del paciente a la enfermedad en muchos casos, la familia desempeña roles importantes ya que en ocasiones algunas personas diagnosticadas trabajaban y hasta son padres de familias lo que provoca algunos conflictos debido a la dependencia que suelen hacer de sus familiares. Algunos médicos realizan las pesquisas de estas enfermedades a través del estudio de algunas enfermedades crónicas no transmisibles y una vez detectada la enfermedad se aplican programas educativos y de orientación a la familia para modificar el estilo de vida de estos pacientes.

En su totalidad estos pacientes que presentan insuficiencia renal crónica reciben atención médica, se les orienta acciones específicas para realizar y así prevenir muchas complicaciones asociadas, donde la familia pasa a ocupar un rol protagónico en este sentido. ¿Cómo será la incidencia en nuestra área de salud con respecto a esta afección? ¿Tendrán apoyo familiar estos pacientes para enfrentar el proceso salud enfermedad? Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente se realizó un estudio descriptivo Transversal, con el objetivo de caracterizar los pacientes con insuficiencia renal crónica del área de salud del municipio Jobabo durante el primer semestre del año 2018. El universo conformado por 44 pacientes portadores dela enfermedad, residente en el área de salud, muestra aleatoria simple de 35 pacientes que brindaron su consentimiento informado.

Distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica según grupo de edades y sexo.

Como se aprecia en la tabla 1 en el área de salud 14 de junio del municipio Jobabo en Las Tunas la incidencia de la Insuficiencia Renal Crónica fue mayor en el sexo masculino con 19 pacientes para un 54.2%, en el grupo etario predominó el de más de 50 años con 24 pacientes para un 68.6%. Resultado que coinciden con otros autores que en sus estudios para conocer la prevalencia de IRC (definida como la presencia de un filtrado glomerular inferior a 60 ml/min/1.73 m^2), en una revisión sistemática de 26 estudios que incluyen diferentes grupos poblacionales, con un rango de participantes en los estudios entre 237 a 65 181 pacientes, se encontró que una prevalencia de IRC de un 7,2% en la población igual o mayor de 30 años, mientras que en la población de igual o mayor de 64 años fue entre 3 o 4 veces mayor es decir entre el 23,4% y el 35,7% Hernández Álvarez, 2014.

La incidencia de Insuficiencia Renal Crónica es una de las agravantes de salud lo cual se demuestra en varias investigaciones, los resultados con respecto a la edad y el sexo coinciden con otros estudios realizados. En este estudio, la edad de la adolescencia se halla por debajo, pues hay predominio de los grupos de 60 años y mas, para un (68.5%), se evidencia que a medida que va aumentando la edad un aumento en el número de casos diagnosticados con la enfermedad. Rodríguez Beyrís, 2009.

En estudios revisados se evidencia que la tendencia de población envejecida, es uno de las causas del incremento de los pacientes con Insuficiencia Renal, lo que provoca un aumento de enfermos con mayor edad. Oquendo, 2014. Así, mismo más del 40% de los pacientes que inician diálisis crónica en algunas regiones europeas tienen más de

70 años; en otros países el pico de incidencia se sitúa por encima de los 75 años como es el caso de los Estados Unidos. Hernández Álvarez, 2014.

En relación con el sexo masculino coincide con la investigación realizada en Santiago de Cuba por Rodríguez Beyrís, 2009. En otro estudio se plantea que en un estudio de 20 años la tasa de incidencia en mujeres se incrementó en 80 % mientras que en los hombres su incremento se comportó al 123%. Gómez Torres, 2016 y Silveira Díaz, 2016.

Tabla 1: Distribución de pacientes según grupo de edades y sexo. Policlínico con servicios de hospitalización 14 de Junio, año 2018.

Grupo de edades	F	M	Total	%
10 a 19	0	1	1	2.9
20-29	1	2	3	8.6
30-39	1	1	2	5.7
40-49	3	2	5	14.3
50 y mas	11	13	24	68.6
Total	16	19	35	100
%	45.8	54.2		

Fuente: Encuesta

Distribución de pacientes según comorbilidad asociada.

En relación a la comorbilidad encontrada en el estudio existió u predominio de la Diabetes Mellitus en 17 pacientes para un 48.6%. Coincidiendo con diversos estudios demuestran que existen enfermedades asociadas a la insuficiencia renal crónica y dentro de ellas la diabetes mellitus, otros reportan la hipertensión arterial en más del 70%.

Otros estudios expresan que la Insuficiencia Renal Crónica es de etiología variable donde las que más inciden son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial descontroladas o en su forma grave las que llevan a paciente a esta patología, siendo necesario las diálisis y/o el transplante renal. BRASIL 2014**.**

Tabla 2: Distribución de pacientes según comorbilidad asociada. Policlínico con servicios de hospitalización 14 de Junio, año 2018.

Enfermedades asociadas	Total	%
Diabetes Mellitus	27	77.2
HTA	22	62.9
Riñones poliquísticos	3	8.6
Procesos renales Obstrutivos Crónicos	2	5.7

Fuente: Clínicas	Pielonefritis	1	2.9	Historias
	Glomerulonefritis crônica	1	2.9	

Distribución de pacientes según apoyo familiar para enfrentar la IRC.

En relación con el apoyo familiar predominó el apoyo familiar adecuado en 31 pacientes para un 88.6% de la muestra. Este resultado coinciden con el estudio de Estrada Rodríguez J, 2012 donde el mayor por ciento de los pacientes refirió un apoyo familiar adecuado, este resultado le posibilita al paciente una adecuada calidad de vida con un apoyo incondicional por parte de la familia, donde esta juega un papel importante en la vida de todos sus integrantes y más de las personas que presentan algún problema de salud fundamentalmente en enfermedades terminales donde su personalidad, psiquis y forma de enfrentar la vida cambian bruscamente al conocer el diagnóstico médico. La familia basada en las relaciones de sus miembros debe ser capaz de comprender y manejar las situaciones que se presenten. Resulta muy positivo el hecho de que la mayoría de las familias apoyan al enfermo en todo lo relacionado con el proceso salud–enfermedad, ser coherentes en aspectos relacionados con la educación sanitaria, la alimentación adecuada y manifestar expresiones de afecto, aunque cabe señalar que algunas familias requieren de las visitas frecuentes en el hogar, del binomio del médico y la enfermera de la familia, para una mejor comunicación. Estrada Rodríguez, 2012.

Otros autores plantean la importancia que presenta la familia para la adaptación a la enfermedad de los pacientes renales crónicos, donde el apoyo y compresión de esta juega un roll fundamental pues son pacientes propensos a la depresión y esta comorbilidad es muy frecuente en los estadios avanzado de la enfermedad. Frazão, 2016.

Los autores consideran que la familia contribuye a la recuperación del paciente y de este modo la adaptación a la enfermedad, adoptando estilos de vida saludable que contribuya a una mejor calidad de vida para el paciente y su familia, es por ello que las acciones de enfermería deben ir encaminadas a la educación tanto del paciente como del cuidador o cuidadores. Teniendo como premisa que la familia es la célula básica de la sociedad la cual debe cumplir diferentes funciones y fomentar los valores culturales bajo principios de unidad y humanismo, con conductas protectoras capaces de enfrentar problemas de salud-enfermedad y apoyando al enfermo en cualquier tipo de situación capaz de llevar al individuo a la muerte.

Tabla 7: Distribución de pacientes según apoyo familiar para enfrentar la IRC. Policlínico con servicios de hospitalización 14 de Junio, año 2018.

Apoyo familiar	CANTIDAD	%
Adecuado	31	88.6
No adecuado	4	11.4
Total	35	100

Fuente: Encuesta

CONCLUSIONES

En la población estudiada predominaron los adultos mayores y del sexo masculino donde prevaleció un el apoyo familiar, lo cual es favorable para la adaptación del paciente a la enfermedad constituyendo una fortaleza para enfrentar el proceso salud enfermedad.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

FRAZÃO, C. M. F. Q.; TINÔCO, J. D. S.; FERNANDES, M. I. C. D.; MACEDO, B. M. 2016. Modificações corporais vivenciadas por pacientes com doença renal crônica em emodiálise. Enfermería Global

Gómez Torres, F. D., Valenciano García, Y., Baly Gil, A., & Mestre Ganfong, Y. (2016). Carga de enfermedad en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal según años de vida saludable perdidos. *Revista Información Científica*, *95*(4), 524–531. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=125838115&lang=es&site=ehost-live

Gonçalves Costa, F., da Penha de Lima Coutinho, M., & de Santana, I. O. (2014). Insuficiência renal crônica: representações sociais de pacientes com e sem depressão. *Psico-USF*, *19*(3), 387–398. https://doi.org/10.1590/1413-82712014019003002

Hernández Álvarez, P., Concepción López, K., Hernández San Blas, J. C., Moyano Alfonso, I., & García Blanco, Y. (2014). Fórmulas de estimación del filtrado glomerular en la insuficiencia renal crónica. Ventajas y desventajas en ancianos. *Medi Ciego*, *20*, 73–81. Retrieved from

Huertas Vieco M, Pérez García R, Albalate M, De Sequera P, Ortega M, et al. 2014. Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. Revista Nefrología [serie en Internet]. 34(6): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211699520140006000008&script=sci_arttext.

Keila Dias, A., & Aguiar Pereira, R. (2018). O enfermeiro frente ao paciente portador de insuficiência renal crônica. *Scire Salutis*, *8*(1), 25–36. https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2018.001.0004

Oquendo, L. G., Santana, I. M., Rammínez, C. F., & Florín, I. C. (2014). Valoración del estado nutricional del paciente con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Metas de Enfermería*, *17*(9), 50–55. Retrieved from

http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=99804614&lang=es&site=ehost-live

Puigvert Villalta C. 2013. Percepción de la satisfacción de la función familiar que tienen los pacientes de diálisis peritoneal. Rev. Enferm Nefrol [serie en Internet]. 16(supl.1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S225488420130005000013&script=sci_arttext.

Rodríguez Beyrís PR, Rodríguez Constantín A. 2009. Hipertensión arterial en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. MEDISAN [Internet]. Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192009000600003&lng=es

SANTANA, S. S.; FONTENELLE, T.; MAGALHÃES, L. M.. 2013. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia.

Silveira Díaz F, Stewart Lemes GA, Fernández Torres S, Quesada Leyva L, León Ramentol CC, Ruiz Hunt Z. 2016. Prevalencia de la insuficiencia renal crónica en la provincia de Camagüey. Archivo Médico Camagüey [Internet]. Disponible en: http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4430

Urzúa A, Pavlov R, Cortés R, Pino V. 2011. Factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes hemodializados. Rev. Ter Psicol [serie en Internet]. 29(1): [aprox. 4 p.].

ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

FOCUS OF GENDER IN THE INFECTIONS OF SEXUAL TRANSMISSION

Ana Loreta Higuera Rodríguez[1]
Haydée Rodríguez García[2]
Tereza Rodríguez Feliz[3]

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que anualmente aparecen más de 340 millones de casos nuevos de Infecciones de Transmisión Sexual. Se realizó un estudio referativo donde se ofrece una actualización clínica epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual vistas con un enfoque de género a través de la revisión de artículos en revistas y textos en Ebescohost, medline, scielo. En la sistematización realizada se pudo evidenciar que las ITS continúan siendo un problema de salud en Cuba y el mundo y su comportamiento epidémico afecta a personas cuya conducta sexual de riesgo es inadecuada, causan complicaciones que ponen en peligro la supervivencia humana, y en la actualidad existe una tendencia a incrementarse en el sexo masculino, por lo que el enfoque de género para su vigilancia, control y seguimiento es esencial en las practicas sanitarias.

PALABRAS CLAVES: ITS/VIH-Sida, conducta sexual de riesgo, vigilancia epidemiológica

ABSTRACT

The World Organization of the Health (OMS) it has calculated that annually they appear more than 340 million new cases of Infections of Sexual Transmission. He/she was carried out a bibliographical study where he/she offers an epidemic clinical upgrade of the infections of transmission sexual views with a gender focus through the revision of articles in magazines and texts in Ebescohost, medline, scielo. In the carried out systematizing you could evidence that the ITS continues being a problem of health in Cuba and the world and their epidemic behavior affects people whose sexual behavior of risk is inadequate, they cause complications that put in danger the human survival, and at the present time a tendency exists to be increased in the masculine sex, for that that the gender focus for its surveillance, control and pursuit is essential in you practice them sanitary.

KEY WORDS: ITS/VIH-AIDS, sexual behavior of risk, epidemic surveillance

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un importante problema de Salud Pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado

[1] Licenciada en Enfermería. Máster en Ciencias en Medicina Bioenergética y Tradicional. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas.
[2] Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral y de Primer Grado en Medicina Natural y Tradicional. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas.
[3] Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral y de Primer Grado en Imgenología. Profesora Auxiliar. Policlínico Manuel Piti Fajardo.

que anualmente aparecen más de 340 millones de casos nuevos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) curables, y aproximadamente 5,3 millones de nuevos individuos infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). OMS (2012)

Las ITS son un conjunto heterogéneo de enfermedades transmisibles que se presentan en todos los grupos de edad (con mayor frecuencia en personas de 15 a 50 años), y cuyo elemento fundamental en común es el compartir la vía sexual como mecanismo de transmisión. En la actualidad, son más de 30 las infecciones clasificadas como de transmisión predominantemente sexual, o como frecuentemente transmitidas por dicha vía. Su distribución en el mundo no es uniforme, y varía la incidencia de los diferentes gérmenes patógenos en dependencia del área geográfica que se estudie, nivel socioeconómico de la población que la habita, los hábitos sexuales imperantes en ella, y la educación sexual de sus individuos, entre otros aspectos. Son evitables en la mayoría de los casos y pueden ser diagnosticadas en etapas tempranas de su aparición. Mirabal y autores (2013)

La epidemia de ITS/VIH/SIDA es dependiente de los factores de riesgo así como condiciones socioeconómicas y medioambientales existentes y las relaciones sexuales sin protección con parejas sexuales diferentes, y se ha manifestado de forma creciente la variabilidad según el género. El incremento observado va aparejado a los cambios en el comportamiento sexual y social debido a la urbanización, industrialización y facilidades de viajes, los cambios en la mentalidad referente a la virginidad, la tendencia actual a una mayor precocidad y promiscuidad sexual aparejada a una menarquía cada vez más temprana y a los patrones de machismo imperantes. Freire y autores (2010)

Hay varios estudios y estadísticas internacionales y nacionales que confirman que durante el curso de una ITS se aumenta la excreción del virus del VIH, es por eso que ejerciendo un control eficiente de las ITS estaríamos produciendo una disminución en la incidencia de la infección por el virus del VIH, con un gran impacto desde el punto de vista médico, sociológico, económico y de salud pública Cañas y autores (2012). Por lo anteriormente expuesto se realiza esta casuística donde se ofrece una actualización clínica epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual vistas con un enfoque de género.

Infecciones de Transmisión Sexual como problema de salud cosmopolita

El problema generado por las ITS adquiere mayor trascendencia en los países en vías de desarrollo, donde muchas veces se carece de programas de control y notificación de estas infecciones. La OMS estimó en el periodo 2011-2015 la presencia de 333 millones de nuevo casos de sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Los casos nuevos de infección por papiloma virus humano se estiman en 30 millones por año, para herpes genital 20 millones y para chancro blando 7 millones, además de los casos de linfogranuloma venéreos y granuloma inguinal, constituyen a escala mundial la causa de enfermedad más importante entre hombres de 15-44 años y la segunda causa más importante, después de las muertes maternas, en mujeres jóvenes de países en vías de desarrollo. OMS (2012).

Cálculos recientes reportan que cada año se presentan en todo el mundo más de 340 millones de casos de ITS curables y que por lo menos un millón de contagios ocurren cada día. Solamente para Latinoamérica y el Caribe se estimaron entre 35 y 40 millones

de casos de este grupo de ITS con más de cien mil infecciones promedio por día. OMS (2012), OPS (2012), OPS (2013)

La realidad actual, tanto desde el punto de vista epidemiológico como de normativas de nuestro programa, apunta a que cada vez más las ITS/VIH/SIDA son también un problema de la comunidad y por tanto de atención primaria. En enero de 1986 se confeccionó un plan de control de desarrollo progresivo, meticulosamente elaborado, que permitió garantizar la mayor protección posible a nuestros ciudadanos y posteriormente un Programa Nacional de Prevención y Control de infecciones de transmisión sexual y el de VIH/SIDA con el objetivo general de evitar que el proceso de la infección-enfermedad se convierta en un importante problema de salud para la población cubana, con cinco componentes: Vigilancia Epidemiológica, Asistencia Médica, Investigaciones, Laboratorio y Educación.

A partir de 1998 es dirigido en el aspecto metodológico por el Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA con estrategias básicas que nos permiten implementar el componente educativo como: Información, Capacitación, Educación, investigación, Comunicación y Consejerías, teniendo como base fundamental la participación comunitaria e intersectorial. Quesada y autores (1987), MINSAP (1986)

Las ITS como problema de salud en Cuba y en Las Tunas

En Cuba en los últimos años se ha extendido la búsqueda de casos infectados por las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/sida con mayor cantidad y oportunidad de pruebas diagnósticas, detectando más del 90% de los casos en estadios precoces, durante el periodo 2000-2014 ha existido un incremento de las ITS/VIH-Sida a pesar de los esfuerzos que realiza el estado y la accesibilidad y equidad de los servicios de salud en función de la población, por solo citar algunas de ellas, la Blenorragia aporta una tasa entre 42.5 a 36.9, la Sífilis 82.2 a 36.2 y el SIDA entre 23.2 a 30.8, siendo muy vulnerables los hombres y las edades predominan entre los 20 a 49 años. ONEI (2015).

En la provincia Las Tunas según las estadísticas del anuario de Salud Las Infecciones de Transmisión Sexual se han incrementado, donde se revelan tasas superiores a un 40% por cada 100 000 habitantes, en el año 2000 la incidencia de estas enfermedades ascendieron a tasas entre el 90 al 155.5%, a través de las diferentes acciones realizadas a nivel de la estructura sanitaria se ha logrado disminuir estos indicadores como se reflejan en las estadísticas, disminuyendo su indicador en el año 2010; pero, paradójicamente en los años subsiguientes se han incrementado como se reflejan a continuación: La Blenorragia en el 2010 se comportó con una tasa de 29.7%, desde el 2011 hasta el 2015 se ha comportado entre 44.7% al 36,2%, incrementándose en el año 2012 a una tasa de 65,7%, por su parte, la Sífilis en el año 2010 se comportó con una tasa de 7,7%, desde el 2011 hasta el 2015 se ha comportado entre 6.1% al 38%, donde se alcanzó la tasa más elevada en el último año del periodo, en el caso del Condiloma Acuminado en el año 2010 la tasa se comportó en el 51%, desde el 2011 hasta el 2015 se ha comportado entre 63.5% al 34.4%, en el año 2011 alcanzó su tasa más crítica en 63.5%, de igual manera se ha comportado la incidencia de VIH-SIDA donde persiste la elevada incidencia por años de morbilidad. DPS (2015).

¿Cómo inciden las ITS en el municipio Las Tunas y en el área de salud de referencia?

El municipio de Las Tunas no se ha apartado de la problemática provincial con una tendencia mantenida de las ITS y un ascenso del VIH/SIDA de hasta 30 casos en la prevalencia y una incidencia en el 2007 de 8 por 100 000 habitantes, lo cual genera un problema de salud a priorizar en la atención médica en cuanto a su prevención, es significativo que en el periodo desde el 2014-2015, la incidencia de la Sífilis se comportó en un 69,7%, la blenorragia en un 46,8%, el Condiloma Acuminado en un 53,1%, la epidemia del VIH/sida presenta un ritmo de crecimiento lento, pero sostenido y los sectores con mayor número de personas diagnosticadas son los de salud, educación y cultura. Al analizar las tasas en las edades de 15 a 24 años en el comportamiento de la epidemia notamos un aporte elevado. DPS (2015)

En el Policlínico Docente Guillermo Tejas según estadísticas registradas en el Departamento de ITS, el comportamiento de estas enfermedades se ha elevado en los últimos años, durante el 2015 al 2016 por solo citar este último periodo se atendieron en la consulta de ITS con síndromes manifiestos 1723 pacientes, se detectaron casos de Blenorragia (27 vs 34), Sífilis (17 vs 45), Condilomatosis 33 vs 33), 35 casos de infecciones por Clamidia, 36 casos de trichomoniasis, los casos VIH/Sida es de 58 pacientes, de ellos se diagnosticaron en el ultimo año 11 casos nuevos. Es muy significativo al relacionar los casos según género donde se evidencia que existe mayor incidencia en el sexo masculino, se presenta como una mujer diagnosticada por cada 6 u 8 hombres y las edades se comportan entre los 20 a 49 años de edad considerada por muchos autores la de mayor actividad sexual.

Se registran a nivel de la institución dos tesis de terminación de residencia de Medicina General Integral a través de la realización de una intervención educativa sobre las ITS en la población adolescente encontrando comportamientos inadecuados, falta de conocimientos en materia de prevención y recomendando profundizar en otros estudios de intervención dirigidas a otros grupos poblacionales, también se evidencian artículos científicos por diferentes autores sobre la incidencia y prevalencia de las ITS en el área de salud coincidiendo en una serie de elementos que pueden considerarse factores claves en este trabajo que tomamos como base y utilizando principios y planteamiento comunes de “Colecciones Prácticas Optimas de ONUSIDA” de junio del 2001:

> “una acción destinada a mejorar la calidad de vida de personas infectadas y afectadas conforme a sus propios sentimientos y percepciones, acciones dirigidas a grupos de riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, profundizar en la equidad y accesibilidad de los servicios de salud, sistematizar las acciones dirigidas y personalizadas con enfoque de género, utilizando un sistema y mecanismo para mantener las acciones comunitarias” OMS (2012)

Breve acercamiento a la historia de las ITS

Las enfermedades de transmisión sexual se conocen en el mundo desde tiempos remotos en las civilizaciones primitivas, así los antiguos griegos hacen referencia a estas enfermedades relacionándolas con la Diosa Venus, de donde proviene su anterior nombre de enfermedades venéreas, en el Antiguo Testamento, se ve reseñada la impureza del hombre que padece gonorrea. En el período de decadencia del Imperio

Romano fueron clausuradas algunas Termas (baños públicos) para evitar que se siguieran propagando dentro de la población las enfermedades.

En la Edad Media estas enfermedades tienen la influencia mágico-religiosa, se consideran como un castigo divino, así mismo desde finales del año 1978 se identifican los primeros casos de SIDA en los Estados Unidos, Haití y África pero se encontró similitud con el sarcoma de Kaposi por la sintomatología que presentó en su primer momento.

Hasta hace relativamente pocos años la mayor parte de la venearología estaba formada por cuatro enfermedades: Sífilis, la Gonococcia, el Chancro Blando y Linfogranulomatosis de Nicolás Favre. Junto a ellas existían las que llamamos enfermedades venéreas menores o pequeña venearología, pero estas enfermedades supuestamente menores, mejor conocidas en la actualidad, han demostrado no ser tan menores por su alta frecuencia, su difícil tratamiento y sus potenciales complicaciones.

En el año 1985 se aísla el virus de inmunodeficiencia humano y para 1986 por el aumento epidémico que se venía produciendo las Naciones Unidas en conjunto con la O.M.S. crea un programa conjunto llamado ONUSIDA, según las estimaciones para el año 1998, el número de personas que viven con HIV habría aumentado a 33,4 millones, un 10% más que en el año 1997. Lo que pone en evidencia que la epidemia no ha sido controlada en ningún lugar. Freire (2010)

En la actualidad, se sabe que entre el 10% y 40% de las mujeres con infecciones por ***Chlamydia Trachomatis*** o gonococo, que no reciben tratamiento adecuado desarrollarán los síntomas de una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), y una cuarta parte de ellas quedará infértil. Además, un embarazo ectópico -complicación potencialmente fatal de las infecciones de transmisión sexual- es de séis a diez veces más probable en las mujeres con una enfermedad inflamatoria pélvica previa que en la población general. **El virus del papiloma humano**, otro agente que causa infecciones del tracto genital, está asociado con el cáncer cervicouterino en tal grado que la tendencia actual es considerar esta neoplasia como una enfermedad de transmisión sexual. Por último, las infecciones de transmisión sexual se asocian con resultados adversos del embarazo como la muerte fetal, el bajo peso al nacer y las infecciones congénitas o perinatales.

Las enfermedades infecciosas son el resultado final del proceso infeccioso, el cual se inicia con la infección, ésta se define como la entrada, el desarrollo y la multiplicación de un agente biológico en el organismo de un ser humano o animal, en ella interviene un grupo de factores que influyen y determinan las formas de manifestarse este evento en las personas, aunque no siempre con la infección aparece una enfermedad infecciosa.

Las infecciones de transmisión sexual constituyen una muestra de las desigualdades de género que prevalecen en los países en desarrollo, algunas de ellas son la capacidad limitada de la mujer para controlar las condiciones que rodean al ejercicio de la sexualidad, la falta de servicios de salud a donde las mujeres puedan acudir en caso de una sintomatología relacionada con las infecciones de transmisión sexual y el estigma social inherente a las enfermedades asociadas con las prácticas sexuales. Estos factores añaden un riesgo mayor a las condiciones biológicas que, de por sí, hacen a

las mujeres más susceptibles de adquirir una infección y de desarrollar complicaciones secundarias a las infecciones de transmisión sexual.

Otra razón que subyace a la actual atención a las infecciones de transmisión sexual es el hecho de que, en las últimas décadas, estos padecimientos tienden a incrementarse, en especial en los países en desarrollo y en los grupos sociales desfavorecidos. En efecto, en las mujeres embarazadas pobres, la gonorrea es de diez a quince veces más frecuente que en las de buen nivel socioeconómico; la infección por ***Chlamydia*** es de dos a tres veces más prevalente, y la sífilis es de diez a cien veces más común en mujeres de países en desarrollo que en las de los países industrializados. Cañas (2012)

Las infecciones vaginales durante el embarazo constituyen una de las principales causas de rotura prematura de membranas ovulares, ésta conlleva a un mayor riesgo de infección intramniótica (corioamnionitis) y trabajo de parto pretérmino, implicando este cuadro infección con riesgo materno – fetal y otros asociados con la inmadurez y los accidentes de parto y representa una de las afecciones más relacionadas con la muerte fetal. Todo esto aporta bajo peso al nacer y alta morbimortalidad por distress respiratorio. OMS (2012)

Patogenia

Muchas infecciones de transmisión sexual son transmitidas más fácilmente a través de las membranas mucosas del pene, de la vulva y menos a menudo de la boca. La membrana visible que cubre el glande del pene es una membrana mucosa (similar a los labios de la boca), aunque no produce ningún moco. Las membranas mucosas se diferencian de la piel en que permiten ciertos patógenos (virus o bacterias) en el cuerpo. Ésta es una de las razones por las que la probabilidad de transmitirse es mucho más alta en el sexo que por otros medios más ocasionales de transmisión, tales como el contacto no sexual, tocarse, abrazos, dar las manos, etc, pero no es la única razón. Aunque las membranas mucosas existan tanto en la boca como en los órganos genitales, para muchas ITS parece ser más fácil la transmisión a través de sexo oral que con besos profundos. Incluso muchas infecciones que son fácilmente transmitidas de la boca a los órganos genitales o de los órganos genitales a la boca, son mucho más difíciles de transmitir de una boca a otra. Con el VIH, los líquidos genitales suelen contener mucho más del patógeno que la saliva. Algunas infecciones etiquetadas como ITS pueden ser transmitidas por el contacto directo de la piel, el herpes simple y el virus del papiloma humano son ejemplos. Por su parte, el virus asociado al sarcoma de Kaposi puede ser transmitido por besos profundos pero también cuando la saliva se utiliza como lubricante sexual.

Dependiendo de la ITS, una persona todavía puede difundir la infección aunque no posean signos de la enfermedad. Por ejemplo, es mucho más probable que una persona propague la infección del herpes cuando las ampollas están presentes (ITS) que cuando están ausentes (ITS). Sin embargo, una persona puede transmitir la infección del SIDA (ITS) en cualquier momento, incluso aunque no haya desarrollado síntomas. Mirabal (2013)

Los profesionales de la salud sugieren un sexo seguro, tal como el uso de condones, como la manera más confiable de disminuir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual durante la actividad sexual, pero el sexo seguro no debe ser

considerado como una protección absoluta. La abstinencia de las actividades sexuales que involucran a otras personas protegerá contra la transmisión sexual de infecciones. La transferencia y la exposición a los líquidos corporales, tales como las transfusiones de sangre y otros productos de la sangre, compartiendo agujas de inyección (como en las drogas), lesiones con las agujas de inyección (cuando el personal médico se pincha inadvertidamente con ellas durante los procedimientos médicos), compartiendo agujas de tatuajes, y el parto, entre otros, son otras vías de transmisión. Estos diversos medios pusieron a ciertos grupos, tales como doctores, hemofílicos y consumidores de droga, particularmente en riesgo.

Los estudios epidemiológicos recientes han investigado las redes que son definidas por relaciones sexuales entre los individuos, y descubrieron que las características de las **redes sexuales** son cruciales a la extensión de las enfermedades de transmisión sexual. Particularmente, parece ser un factor importante, la mezcla asociativa entre la gente con una gran cantidad de parejas sexuales.

En muchos países del mundo las Infecciones de Transmisión Sexual amenazan con desaparecer a millones de personas en un corto período de tiempo de no tomarse las medidas necesarias por las entidades encargadas. Observándose en las dos últimas décadas un aumento del número de pacientes infectados, tanto en los países industrializados como en vías de desarrollo, estimándose que en el mundo aproximadamente 685 mil personas se infectan con una de estas enfermedades cada día y que cada año ocurren alrededor de 250 millones de casos nuevos de estas enfermedades.

El incremento observado va aparejado a diferentes factores que han contribuido 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 referente a la virginidad, la tendencia actual a una mayor precocidad y promiscuidad sexual aparejado a una menarquia cada vez más temprana y a los patrones de machismo imperantes.

Actualmente se acepta la existencia de una estrecha relación entre las distintas Infecciones de Transmisión Sexual y el SIDA, de modo que dichas enfermedades constituyen una vía de ingreso para el VIH, cuanto más conocimientos se tenga sobre estas infecciones y cuanto más oportuno y eficaz sea su control, mayor será la posibilidad de cortar la cadena de transmisión, en estos momentos existen 30 tipos de ITS, de las que 26 atacan principalmente a las mujeres y 4 a ambos sexos. OMS (2012)

Género y VIH/Sida, e infecciones de transmisión sexual – el problema

El primer reporte oficial de la enfermedad que ahora se conoce como SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) se publicó el 5 de junio de 1981. El primer párrafo del informe del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos catalogaba cinco casos. De esto hace unos 21 años. Desde entonces la epidemia se ha extendido a todos los rincones del mundo. Los reportes indican que casi 22 millones de personas han perdido la vida por esta enfermedad y que hoy día más de 36 millones de personas están viviendo con el Virus de Inmunidad Humana (VIH) que es el virus que causa el SIDA. Es un hecho conocido que la mayor parte de la población que vive con SIDA se encuentra en el África Subsahariana.

El fracaso en una contención significativa de las tasas crecientes de la pandemia global del SIDA ha llevado a repensar las anteriores estrategias de respuesta a la infección. Es un hecho generalmente aceptado que el 80 % o más de todas las infecciones con VIH/SIDA tienen su origen en relaciones sexuales sin protección. Hay necesidad de una respuesta basada en la óptica de género que se centre en cómo los diferentes estatus, roles y expectativas sociales, como también el poder económico de varones y mujeres, afectan y son afectados por la epidemia. Lo anterior implica que son estas relaciones, junto con las diferencias fisiológicas, las que determinan la gran extensión del riesgo de infección para mujeres y varones, su capacidad de protegerse a sí mismos/as eficazmente y su respectiva capacidad de compartir las cargas de la epidemia. OMS (2012, OPS (2012, 2013)

Se ha sostenido que la prevención del VIH es un asunto de género, ya que las tasas de seroprevalencia tienden a ser mucho más altas entre ciertos grupos de mujeres jóvenes. Pero, además, las responsabilidades del cuidado de los pacientes con SIDA recaen con frecuencia en mujeres, y el papel que juegan las mujeres en el cuidado de los niños/as significa que su salud es especialmente importante a la hora de garantizar una reducción sostenida de la mortalidad infantil, y también de reducir el número de niños huérfanos/as. Por tanto es necesario hacer especial énfasis en la educación de niñas y mujeres acerca de patrones de riesgo y prácticas seguras, todo ello acompañado de esfuerzos para animar a los varones a que estén mejor informados y adopten modelos de comportamiento que reduzcan la difusión del VIH.

Al promover una cultura de equidad, responsabilidad y opción de género en relación con el VIH/SIDA, y de los correspondientes derechos, los educadores/as de adultos pueden jugar un papel significativo a la hora de poner fin a la abrumadora vulnerabilidad biológica, social y económica de las mujeres respecto del VIH, y de afirmar el derecho que tienen todas las personas a una vida con dignidad. Domínguez (2014), Ochoa (2013), Borrolo (2012)

Vulnerabilidad fisiológica de las mujeres y los varones

La evidencia de las investigaciones sugiere que el riesgo que corren las mujeres de infectarse con VIH a causa del sexo sin protección es por lo menos dos veces mayor que en el caso de los varones. El cuerpo de la mujer tiene la capacidad de retener una alta concentración de semen en el canal vaginal. De manera similar las mujeres están expuestas a la infección a causa de la extensa superficie que presenta el área de la membrana mucosa en la vagina y en el cuello del útero, a través de los cuales puede pasar el virus. También están en riesgo los varones no circuncidados por cuanto el área delicada debajo del prepucio los puede exponer a la infección si practican sexo sin protección. Pero el mayor riesgo lo corren las mujeres jóvenes a causa de las abrasiones que pueden tener durante el sexo sin protección, ya que tienden a tener un revestimiento vaginal delgado.

En las mujeres las infecciones de transmisión sexual suelen ser asintomáticas (no se las nota porque son internas). A diferencia de los varones, las mujeres pueden no experimentar inicialmente ningún dolor, y por lo tanto es menos probable que busquen rápidamente un tratamiento médico. La situación a menudo se complica por el estigma que pesa sobre las infecciones de transmisión sexual, por la inaccesibilidad de las

clínicas, la falta de dinero, las actitudes negativas de los trabajadores en salud respecto de las mujeres infectadas, y la propia preocupación de las mujeres con demasiadas responsabilidades domésticas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en cualquier punto del tiempo hay en todo el mundo unos 330 millones de casos curables de infecciones de transmisión sexual. Esto resulta altamente preocupante si se tiene en cuenta que esta condición predispone a los individuos infectados a que contraigan el VIH/SIDA. Domínguez (2014), Ochoa (2013), Borrolo (2012), OMS (2012)

Prácticas culturales

Algunas prácticas culturales agravan el riesgo fisiológico de las ITS/VIH-Sida para las mujeres. Son ejemplos la preferencia de los varones por el «sexo seco» (a menudo con la activa connivencia de las mujeres), el «sexo violento» que puede producir llagas en la membrana mucosa, y la mutilación genital femenina que puede llevar a una multiplicación de los desgarros y hemorragias durante el sexo. La práctica de la herencia de viudas ha contribuido también significativamente al incremento de las tasas de infección.

Otros factores de vulnerabilidad y obstáculos para la prevención y tratamiento que están relacionados con el género:

I. **Dominación sexual masculina.** — Muy a menudo cuando se trata de sexo todo se concentra en el placer del varón. En la práctica se tiende a despreciar las necesidades de las mujeres y se inhibe la discusión abierta entre las parejas acerca de un comportamiento sexual limpio.

II. **Vulnerabilidad económica y servicios sexuales**. — La dependencia económica de las mujeres las hace vulnerables desde el momento en que la capacitación y las oportunidades económicas son escasas. Algunas mujeres pueden intercambiar (trueque) servicios sexuales por dinero, puestos de trabajo, promoción u otros privilegios.

III. **Control de las relaciones sexuales dentro y fuera del matrimonio.** — La falta de control de las relaciones sexuales dentro y fuera del matrimonio a causa de la poligamia, de la multiplicidad de parejas sexuales, etc., podría exponer a las parejas a la infección con VIH/SIDA.

IV. **Violencia contra las mujeres.** — Ésta asume la forma de estupro, violación y sexo violento o coercitivo. Desafortunadamente en los últimos tiempos estas prácticas negativas se están volviendo algo común en esta parte del mundo. En algunas comunidades se pasa por alto la violencia marital.

V. **Culpa y rechazo.** — Los estereotipos de género hacen que se les eche la culpa a las mujeres de la difusión de las ITS/VIH-Sida. A menudo son las mujeres las primeras en ser sometidas a una prueba, ya sea por embarazo, por un niño enfermo, etc. Si el resultado es positivo, se les echa la culpa en primer lugar.

VI. **Falta de información.** — Muchas mujeres tienen una comprensión pobre de sus propios cuerpos, de los mecanismos de transmisión del VIH y las infecciones de transmisión sexual y del nivel de riesgo que supone el sexo sin protección. Muchas carecen asimismo de adecuada información acerca de su propio cuerpo y por lo mismo

tienden a tener menos información acerca de los cuerpos y las necesidades de las mujeres.

VII. **Comunicación interpersonal.** — La investigación ha mostrado que la gente joven prefiere que sus padres les hablen acerca del sexo. La insuficiente comunicación entre padres/madres e hijos/as, y entre las partes de cada pareja, acerca de las relaciones, necesidades y responsabilidades sexuales de varones y mujeres, puede llevar a comportamientos riesgosos tanto de parte de los/as jóvenes como de las personas adultas. Por ejemplo, a los/as jóvenes de ambos sexos se les debería proporcionar mecanismos de negociación para que estén en condiciones de enfrentar presiones provenientes de personas mayores, o de su misma edad, que pretenden disfrutar de sexo precoz.

VIII. **Estrés familiar.** — En alguna parte se ha dicho que la pandemia del SIDA, si no te infecta, sí que te afecta. El impacto del SIDA en la familia puede ser devastador. Aparte de los estragos que causa en los recursos familiares, se plantea la estigmatización que conlleva el SIDA y la carga de los cuidados extraordinarios que demanda la enfermedad. Esto tiende a empeorar la inequidad de género ya existente y a incrementar la vulnerabilidad y explotación de las mujeres. Por ejemplo puede ser que a las niñas se las saque de la escuela para que cuiden a los miembros de la familia. De la misma manera las personas mayores, que deberían estar disfrutando su jubilación, tienen que cooperar con el peso de las preocupaciones haciéndose cargo de los huérfanos del SIDA. Domínguez (2014), Ochoa (2013), Borrolo (2012), OMS (2012)

CONCLUSIONES

Las ITS continúan siendo un problema de salud en Cuba y el mundo y su comportamiento epidémico afecta a personas cuya conducta sexual de riesgo es inadecuada, causan complicaciones que ponen en peligro la supervivencia humana, y en la actualidad existe una tendencia a incrementarse en el sexo masculino, por lo que el enfoque de género para su vigilancia, control y seguimiento es esencial en las practicas sanitarias.

REFERENCIAS

Borrolo Chao, R. (2012). La participación social y la microparticipación. Un método de planificación local con participación comunitaria. CNPES, MINSAP; Cuba.

Cañas Lugo C, Menéndez Capote R, Tápanes Fernández T, Castillo Frías R, Abad Lamoth Y. (2012). Intervención educativa sobre el VIH con adolescentes de la Escuela Militar "Camilo Cienfuegos" de Arroyo Arenas. Rev Cubana Med Trop [Internet]. [citado el 26 de julio de 2013]; 64(1): 43-48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602012000100006&lng=es

Domínguez García MI (2014). Juventud y educación en Cuba: Estrategia de inclusión social femenina. Cuban Studies [Internet]. [citado 4 enero 2017]];42(1):3-22. Disponible en: http://muse.jhu.edu/journals/cuban_studies/v042/42.espin.pdf

DPS (2015). Estadísticas e Información. Anuario Estadístico de Las Tunas 2014. [Citado el 20 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.ltu.sld.cu/aec2014/datos/3.2.xls

Freire Solórzano EC, Puga Bravo CE, Ruiz Arízaga SM, Urgilés Rivas MV. (2010). Evaluación y modificación de los conocimientos actitudes y prácticas de los estudiantes de la Escuela de Derecho de la Universidad de Cuenca, frente a las infecciones de transmisión sexual ITS y VIH/SIDA [Tesis]. Repositorio de la Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas; [Citado el 26 de julio de 2013]. Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3414

MINSAP (1986). Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA. Ciudad de la Habana; Cuba.

MINSAP (2012). Infecciones de transmisión sexual: Pautas para su tratamiento. Ciudad de la Habana; Cuba.

Mirabal Nápoles M, Betancourt Betancour J, Prieto Cordobés Y, Fernández Franch N. (2013). Actitudes socioculturales frente a las infecciones de transmisión sexual en estudiantes de Medicina. Rev Hum Med [Internet]. [Citado el 26 Julio de 2013];13(1): 56-71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000100005&lng=es

Ochoa Soto R, Sanchez Fuentes J, Villalón Oramas M, Duque Santana I, Hernández Fernández M, Pérez Pérez F. (2013). Manual para médicos de familia sobre ITS/VIH/SIDA. La Habana Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA; Cuba.

OMS. (2012) Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas que viven con VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión sexual en las Américas. Informe resumido. Washington: Ministerio de sanidad y consumo.

ONEI (2015). Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Anuario Estadístico 2014. Tabla 3.2 Población residente por sexos, edades y relación de masculinidad (cálculos al 31 de diciembre de 2014). [Internet]. La Habana [Citado el 20 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.one.cu/aec2011/datos/3.2.xls

OPS (2012). Comprensión y respuesta al estigma y la discriminación por VIH/SIDA en el sector salud. Washington. EE.UU.

OPS (2013). Informe sobre las estrategias y sostenibilidad para el control de las ITS/VIH-Sida en las Américas y el Caribe. Washington. EE.UU.

Quesada Ramírez E de, Galbán García E, Cadiz Lahens A. (1987). SIDA. Infección – Enfermedad por el vírus de la inmunodeficiencia humana. La Habana: Editorial Científico Técnica; Cuba.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA DE CÁNCER CERVICO-UTERINO POLICLÍNICO GUILLERMO TEJAS. 2019

INTERVENTION OF INFIRMARY IN THE PROGRAM DE CERVICO-UTERINE CANCER POLICLINIC GUILLERMO TEJAS. 2019

Annis Escamuchero Pompa[1]

Isabel María Hechemendía Torres[2]

Inés Hernández Barrera[3]

RESUMEN

Se realizará un estudio cuaxiexperimental con la finalidad de evaluar la intervención de enfermería en las pacientes atendidas en el Programa de Cáncer Cervico-uterino. Policlínico Guillermo Tejas durante el quinquenio 2019/2023. Los datos primarios se obtendrán de las Historias Clínicas, entrevistas, encuestas y visita al hogar que permitirán identificar las variables de interés. El universo estaráconstituido por todas las pacientes atendidas en el programa durante el periodo de estudio y la muestra por aquellas que brinden su consentimiento informado. La intervención se realizará en tres etapas. Sé revisarán bibliografías actualizadas sobre el tema. La información se procesará mediante métodos estadísticos. Esperamos que al culminar la intervención, se incremente el nivel de satisfacción de las pacientes atendidas así como disminuir los factores de riesgo e incrementar la calidad de vida delas mismas.

PALABRAS CLAVES: Cáncer Cervico-uterino, Factores de Riesgo, Citología.

ABSTRACT

It will be carried out a study cuaxiexperimental with the purpose of evaluating the infirmary intervention in the patients assisted in the Program of Cervico-uterine Cancer. Policlinic Guillermo Tejas during the five year period 2019/2023. The primary data will be obtained of the Clinical Histories, interviews, surveys and it visits to the home that you/they will allow to identify the variables of interest. The universe will be constituted by all the patients assisted in the program during the period of study and the sample for those that offer its informed consent. The intervention will be carried out in three stages. I know they will revise up-to-date bibliographies on the topic. The information will be processed by means of statistical methods. We wait that when culminating the intervention, the level of the assisted patients' satisfaction is increased as well as to diminish the factors of risk and to increase the quality of the same ones.

KEY WORDS: Cervico-uterine Cancer, Factors of Risk, Cytology.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el cáncer constituye un serio problema de salud a nivel mundial, debido a las altas tasas de incidencia y mortalidad así como las afectaciones que este trae para los pacientes, la familia y la comunidad. En estos momentos es la segunda causa

[1]Licenciada en Enfermería. Miembro Titular de la SOCUENF.

[2]Licenciada en Enfermería. Jefa de Departamento de enfermería Policlínico Guillemo Tejas. Miembro Titular de la SOCUENF.

[3]Licenciada en Enfermería. Jefa de Departamento de Esterilización. Miembro Titular de la SOCUENF

de muerte solo precedida por las enfermedades cardiovasculares no obstante estudios realizados plantean que en la primera mitad del siglo XXI estesea la principal causa de muerte en todos los países, lo que se debe a un incremento de los factores de riesgo como el consumo de tabaco, exceso de peso, obesidad o inactividad física, consumo nocivo de alcohol, entre otros. Castro Carreño, 2015, Heredia Ruiz, 2017 y Millan, 2016.

El cáncer cervico-uterino es el cáncer genicológico más frecuente, muchas veces asociados a la pobresa y constituye una derrota del sistema de salud de los diferentes países. Castro Carreño, 2015**,** Gutiérrez-Enríquez, 2014**.**La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que a nivel mundial cada año se diagnostican unos 530.000 casos nuevos, Las regiones geográficas más afectadas son: África, Asia y América Latina. En América el cáncer cérvico-uterino causa la pérdida de 471.000 años de vida ajustados por discapacidad**.** En Europa el CCU es la tercera causa de muerte en la mujer. Bou Lobaina, 2015; Castillo-Ávila, 2015 y Malagón Montano, 2015.

En Cuba, según el Anuario Estadísticode Salud del 2017, el cáncer constituyó la segunda causa de muerte con 18 años de vida perdidos por este motivo. En Las Tunas el cáncerfue la primera causa de muerte con una Tasa bruta de 228.8 por 100 000 habitantes.Ministerio de Salud Pública, 2017

El estudio citológico es aquel que tiene como objetivo detectar anormalidades morfológicas de células provenientes de la descamación de superficies epiteliales u obtenidas por otros procedimientos. La citología cervical o cervico-vaginal, estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino, la cual ha constituido por años el principal método de detección del cáncer cervicouterino y su agente causal, el Virus del Papiloma Humano.Andrés, 2017 y Padilla Fernández, 2015.

> “Casi todos los casos de CCU (99,8 %) se deben a tipos específicos de un virus ADN tumoral transmitido por vía sexual, denominado Virus del Papiloma Humano (VPH). El enlace entre el VPH y el CCU fue demostrado a principios de los años 80's por el Dr. HaraldZurHausen a través de experimentos de hibridación, donde comprobó que las verrugas genitales y los tejidos de cáncer de cérvix, contienen genomas del virus.”Heredia Ruiz, 2017

La infección genital con el virus del papiloma humano es epidemiológicamentenecesaria para que se produzca la neoplasia intraepitelial cervical, lesión precursora del cáncercervico uterino invasor. A nivel mundial se han descrito más de 150 tipos de Virus de Papiloma Humano, la infección por este tipo de virus en la mujer se considera de alto riesgo oncogénico, entre estos se pueden citar los tipos: 16, 18, 30, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 73 y 82. Los virus 6 y 11, son lo que comúnmente colonizan la piel y mucosas formado las lesiones verrugosas. Los tipos 16 y 18 tienden a ser más oncogénicos y conllevan a lesiones precancerosas y cancerosas del cérvix.Malagón Montano, 2015;Heredia Ruiz, 2017yPadilla Fernández, 2015.

En el país a partir del triunfo de la revolución se han llevado a cabo estrategias para incrementar la calidad de la atención médica constituyendo la prevención de salud el eslabón fundamental en este propósito, es por ello que desde 1968 se encuentra establecido el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico uterino el cual posee un sistema de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres.

Constituye además uno de losindicadores de calidad en la atención primaria de salud con un seguimiento sistemático de lasmetas establecidas mensualmente, según la población a atender en cada consultorio del médico y enfermera de la familia.

Tipo y diseño de estudio:

Se realizará un estudio cuaxiexperimental de intervención de enfermería, para evaluar la intervención de enfermería en las pacientes atendidas en el Programa de Cáncer Cervico-uterino. Policlínico Guillermo Tejas durante el quinquenio 2019/2023.

Universo, muestra, unidad de análisis y observación:

El universo estará constituido por todas las féminas mayores de 25, la muestra se realizará mediante un muestreo aleatorio simple.

Criterios de inclusión:

- Féminas mayores de 25 años.
- Vida sexual activa.
- Firmar y dar el visto bueno al consentimientoinformado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes histerectomizadas.
- Nivel cognitivo que impida responder a los cuestionarios—demencia moderada o grave —.
- Pacientes mayores de 60 años que estén fuera del Programa de Pesquisa Activa de Cáncer Cervico Uterino.

Operacionalización de las variables

Se identificarán variables socio demográficas como:

Factores de Riesgos (variable nominal politómica)

Edad: de 25-29, 30-39,40-49,50-59, 60 y más.

Estado civil: Se identificará casado (a), divorciado (a), viudo (a), soltero (a).

Número de hijos: Sin hijos, con un hijo, de 2 a 3, de 4 a 5 y más de 5.

Escolaridad: Según el nivel escolar alcanzado primario, secundario, preuniversitario y superior.

Edad de inicio de la primera relación sexual: Antes de los 18 años, más de 18 años.

Parejas sexuales antes de los 18: 1, 2-3, 4-5 y más de 5.

Antecedentes personales de infecciones de transmisión sexual: Sífilis, Blenorragia, Trichomoniasis, Clamidias.

Hábito de fumar. Si, No

Nivel de Conocimientos sobre cáncer cervico-uterino antes de la intervención: (variable Cualitativa nominal politómica) Adecuado (Más de 70 ptos en la encuesta) e Inadecuado (69 o menos puntos en la encuesta)

Nivel de Conocimientos sobre la citología antes de la intervención: (variable Cualitativa nominal politómica) Adecuado (Más de 70 ptos en la encuesta) e Inadecuado (69 o menos puntos en la encuesta)

Evaluación de la intervención: Satisfactoria sí más del 90% de las pacientes obtienen al final de la intervención conocimientos adecuados sobre el cáncer cervico-uterino y citología. No satisfactoria si no se cumple con este aspecto.

Percepción del riesgo de padecer Cáncer-cervico uterino: Ninguna si a pesar de obtener los conocimientos necesarios para prevenir el mismo mantiene los factores de riesgo que pueden ser modificados como el hábito de fumar, el uso del preservativo o condón para disminuir la incidencia de ITS, disminuir el número de parejas o eliminar el cambio frecuente de esta. Mediana: si ha producido algún cambio pero aún persiste alguno de estos factores de riesgos; Alta: Si se logra eliminar estos factores de riesgos.

Lainvestigaciónsedesarrollaráentresetapas. Diagnóstica, de intervención y evaluación

Etapa diagnóstica: Se evaluaran todas las historias clínicas y tarjetas únicas de cada una de las pacientes mayores de 25 años que se encuentran contempladas dentro del programa de Prevención del Cáncer Cervico-uterino y se elaborará una encuesta para identificar los factores de riesgos antes mencionados presentes en las pacientes, así las necesidades de aprendizaje sobre el cáncer cervico-uterino y sobre la realización de la citología antes de la intervencióny si cumple con el esquema de citología (mujeres de 25 años, con reexamen cada 3 años).

Etapa de intervención:

Se aplicará una estrategia educativa para modificar el nivel de conocimientos sobre el cáncer cervico-uterino y citología, se realizaran cada mes sesiones de trabajo domiciliarias, por parte de cada una de las enfermeras, de los diferentes consultorios del área de salud con las pacientes que le corresponda la realización de la toma de muestra para citología.

Cuidados de Enfermería

Por parte de las enfermeras del consultorio

- Ofrecer educación para la salud a las pacientes sobre los factores de riesgos del Cáncer Cervico-uterino.
- Ofrecer educación para la salud a las pacientes sobre la importancia de la realización de la citología en el momento correspondiente.
- Explicar a las pacientes la preparación para la toma de muestra de citología
- Realizar visitas al hogar.
- En caso de pacientes que se niegan a realizarse la citología realizar acciones de prevención de salud con la familia para lograr su cooperación.
- Realizar visitas a los centros de trabajos de aquellas féminas que persistan en no realizarse la citología.
- Mantener actualizada la meta de citología del consultorio.
- Vincular a las organizaciones de masa para que contribuyan con el convencimiento de las pacientes a realizarse la citología.

Por parte de la enfermera del programa

- Ofrecer educación para la salud a las pacientes resistas a realizarse la citología sobre los factores de riesgos del Cáncer Cervico-uterino.
- Ofrecer educación para la salud a las pacientes resistas a realizarse la citología sobre la importancia de la realización de la citología en el momento correspondiente.
- Explicar a las pacientes la preparación para la toma de muestra de citología
- Realizar visitas al hogar de conjunto con la enfermera del consultorio.
- En caso de pacientes que se niegan a realizarse la citología realizar acciones de prevención de salud con la familia para lograr su cooperación.
- Realizar visitas a los centros de trabajos de aquellas féminas que persistan en no realizarse la citología.
- Mantener actualizada la meta de citología por consultorios médicos.
- Identificar precozmente los consultorios con dificultades en el cumplimiento de la citología.
- Convocar maratones de salud en aquellos consultorios donde existan dificultades para realizar pruebas citológicas.
- Brindar informes actualizados sobre el cumplimiento del programa de de prevención precoz del cáncer cervico-uterino.
- Citar a las pacientes para las consultas de patologías de cuello.

Etapa de evaluación: Una vez aplicada la estrategia se aplicará el formulario por segunda ocasión con la misma evaluación para comparar y evaluar los conocimientos adquiridos por las mujeres y su modo de actuar.

Los resultados se expondrán en tablas de contingencia y se les determinará el valor porcentual.

Aspecto ético. Se contará para dicho estudio con el consentimiento informado oral y escrito de las pacientes, así como estará presente en todo momento el secreto profesional. Este estudio, como toda investigación en salud, contará con su enfoque dialéctico-materialista, se utilizará para su desarrollo métodos teóricos, empíricos y estadísticos.

Métodos teóricos

En su función epistemológica permitieron revelar las relaciones esenciales no observables directamente sobre el objeto de estudio, factores relacionados con la citología. Se emplearan los siguientes: el análisis y la síntesis, el inductivo-deductivo, el histórico-lógico.

➢ Análisis y síntesis. Se mantendrá presente durante toda la investigación, comenzando con una amplia y exhaustiva revisión bibliográfica y documental del tema, lo cual permitirá a las autoras determinar las particularidades del problema y tras la síntesis integrar los elementos del mismo para llegar a desarrollar una perspectiva teórica propia.

➢ Inductivo-deductivo: la aplicación de este método permitirá a las autoras establecer generalizaciones de lo general a lo particular, en relación con los datos obtenidos en la

revisión bibliográfica y documental, lo cual posibilitará ir conformando los aspectos fundamentales.

- Histórico-lógico: Se realizará una profunda revisión sobre el basamento biológico del problema, recorriendo toda la evolución que ha tenido desde su inicio, buscando las leyes generales de su devenir histórico y de su desarrollo.

Métodosempíricos:

- Observación: Se utilizará de manera directa para la verificación de los datos de interés.

- Medición: Se aplicará en este trabajo utilizando una encuesta con preguntas cerradas de forma anónima diseñada y aplicada a criterio de la autora en correspondencia con los objetivos planteados.

Métodoestadístico:

En esta investigación se aplicaran métodos descriptivos que permitirán tabular los datos del tema objeto de esta investigación, donde se utilizaran la distribución de frecuencias absolutas y relativas así como se les determinará el valor porcentual y la representación en tablas para el procesamiento y presentación del instrumento aplicado.

Consideraciones éticas:

Para la realización de la investigación los datos serán obtenidos de los registros antes mencionados; por lo que es necesario pedir el consentimiento institucional para la revisión de los mismos. Se tendrá en cuenta la confidencialidad de los datos personales de los pacientes, los cuales no se divulgarán.

CONCLUSIONES

Esperamos que al culminar este estudio, se incremente el nivel de conocimientos sobre el cáncer cervico-uterino y la importancia de la realización de las citologías según lo establece el programa, así como que se incremente la satisfacción de las pacientes en lo referente al programa de prevención del Cáncer-Cervico Uterino. Si este precepto se logra la meta más importante será mantener el trabajo para lo cual se trazarán nuevas tareas a cumplir.

REFERENCIAS

Andrés, M.-P., Henry, M.-O., Cesar, R.-B., James, M.-M., & Cesar, M.-P. (2017). Caracterización Sociodemográfica Y Estudio De Tamizaje De Cáncer Cérvico Uterino en Un Centro De Salud Universitario en Popayán Cauca Durante El Año 2015. *CIMEL*, *22*(2), 8–13. https://doi.org/10.23961/cimel.2017.222.774

Bou Lobaina, Y., Gámez Urgelles, Y., Blanco, L. C., QuialaDucas, E., & Sánchez Benavides, Y. (2015). Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. Capacitación en adolescentes de un policlínico universitario. *Revista Información Científica*, *92*(4), 787–798. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126212623&lang=es&site=ehost-live

Castillo-Ávila, I. Y., Canencia-Padilla, J., Zurbarán-Lamadrid, M., Pertuz-Cantillo, D., Montes-Padilla, M., & Jiménez-Chacón, E. (2015). Calidad De Vida en Mujeres Con Cáncer Cérvico-Uterino, Cartagena (Colombia), 2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia*, *66*(1), 22–31. https://doi.org/10.18597/rcog.4

Castro Carreño, Y., Falcón Díaz, M., Valdés Iwasaky, K., Díaz Molleda, C., & Martínez Martínez, T. G. (2015). Estrategia de intervención sobre la percepción de factores epidemiológicos del cáncer cervicouterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *41*(3), 266–274. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=118551015&lang=es&site=ehost-live

Gutiérrez-Enríquez, S. O., Gaytán-Hernández, D., Zamarripa-Leyva, J. M., & Terán-Figueroa, Y. (2014). Desempeño del personal de salud en la toma de las citologías cervicales: conocimientos teóricos y ejecución práctica. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, *82*(5), 296–306. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=95887112&lang=es&site=ehost-live

Heredia Ruiz, D., Herrera Martínez, M., Fernández Caraballo, D., & López Ocampo, L. G. (2017). Asociación entre polimorfismos de Glutation s-transferasa y cáncer cérvico uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *43*(3), 163–172. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=128553485&lang=es&site=ehost-live

Malagón Montano, L., Pérez Sánchez, Y., Acuña Adán, A. M., & Fuentes Garabote, G. (2015). Estudio comparativo de factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *31*(3), 286–294. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=116562930&lang=es&site=ehost-live

Millan, Z. L. H., Polanco, E. B., Rodriguez, N. Á., López, Y. T., Araujo, J. I. T., & Santana, M. M. (2016). Nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cérvico-uterino en mujeres de Cumanayagua. *Revista Cubana de Enfermería*, *32*(2), 1. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=117024580&lang=es&site=ehost-live

Ministerio de Salud Pública. Cuba. 2017. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP.

Padilla Fernández, A. D., Martín, D. G., Valdés, A. R., Marrero, B. B., & García, X. S. (2015). Conocimientos, percepción de riesgos y beneficios de la prueba citológica en mujeres del municipio Ciego de Ávila. *Medi Ciego*, *21*(1), 43–50. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=102138258&lang=es&site=ehost-live

LA DIRECCIÓN EN EL PROCESO ADMINISTRATIVO. LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

THE ADDRESS IN THE ADMINISTRATIVE PROCESS. LEADERSHIP IN INFIRMARY

Brigida Espinosa Castro[1]

Deysi Utra Silva[2]

Griselda Bello Silva[3]

RESUMEN

Históricamente, los profesionales de enfermería han emergido como líderes del equipo de salud, debido a su formación y desarrollo profesional, con una visión holística del "ser humano", del "cuidado" y de la "salud" por lo que intervienen forma activa en la dirección de los servicios de salud la cual comprende una serie de elementos como la toma de decisiones, la comunicación, la motivación y el liderazgo. Este trabajo tiene como objetivo describir la dirección en el proceso administrativo y el Liderazgo en enfermería**.** Se consultaron 14 referencias actualizadas, empleando los métodos inducción – deducción, análisis. Se concluyó que en el proceso administrativo la etapa de Dirección es donde se ejecutan y evalúan las actividades planificadas en función del logro de las expectativas propuestas. El arte de dirigir un equipo de trabajo requiere de habilidades y técnicas de dirección para ejercer con autoridad y liderazgo la responsabilidad para la cual fue designado.

PALABRAS CLAVES: Administración, Liderazgo en Enfermería, Dirección.

ABSTRACT

Historically, the infirmary professionals have emerged as leaders of the team of health, due to their formation and professional development, with a holistic vision of the "human being", of the "care" and of the "health" for what you/they intervene active form in the address of the services of health which understands a series of elements like the taking of decisions, the communication, the motivation and the leadership. This work has as objective to describe the address in the administrative process and the Leadership in infirmary. 14 up-to-date references were consulted, using the methods induction - deduction, analysis. You concluded that in the administrative process the stage of Address is where they are executed and they evaluate the activities planned in function of the achievement of the proposed expectations. The art of directing a work team requires of abilities and technical of address to exercise with authority and leadership the responsibility for which was designated.

KEY WORDS: Administration, Leadership in Infirmary, Address.

INTRODUCCIÓN

Las personas constituyen la unidad básica para la estructura y funcionamiento de las organizaciones laborales y la adecuada administración de tales recursos humanos se vincula estrechamente con el éxito institucional. Una de las actividades fundamentales

[1] Licenciada en Enfermería.Miembro Titular de la SOCUENF.
[2] Licenciada en EnfermeríaMiembro Titular de la SOCUENF.
[3] Licenciada en EnfermeríaMiembro Titular de la SOCUENF

en los servicios de salud es la administración la cual se define como una "Actividad sistemática, realizada por un grupo humano que utiliza un conjunto de recursos, para lograr una finalidad de manera eficaz y eficiente y con beneficio social para quien va dirigida y la genera". Fernández de Freitas, 2019

“La autonomía y el liderazgo corresponden a conceptos necesarios en la enfermería, y si bien estos han sido cuestionados por poderes hegemónicos en el sistema de salud, surgen como deber ético producto de la profesionalización del cuidado.” Guerrero-Núñez, 2015

“Asimismo, la American Organization of Nurse Executives reconoce el liderazgo como una competencia esencial en la administración que ejercen las(os) enfermeras(os), debido a la activa participación en políticas públicas, programas sanitarios, asignación de recursos, análisis de información y dirección de grupos de trabajo” Cárcamo-Fuentes, 2017

Dentro de este enfoque administrativo cobra gran importancia La Dirección que incluye dentro de sí múltiples funciones, entre las que se encuentran la ejecución de planes de acuerdo con la estructura organizacional, motivación, guía y conducción, comunicación, supervisión, y alcance de las metas. Se requiere tener suficiente conocimiento técnico para comprender las tareas del trabajo en equipo y tener las habilidades interpersonales suficientes para facilitar la participación individual, motivar un desempeño sobresaliente, resolver conflictos y ganar el consenso sobre cuestiones claves así como crear un clima favorable y armonioso tanto para los profesionales de enfermería como para los pacientes. La dirección exige la interrelación entre todos elementos existente. Alves Pereira, 2018

Una buena gerencia, plenamente identificada con sus recursos humanos, capaces de mantener un ambiente laboral armónico, lograr una motivación dinámica podrá utilizar adecuadamente el talento humano y potencial de sus miembros y alcanzar una eficaz productividad que beneficie a todos. En la actualidad dirigir es un reto, debido a las disimiles amenazas internas y externas que hoy enfrentan los administrativos en las diferentes instancias. Desafortunadamente, en muchas instituciones descuidan el motivar a su personal y afectan seriamente la productividad y el clima organizacional, lo que genera muchas veces un comportamiento organizacional negativo, en ocasiones malestar e insatisfacciones en el medio laboral donde se desempeñan. Vega, 2012

Por lo que creemos oportuno en este trabajo realizar un análisis de cómo dirigir el conjunto de recursos materiales y humanos para conseguir de la mejor manera los objetivos propuestos a través de las definiciones conceptuales, teorías, principios y tipos de dirección, definir el termino poder sus tipos y fuentes, conceptualizar la autoridad en el proceso de dirección, su clasificación, y resaltar los elementos esenciales del proceso de delegación en la autoridad de funciones, establecer las diferencias entre el poder y autoridad, determinar la naturaleza e importancia del trabajo gerencial, y por último mejorar el ambiente organizacional con la aplicación de la motivación y sus teorías como herramienta esencial del proceso administrativo mediante el liderazgo en enfermería.

A su vez, el Institute of Medicine apoya lo descrito, planteando que “el liderazgo es esencial para lograr los objetivos relacionados con la calidad de los cuidados y

seguridad de los pacientes. Al mismo tiempo, señala el liderazgo transformacional, centrado en la calidad de la atención, como un elemento necesario en enfermeras(os) para hacer frente a las deficiencias del entorno de trabajo Cárcamo-Fuentes, 2017

La Dirección en enfermería, definiciones y caracterìsticas.

La palabra "dirección", viene del verbo "dirigere": éste se forma a su vez del prefijo "di", intensivo, y "regere": regir, gobernar. Este último deriva del sánscrito "raj", que indica "preeminencia". Es curioso observar la similitud que tiene esta etimología con la de la palabra administración: una posición preeminente, lo cual no es extraño, ya que la dirección es el corazón o esencia de la administración. Cárcamo-Fuentes, 2017

1.1-Definiciones.

- Consiste en conseguir los objetivos de la institución mediante la aplicación de los factores disponibles desarrollando las funciones de planificación, organización, gestión, control, integración de personal.
- Es una fuerza que mediante la toma de decisiones basada en los conocimientos y entendimiento, relaciona entre sí, e integra a través de los procesos de unión apropiados a todos los elementos de sistema organizando de una forma calculada para alcanzar los objetivos de una organización.
- Esta etapa del proceso administrativo comprende la influencia del administrador en la realización de los planes, obteniendo una respuesta positiva de sus empleados mediante la comunicación, la supervisión y la motivación.

Por lo que se puede definir como *aquel elemento de la administración en el que se logra la realización efectiva de todo lo planeado, por medio de la autoridad del administrador, ejercida a base de decisiones, ya sea tomadas directamente, ya, con más frecuencia, delegando dicha autoridad, y se vigila simultáneamente que se cumplan en la forma adecuada todas las órdenes emitidas.*

La dirección es el punto central y más importante de la administración. Pero, quizá por lo mismo, en el que existe mayor número de discrepancias, aunque éstas sean accidentales. Cárcamo-Fuentes, 2017

Así, por ejemplo, unos llaman a este elemento "actuación", otros "ejecución". Terry define *la "actuación" como "hacer que todos los miembros del grupo se propongan lograr el objetivo, de acuerdo con los planes y la organización, hechos por el jefe administrativo".*

Por su parte, Koontz y O'Donnell adoptan el término "Dirección", definiendo ésta como *"la función ejecutiva de guiar y vigilar a los subordinados".*

Fayol define la Dirección indirectamente al señalar: *"Una vez constituido el grupo social, se trata de hacerla funcionar: tal es la misión de la Dirección",* la que *"consiste para cada jefe, en obtener los máximos resultados posibles de los elementos que componen su unidad, en interés de la institución".*

Chester Barnard, considera la dirección como *"el coordinar los esfuerzos esenciales de aquellos que integran el sistema cooperativo".*

Los autores consideramos que la dirección es un proceso integrado que inicia desde la planificación de las actividades, se trazan los objetivos de trabajo, con previa organización donde participa un equipo de trabajo el cual va a ser dirigido por una persona con suficiente competitividad profesional para el alcance de las metas propuestas el cual auditará y controlará cada etapa del proceso laboral.

En el proceso de dirección hay dos estratos sustancialmente distintos para obtener estos resultados: Martínez, 2014

a) En el nivel de ejecución (obreros, empleados y aun técnicos), se trata de "hacer", "ejecutar", "llevar a cabo" aquellas acciones que habrán de ser productivas.

b) En el nivel administrativo, o sea, el de todo aquel que es jefe, y precisamente en cuanto lo es, se trata de "dirigir", no de "ejecutar". El jefe, en cuanto tal, no ejecuta, sino hace que otros ejecuten. Tiene no obstante su "hacer propio". Este consiste precisamente en dirigir.

La dirección es necesaria dentro de esa coordinación, pero no es la coordinación misma, sino una de sus causas, aunque sea la más importante.

No se coordina para dirigir, sino que se dirige para coordinar: sólo en un concepto totalitario podría pensarse en que el fin del administrador sea dirigir, aunque no coordinara. En cambio, sería un magnífico administrador el que lograra el máximo de coordinación con el mínimo de dirección o mando. Si bien es cierto que todas las etapas del proceso administrativo revisten igual importancia para lograr eficazmente los objetivos de una organización, es en la dirección donde se realiza todo lo planeado y se ejecutan todos los elementos de la administración, a tal grado que en muchas ocasiones se confunden los conceptos administrar y dirigir. Así, en inglés se utiliza el término "management" para referirse indistintamente a la dirección o a la administración. De hecho, al dirigir se aplican todas las etapas del proceso administrativo y el éxito de cualquier institución se deriva en gran parte de una acertada dirección. Martínez, 2014 y Vega, 2012

Características de La Dirección:

La dirección comprende una serie de elementos como la toma de decisiones, la comunicación, la motivación y el liderazgo. Mediante la toma de decisiones se elige la alternativa óptima para lograr los objetivos de la organización; a través de la comunicación se trasmite y recibe la información necesaria para ejecutar las decisiones, los planes y las actividades; con la motivación se obtienen comportamientos, actitudes y conductas del personal para trabajar eficientemente y de acuerdo con los objetivos de la institución y, por último, el liderazgo se utiliza para influir, guiar o dirigir a un grupo de personas; éste incluye el poder, la autoridad, la supervisión, la delegación y el mando. Cordera, 1983; I.M.S.S. 1986 y Martínez, 2014.

- Principios de la dirección:

- De la armonía del objetivo o coordinación de intereses. La dirección será eficiente en tanto se encamine hacia el logro de los objetivos generales de la institución.

- Impersonalidad de mando. Se refiere a que la autoridad y su ejercicio (el mando), surgen como una necesidad de la organización para obtener ciertos resultados; por

esto, tanto los subordinados como los jefes deben estar conscientes de que la autoridad que emana de los dirigentes surge como un requerimiento para lograr los objetivos, y no de su voluntad personal o arbitrio. Puntualiza la importancia de impersonalizar las órdenes y de no involucrar situaciones personales ni abusar de la autoridad, ya que lo anterior ocasiona conflictos y baja moral.

- De la supervisión directa. Se refiere al apoyo y comunicación que debe proporcionar el dirigente a sus subordinados durante la ejecución de los planes, de tal manera que estos se realicen con mayor facilidad.

- De la vía jerárquica. Postula la importancia de respetar los canales de comunicación establecidos por la organización formal, de tal manera que al emitirse una orden sea transmitida a través de los niveles jerárquicos correspondientes, a fin de evitar conflictos , fugas de responsabilidad, debilitamiento de autoridad de los supervisores inmediatos.

- De la resolución del conflicto Indica la necesidad de resolver los problemas que surjan durante la gestión administrativa, a partir del momento en que aparezcan; ya que el no tomar una decisión en relación con un conflicto, por insignificante que sea, pueda originar que este se desarrolle y provoque problemas no colaterales.

- Aprovechamiento del conflicto El conflicto es un problema u obstáculo que se antepone al logro de las metas de la organización, pero que, al obligar al administrador a pensar en soluciones para el mismo, ofrece la posibilidad de visualizar nuevas estrategias y emprender diversas alternativas. Los conflictos no son más que “Focos Rojos” que surgen en la vida normal de cualquier institución: proporciona indicios de que algo está funcionado mal. Este principio aconseja el análisis de los conflictos y su aprovechamiento mediante el establecimiento de opciones distintas a las que aparentemente puedan existir.

- Principio de Motivación: Implantar una estructura de recompensas.

- Principio de claridad de la comunicación: Debe de ser clara cuando se expresa en un lenguaje y se trasmite en forma tal que el receptor la comprenda.

- Principio de integridad de la comunicación: Coherencia en mensajes escritos y orales.

- Principio de uso complementario de la organización informal: Es una forma de comunicación rápida y debe de ser aprovechada para corregir desinformación.

El conocimiento y el ejercicio de los principios tradicionales de dirección, tales como el de la vía jerárquica, de la resolución y el aprovechamiento del conflicto, de la impersonalidad de mando, de la supervisión y de la coordinación de intereses, son indispensables para lograr una dirección eficaz, aunque también existen otros principios que se han desarrollado últimamente y que es conveniente conocer. I.M.S.S. 1975 y Cordera, 1983

a) Que se *delegue* autoridad, ya que administrar es "hacer a través de otros".

b) Que se ejerza esa *autoridad,* para lo cual deben precisarse sus tipos, elementos, clases, etcétera.

e) Que se establezcan canales de *comunicación,* a través de los cuales se ejerza, y se controlen sus resultados,

d) Que se *supervise* el ejercicio de la autoridad, en forma simultánea a la ejecución de las órdenes.

Importancia de la Dirección:

a) Su importancia en relación con los demás elementos

La dirección es la parte "esencial" y "central", de la administración, a la cual se deben subordinar y ordenar todos los demás elementos. Si se prevé, planea, organiza, integra y controla, es sólo para bien realizar. De nada sirven técnicas complicadas en cualquiera de los otros cinco elementos, si no se logra una buena ejecución, la cual depende inmediatamente, y coincide temporalmente, con una buena dirección. En tanto serán todas las demás técnicas útiles e interesantes, en cuanto nos permitan dirigir y realizar mejor. Y es que todas las etapas de la mecánica administrativa se ordenan a preparar las de la dinámica. Y de éstas, la central, es la dirección. I.M.S.S. 1975 y Cordera, 1983

b) Su importancia en razón de su carácter

Otra razón de su importancia radica en que este elemento de la administración es el más real y humano. A diferencia de los aspectos de la parte mecánica, en que se trata con relaciones, con "el cómo debían ser las cosas". Aquí se basa en las cosas y problemas "como son realmente". Es la etapa de mayor imprevisibilidad, rapidez y, explosividad, donde un pequeño error, -facilísimo por la dificultad de prever las reacciones humanas- puede ser a veces difícilmente reparable**.** I.M.S.S. 1983 y Cordera, 1983

- Tipos de Dirección.

La principal característica de los directivos de la institución es la combinación de los recursos humanos y técnicos lo mejor posible. Otra característica es encaminar los esfuerzos de otros hacia los objetivos. I.M.S.S. 1975 y Cordera,1983

- Alta Dirección: Hace inversiones, inventa productos, compra o absorbe otras instituciones, etc. En resumen, hace cosas a largo plazo. Supervisa lo que hace la dirección intermedia.

- Dirección Intermedia: Selecciona a la gente, decide la zona de actuación, desarrolla los planes de la alta dirección. Evalúa el trabajo de los individuos. Supervisa la dirección operativa

- Dirección Operativa: Controla y supervisa a los de primera línea. Deciden las tareas a realizar diariamente. Está en contacto con los trabajadores continuamente

La importancia de esta etapa radica en que se ponen en marcha los lineamientos establecidos dentro de la planeación, y la organización, a lo largo de su aplicación se logran las formas de conductas más deseables en el equipo de trabajo.

Liderazgo

El liderazgo en enfermería es indispensable para el desarrollo y posicionamiento de la disciplina y que como tal debe ser aprendido y potencializado; es un proceso que debe

estar presente a lo largo del ejercicio profesional de cada enfermero o enfermera, en todas sus aristas como profesionales, al brindar cuidado, en la dirección de un servicio de enfermería, programa o institución prestadora de servicios de salud, o simplemente en el diálogo interdisciplinario e intersubjetivo que exige la práctica de enfermería con los sujetos de cuidado. En este sentido, la adquisición de herramientas para ejercer un liderazgo efectivo es fundamental. Por lo tanto la formación, así como la capacitación continua y el intercambio de experiencias juegan un roll fundamental. Valderrama Sanabria, 2014 y Manzo B,

2012

El liderazgo juega un papel fundamental en la vida de las enfermeras y enfermeros. La profesión de Enfermería requiere líderes fuertes, coherentes y bien informados y con basto conocimientos de las ciencias básicas y clínicas. Sin embargo, a pesar de numerosos estudios que han analizado y explicado el tema de estudio, no existe evidencia disponible sobre una teoría definitiva, eficaz y que guíe a los líderes. Yáñez-Gallardo, 2013

La American Organization of Nurse Executives reconoce el liderazgo como una competencia esencial en la administración que ejercen las(os) enfermeras(os), debido a la activa participación en políticas públicas, programas sanitarios, asignación de recursos, análisis de información y dirección de grupos de trabajo Quezada C, 2014 y Cárcamo-Fuentes, 2017

A su vez, el Institute of Medicine apoya lo descrito, planteando que “el liderazgo es esencial para lograr los objetivos relacionados con la calidad de los cuidados y seguridad de los pacientes”. Al mismo tiempo, señala el liderazgo transformacional, centrado en la calidad de la atención, como un elemento necesario en enfermeras(os) para hacer frente a las deficiencias del entorno de trabajo **Andrews D, 2012**

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud señala que constituye un reto para la profesión mantener profesionales competentes, pues los enfermeros y enfermeras en las distintas partes del mundo ocupan posiciones de liderazgo debido a su alto grado de preparación científico-tecnica. **Cárcamo-Fuentes**, 2017 Yáñez-Gallardo 2013

Tipos de Liderazgos

- Liderazgo transformacional (LTF)
- Liderazgo transaccional (LTR)
- Liderazgo correctivo/evitador (LC/E).

Dentro del liderazgo transformacional se encuentran las de segundo orden: carisma/inspiracional (C/I), la que incluye influencia idealizada atribuida (IIA) y conductual (IIC) y motivación inspiracional (MI), y estimulación intelectual (EI). En el liderazgo transaccional encontramos consideración individualizada (CI) y recompensa contingente (RC). Por último, el liderazgo correctivo/evitador está formado por la dirección por excepción activa (DPE-A) y por liderazgo pasivo/evitador (LP/E), en el que encontramos la dirección por excepción pasiva (DPE-P) y laissez-faire. **Cárcamo-Fuentes**, 2017

CONCLUSIONES

En el proceso administrativo la etapa de Dirección es donde se ejecutan y evalúan las actividades planificadas en función del logro de las expectativas propuestas. El arte de dirigir un equipo de trabajo requiere de habilidades y técnicas de dirección para ejercer con autoridad y liderazgo la responsabilidad para la cual fue designado, lo cual implica no solo el conocimiento técnico-profesional sino herramientas comunicativas-psicológicas y sociales que permita armonizar el ambiente laboral de forma positiva para el logro de resultados adecuados.

REFERENCIAS

Alves Pereira, L., Marcelino Ramos, A., Schallenberger, C. D., Cezar Vaz, M., & Devos Barlem, E. L. (2018). Liderança Em Enfermagem: Abordagem Ecossistêmica Com Impacto No Cuidado. *Enfermagem Em Foco*, *9*(3), 66–70. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=133470127&lang=es&site=ehost-live

Andrews D, Richard D, Robinson P, Celano P, Hallaron J. 2012. The influence of staff nurse perception of leadership style on satisfaction with leadership: A cross-sectional survey of pediatric nurses. Int J Nurs Stud.;49(9):1103-11. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176707004680

Cárcamo-Fuentes, C., & Rivas-Riveros, E. (2017). Estilo de liderazgo en profesionales de enfermería según su función en los sectores público o privado en Temuco, Chile, 2015. *Aquichan*, *17*(1), 70–83. https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.7

Cordera, A. y M. 1983. Bobenrieth. Administración de Sistemas de Salud. CIESS.Tomo 1 Mexico.

Fernández de Freitas, G., Magali Hiromi Takashi, & Soares de Melo, F. (2019). Enfoques históricos do ensino de Administração para a formação identitária do enfermeiro. *Cultura de Los Cuidados*, *23*(53), 9–13. https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.01

Guerrero-Núñez, S., & Cid-Henríquez, P. (2015). Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*, *15*(1), 129–140. https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.12

I.M.S.S. 1975. Planeación y programa, organización y métodos. Vol.3 No. 5.

I.M.S.S. Subdirección General Médica. 1986. Apoyo técnico de enfermería. Jefatura Servicios de Hospitales. Manual Básico del Puesto.

Martínez, A. D. (2014). Formalismo o antiformalismo en el contencioso administrativo. *Revista de Derecho. Publicacion Arbitrada de La Universidad Catolica Del Uruguay*, *10*, 59–91. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=101080896&lang=es&site=ehost-live

Quezada C, Illesca M, Cabezas M. 2014Percepción del liderazgo en las(os) enfermeras(os) de un Hospital del sur de Chile. Cien Enferm [internet].;20(2):41-51. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532014000200005&script=sci_arttext

Rolfe P. 2011Transformational leadership theory: What every leader needs to know. Nurse Lead [internet].;9(2):54-7. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1541461211000164

Valderrama Sanabria, M. L. (2014). Experiencias Exitosas De Liderazgo en Enfermería. *Revista Cuidarte*, *5*(2), 765–773. https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.89

Vega, Y. V. (2012). La administración que se enseña en el pregrado de enfermería. *Avances En Enfermeria*, *30*(1), 95–106. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=75914568&lang=es&site=ehost-live

Yáñez-Gallardo, R. J., & Valenzuela-Suazo, S. (2013). Conductas críticas para experimentar confianza en el liderazgo en enfermería en un hospital de alta complejidad. *Aquichan*, *13*(2), 186–196. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=91867238&lang=es&site=ehost-live

INVESTIGACIONES ACTUALES DEL USO MEDICINAL DE ALOE VERA

PRESENT RESEARCH ON THE MEDICINAL USE OF ALOE VERA

Rubiseida Almaguer Pérez[1] alearo95@ltu.sld.cu

Dayamí Chiong Pérez[2]

Enrique Carmenate López[3]

RESUMEN

Desde tiempos antiguos, el *Aloe Vera*, comúnmente conocido como Sábila, ha sido utilizado por sus propiedades medicinales. El gel de sus hojas es usado como forma tópica para tratamiento de heridas, infecciones en la piel, quemaduras, antimicrobiano. Contiene aloemicina, de gran poder antiinflamatorio y analgésico, y aloeuricina, con la propiedad de activar y fortificar las células epiteliales, tiene una alta utilidad en el tratamiento de úlceras gástricas, además contiene gran cantidad de aminoácidos. Se realizó una revisión bibliográfica sobre la Sábila con el objetivo de describir las propiedades medicinales. Actualmente las investigaciones del uso del Aloe Vera en medicina muestran y validan sus usos. En las investigaciones realizadas sobre diferentes formulaciones de la Sábila: ungüento tópico y rectal, jarabe, entre otras., se comprobó que las formulaciones elaboradas a partir de la Sábila se pueden utilizar como tratamiento único o complementario.

PALABRAS CLAVES: Áloe vera, propiedades medicinales, formulaciones, tratamiento**.**

ABSTRACT

Since time ancient, the *Aloe Vera*, commonly known as Sábila, has been used for its widely known medicinal properties. The gel of the leaves is used of topic form to wound treatment, skin infection, burns, antimicrobial. Contain aloemicin of a great power antiinflamatory and analgesic, and aloeuricin with the properties of activates and fortificates the epithelial cells. It has a high utility in the treatment of gastric ulcer, also it contains a big amount of aminoacics. The research was carried out to know about Aloe Vera properties, using the resources available in the Infomed, by means of the following databases were accessed: Medline Plus, SciELO, Google sckalar, Cumed, Lilacs., with the objective the present state of the research on the medicinal use of Aloe Vera was checked. At present the investigations on the use of Aloe Vera in medicine shows and validate their uses. In the research's studied different Aloe Vera formulations: topic and rectal cream, syrup, and others, the formulations made up from Aloe Vera are used as a unique or complementary treatment.

KEY WORDS: Vera aloe, medicinal properties, formulations, treatment.

INTRODUCCIÓN

La medicina verde o plantas medicinales, fitoterapia, como suelen llamarse, son tan antiguas como la humanidad y se han trasmitido de generación en generación. Las plantas han sido usadas para tratar diferentes enfermedades. La aparición de las

[1] Licenciada en Enfermería Profesora Asistente.Miembro Titular de la SOCUENF.
[2] Licenciada en Enfermería Miembro Titular de la SOCUENF.
[3] Licenciado en Enfermería Profesor asistente. Miembro Titular de la SOCUENF.

drogas sintéticas determinó su declinación a mediados de este siglo, en los últimos tiempos hay una motivación hacia los valores y la poca nocividad de las plantas medicinales a nivel mundial. Boudreau, 2017.

> "Los productos naturales son más aceptables que los productos completamente sintéticos porque ellos emparejan biológico los intermedios y las substancias endógenas y tienen en los mecanismos de transporte activo." Tariq, 2019

El vera de áloe comúnmente conocida como Sábila es una especie nativa del continente africano especialmente de África Sur la cual fue extensamente distribuida el continente europeo quienes lo extendieron a el mundo entero. . Boudreau, 2017; Quispe 2018.

Entre las plantas medicinales de mayor empleo a nivel mundial tenemos la sábila o aloe vera, la misma se identifica con una variedad de nombres, entre los que tenemos: Acemannan, Aloe africana, Aloe ferox, aloe látex, aloe mucílago, Aloe perfoliata, Aloe perryi Baker, Aloe saponaria, Aloe spicata, Aloe vulgari, sábila de Barbados, planta de las quemaduras, planta de primeros auxilios, puerro gelatinoso, planta medicinal, planta de los milagros, entre otros. Boudreau, 2017.

> "El vera de A. en sus componentes activos: contiene casi 75 tipos de electores potencialmente activos que incluya vitaminas, las enzimas, minerales, los azúcares, ácidos salicílico, y aminoácidos." Lavanya, V, 2019

Esta planta también es ampliamente conocida en por sus terapéuticas, sus efectos terapéuticos han sido estudiado, posee una gran efectividad contra una amplia variedad de afectos y desórdenes de la piel, por ejemplo, heridas y quemaduras, su efecto como antiinflamatorio, antioxidante, sanando, y antibacteriano; estas acciones se atribuyen biológicamente a sus componentes químicos. La parte de la planta que tradicionalmente ha sido usada con fines terapéuticos es el gel. Quispe, 2018; Ravishankar, 2019; METCALFE, 2019

El gel obtenido del aloe produce seis agentes antisépticos de elevada actividad antimicrobiana: el ácido cinamónico, un tipo de urea nitrogenada, lupeol, fenol, azufre, ácido fólico y un ácido salicílico natural que combinado con el lupeol tiene importantes efectos analgésicos. Investigadores de varias ramas de la ciencia han demostrado las magníficas propiedades medicinales de la sábila; sobre la piel como cicatrizante, para el tratamiento de las infecciones gastrointestinales y urinarias, para las quemaduras, en la inmunología moderna por la acción inmunomoduladora, que presenta, acción sobre herpes simples virales, condilomas, queratitis y aftas bucales, es antiinflamatorio, antimicrobiano, antiasmático, analgésico, antihemorroidal. Boudreau, 2017; Tariq, 2019; KHALIQ, 2017; Dziewulska, 2018.

Un considerable número de estudios han sido encaminados hacia la evaluación de actividades antimicrobianas y anticancerígenas. Boudreau, 2017; Quispe2018.

Los antecedentes históricos del uso de la sábila, unido a la vigencia actual de la aplicación de la Medicina Natural y Tradicional, han motivado la realización del presente trabajo, con el objetivo de revisar el estado actual de las investigaciones acerca del uso medicinal de la Sábila.

Investigaciones actuales del uso medicinal del aloe vera

La Sábila contiene aloemicina, de gran poder antiinflamatorio y analgésico, y aloeuricina, cuya propiedad es activar y fortificar las células epiteliales, lo que la hace de mucha utilidad en las úlceras gástricas y estomacales. Posee gran cantidad de aminoácidos como son la valina, metionina, fenilalanina, lisina y leucina. Lavanya, 2019; METCALFE, 2019; Ravishankar, 2019; Reza, 2019.

El polisacárido lignina, el glucomannan y otros glúcidos como la pentosa, galactosa y los ácidos urónicos que proporcionan una profunda limpieza de la piel, pues penetran en todas sus capas, eliminando bacterias y depósitos grasos que dificultan la exudación a través de los poros. Elementos como el yodo, cobre, hierro, zinc, fósforo, sodio, potasio, manganeso, azufre magnesio y gran cantidad de calcio. Es una de las pocas especies que contienen vitamina B12, además de vitaminas A, B1, B2, B6 y C. Contiene fuertes proporciones de germanio que actúa como filtro depurador del organismo, elimina los venenos y desechos de las células, reestructura y revitaliza la médula ósea, reactiva el sistema inmunológico, estimula la producción de endorfinas, que calman el dolor. Todas las plantas que contienen germanio han sido consideradas milagrosas y son: aloe vera, ging-seng y las setas shitake. He, K,2018; Tariq, 2019; Dziewulska 2018.

El vera de A. la gel consiste principalmente de agua (> 98%) y polisacáridos, incluso las pectinas, la celulosa, el hemicellulose, glucomannan, y acemannan, el último siendo considerado como el componente funcional principal de El vera de A. gelifiqúese, formó de una cadena larga de mannose del acetylated Áloe látex, también conocido como Áloe el jugo, es un amargo amarillo el exudate del tubules del pericyclic en la piel exterior de la hoja. Boudreau, 2017; Quispe2018; He, 2018.

Entre las propiedades medicinales reconocidas tenemos:

En el sistema digestivo como laxante, antiulceroso, protector del tejido hepático., en el aparato respiratorio antiasmático, sobre piel y mucosas es cicatrizante. Otras propiedades atribuidas: anticatarral, expectorante, colagogo y antihemorroidal. Quispe, 2018; Boudreau 2017.

Para el tratamiento de las heridas, quemaduras menores, e irritaciones de la piel.

Para tratar el estreñimiento, las úlceras, diabetes, y dolores de cabeza entre otros.

Como fitofármacos más usados tenemos aloe crema 25%, ungüento semisólido de uso tópico 3 veces al día., su actividad biológica demostrada como analgésico, antibacteriano, antiherpética, antiinflamatorio, antiulceroso, fungicida emoliente, cicatrizante, se recomienda en quemaduras, úlcera cutánea, abscesos, acné, eczema. Lavanya, 2019; Role of topical aloe vera gel in the recovery of high-grade, radiation-induced dermatitis, 2018.

Aloe jarabe 50% por vía oral 1 cda cada 8h, abortiva, antianginosa, antialcohólica, antihistamínico, antiinflamatorio, antiulceroso, antibacteriano, emenagogo, laxante hepatoprotector y digestivo, usado en asma, bronquitis, gingivitis, indigestión, inflamación, úlcera péptica y otros como dismenorrea, antídoto del alcohol. Aloe ungüento rectal 30%, aplicar 2 veces al día. Es antiinflamatorio, antibacterial,

antihemorroidal. Uso recomendado en hemorroides, trastornos inflamatorios de recto y ano. KHALIQ, 2017; Dziewulska, 2018.

Acciones biológicas

El sistema inmunitario tiene dos tipos de respuesta, una humoral, mediada por anticuerpos y otro celular, mediada por células. Llanio Navarro R, 2014.

Inmunológico (en la hepatitis B). En un experimento in vitro e in vivo utilizando el virus de la hepatitis B y ratones balb/c transgénicos para evaluar la acción antiviral del Aloe barbadensis Miller (sábila). Se trabajó con concentraciones de Aloe de 0,1; 0,2 y 0,3 mg/mL que se enfrentaron a una concentración fija del estándar de antígeno del virus de la hepatitis B de 83,75 Ng/mL durante 24, 48, 72 h; 7, 14 y 21 d. Se comprobó que la mejor actividad antiviral se obtuvo a los 21 d. De alguna manera por uno de los mecanismos planteados el Aloe vera pudiera modular el sistema inmune. (Castellanos Puerto E, 2000).

Tiene acción cicatrizante, coagulante, hidratante, antialérgica, desinfectante, antiinflamatoria, astringente y laxante; elimina células muertas de la piel, ayuda a regenerar el crecimiento de las nuevas, regula el pH en las 3 capas de la piel y favorece la salud al acelerar la curación de los tejidos. Tópicamente presenta un efecto anestésico suave, antipruriginoso y analgésico; además, es antibacteriano y antimicótico, aumenta el flujo de sangre hacia las zonas dañadas y estimula los fibroblastos, que son las células de cicatrización de las heridas. Lavanya, 2019; Tariq, 2019.

En estudio de caso de paciente de 67 años de edad con úlcera por presión, la evolución fue efectiva al uso de cristales naturales de aloe vera con cicatrización completa a los 32 días de seguimiento observacional en el hogar, lo cual concuerda con el estudio de Danhof EE.UU, Domínguez en México, Hernández Martínez en Cuba, entre otros., destacando la importancia para el trabajo de enfermería.(Aldana, 2014).

Una de las complicaciones de la discapacidad lo constituyen las escaras. (Álvarez Síntes R, 2014). Son la complicación más frecuente y temida entre el personal de salud y la familia, son frecuentes en los adultos mayores y generalmente de causa multifactorial. Su presencia aumenta hasta cuatro veces la mortalidad. Álvarez Síntes, 2014.

La investigación cualitativa con 59 pacientes con úlcera por presión (UPP) ingresados en un hospital geriátrico, realizando un protocolo de curas con cataplasma de aloe vera triturado. El 99% de UPP grado I evolucionó muy bien, todas desaparecieron entre 3 y 7 días, las de grado II curaron entre 12 y 24 días con ligera variación del color de la piel. El 5%grado III se curaron, 95% restante disminuyó el exudado, en el 98 % de grado IVaparecía enrojecimiento. El aloe vera puede ayudar a curar UPP grado I y II. Hernández, 2010.

El asma bronquial es una enfermedad frecuente en Cuba y en el mundo. (Vergel Rivera GM, Tasé Martínez MJ, Groning Roque E, 2014). En Villa Clara, se desarrolló un estudio por etapas para valorar la utilidad del Aloe vera en el tratamiento del asma bronquial. En la primera etapa se analizó el efecto antiasmático del jarabe y se comparó con un jarabe placebo. Se comprobó la mejoría sintomática en los pacientes que

recibieron el jarabe medicinal al 50 %, en comparación con aquellos que recibieron placebo.

La segunda etapa valoró el efecto protector del jarabe de Aloe al 50 % en la hiperreactividad bronquial inducida por carbacolina. La tercera fase demostró el efecto de la nebulización elaborada a partir de extracto de Aloe vera y se comprobó su protección frente a la hiperactividad bronquial a carbacolina. Rodríguez, 2004).

En la estrategia terapéutica del asma bronquial se encuentra el licuado con miel de abejas y aloe vera a partes iguales. Almacenarlo en el refrigerador, donde no se congele, en un frasco ámbar. Deseche la mezcla cada 10 días. Tomar dos cucharadas 2 veces por día., de igual forma se recomienda para la bronquitis crónica. (Departamento de Farmacoepidemiología, 2014).

En estudio realizados s para determinar el uso que hacen de la sábilalos refuerzan el conocimiento sobre los diferentes usos de esta planta tanto para el tratamiento de enfermedades como usos preventivos y también cosméticos. Tariq, 2019; METCALFE, 2019; Reza, 2019 y He, 2018.

También autores evaluaron las propiedades de la Aloe vera en el tratamiento de las crisis de colitis ulcerativa idiopática y en la prevención de las recaídas durante el período de remisión de la enfermedad. En los períodos de crisis de la enfermedad casi la totalidad de los casos curaron. Son bien conocidas las propiedades antiinflamatorias de la sábila, así como sus propiedades cicatrizantes y en su composición presenta taninos y otras sustancias antioxidantes. He, 2018; Tariq, 2019; Dziewulska, 2018; Quispe, 2018.

En estudios realizados el polvo de Aloe Vera fue comprado y se autenticó bajo el agitador magnético durante 2 horas, 10% w/v del se extrajo el polvo en el etanol y se concentró bajo la presión reducida, y entonces usó por cubrir el las suturas. Previamente bañó las suturas en la solución mencionada y secó en el desiccator este resultado de compraron con similar método con ciprofloxacin-cuché iguales resultados terapéuticos con menores reacciones en los pacientes tratados. Ravishankar, 2019

A través de un estudio experimental determinó la efectividad del gel de aloe vera en las Piodermitis sub agudas, en pacientes de la consulta de Dermatología., la muestra quedó conformada por 50 pacientes menores de 70 años. Se indicó tratamiento con antibiótico oral, amoxicilina y el uso tópico del gel del aloe en las lesiones, tres veces al día hasta lograr la curación. Se logra la curación en el 82% de los pacientes a los 7 días de tratamiento. (Díaz, 2015).

Interacciones

Estudios han descritos que la aplicación del Aloe Vera de forma simultánea con otros medicamentos pueden producir reacciones adversas o incrementar la acción de estos medicamentos por ejemplo:

La administración del aloe con cremas esteroideas como la Hidrocortizona y la Triancinolona incrementan la absorción de las cremas.

El Aloe se debe de administrar con cuidado en pacientes digitalizados pues este reduce la efectividad del medicamento y puede incrementar sus efectos adversos debido al efecto sobre el potasio.

Su empleo en pacientes consumidores de furosemida puede incrementar el riesgo de expoliador del potasio.

El Aloe disminuye los niveles de glucosa de la sangre y al ser administrado en pacientes diabéticos puede actuar recíprocamente con los hipoglicemiantes orales y la insulina e incrementar la acción de los medicamentos. Lavanya, 2019

El gel del Aloe puede aumentar significativamente la absorción de las Vitaminas C y E después de la aplicación oral.

CONCLUSIONES

Existen evidencias científicas que demuestran los variados efectos medicinales de la sábila y su empleo en diferentes enfermedades. Los compuestos como aloemicina, aloeuricina, polisacáridos que proporcionan una profunda limpieza de la piel, la gran cantidad de aminoácidos, entre otros componentes presentes en el mismo constituyen los principios activos responsables de la inmensa mayoría de las actividades biológicas atribuidas entre las que se encuentran antiinflamatorio, analgésico, para las úlceras gástricas y estomacales, colitis, hemorroides, psoriasis, úlceras por presión, entre otras. El uso medicinal de la sábila tiene probada evidencia científica, en varios estudios se utilizan diferentes formulaciones de la sábila, por lo que se recomienda su uso como tratamientos único y complementario no obstante como medicamento natural si se va emplear el Aloe forma simultánea con otra droga se debe consultar siempre aun facultativo.

REFERENCIAS

Aldana Apache M, Bravo Vera K, Romero Claros F, Trujillo Manzo L. (2014). Uso popular terapéutico del Aloe vera en úlcera por presión, Neiva.

Boudreau, M. D., Olson, G. R., Tryndyak, V. P., Bryant, M. S., Felton, R. P., & Beland, F. A. (2017). From the Cover: Aloin, a Component of the Aloe Vera Plant Leaf, Induces Pathological Changes and Modulates the Composition of Microbiota in the Large Intestines of F344/N Male Rats. *Toxicological Sciences: An Official Journal Of The Society Of Toxicology*, *158*(2), 302–318. https://doi.org/10.1093/toxsci/kfx105

Castellanos Puerto E. (2000). Los efectos del Aloe sobre el sistema inmunológico. Instituto Superior de Medicina Militar Dr. “Luis Díaz Soto”.

Díaz Cifuentes A, García Perera A, Contreras Tejeda JM.(2015). Efectividad del gel de aloe vera en pacientes con piodermitis subagudas. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. [citado 2018 Dic 13];40(7):[aprox. 0 p.].Recuperado de: http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/43

Dziewulska, D., Stenzel, T., Śmiałek, M., Tykałowski, B., & Koncicki, A. (2018). The impact of Aloe vera and licorice extracts on selected mechanisms of humoral and cell-mediated immunity in pigeons experimentally infected with PPMV-1. *BMC Veterinary Research*, *14*(1), 148. https://doi.org/10.1186/s12917-018-1467-3

He, K. (2018). Aloe vera: Chemistry, Major Chemical Components, Quantification, and Molecular Weight Determination of Polysaccharides. *Journal Of AOAC International*, *101*(6), 1709–1710. https://doi.org/10.5740/jaoacint.18-0118

Hernández Martínez F, Jiménez Díaz J, Rodríguez de Vera B, Quintana Montes de Oca M, Chacón Ferrara R, Estévez García M. (2010). El uso terapéutico del Aloe vera en úlcera por presión. Rev. CENIC, vol. 41.pp1-4. La Habana, Cuba.

KHALIQ, K., AKHTAR, M., AWAIS, M. M., & ANWAR, M. I. (2017). Evaluation of Immunotherapeutic Effects of Aloe vera Polysaccharides Against Coccidiosis in Chicken. *Kafkas Universitesi Veteriner Fakultesi Dergisi*, *23*(6), 895–901. https://doi.org/10.9775/kvfd.2017.17957

Lavanya, V., Ganapathy, D., & Visalakshi, R. M. (2019). Aloe vera on skin. *Drug Invention Today*, *12*(6), 1146–1149. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=137153922&lang=es&site=ehost-live

Llanio Navarro R, Perdomo González G. (2014). Propedéutica clínica y semiología médica. T1. La Habana, Ecimed.

METCALFE, C. (2019). Quantitation of Aloe Vera Polysaccharides by O-Acetyl and UV-Vis Spectrophotometry: First Action 2018.14. *Journal of AOAC International*, *102*(4), 1091–1094. https://doi.org/10.5740/jaoacint.18-0400

Quispe, C., Villalobos, M., Bórquez, J., & Simirgiotis, M. (2018). Chemical Composition and Antioxidant Activity of Aloe vera from the Pica Oasis (Tarapacá, Chile) by UHPLC-Q/Orbitrap/MS/MS. *Journal of Chemistry*, 1–12. https://doi.org/10.1155/2018/6123850

Ravishankar, P. L., Vijayan, V., Rao, S. K., Vadivelu, S. A., Narayanaswamy, D., & Teja, S. (2019). In Vitro Antibacterial Efficacy of Sutures Coated With Aloe vera and Ciprofloxacin: A Comparative Evaluation. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*, *11*, S164–S168. https://doi.org/10.4103/jpbs.JPBS_284_18

Reza Nazifi, S. M., Asgharshamsi, M. H., Dehkordi, M. M., & Zborowski, K. K. (2019). Antioxidant properties of Aloe vera components: a DFT theoretical evaluation. *Free Radical Research*, *53*(8), 922–931. https://doi.org/10.1080/10715762.2019.1648798

Rodríguez Rivas M, Hernández Parets M, Arias Gallardo A, López Guerra R, Martínez Chaviano Y. (2004). Acción antiasmática del Aloe vera en pacientes. Rev cubana plantmed; 9 (1). Villa Clara.

Role of topical aloe vera gel in the recovery of high-grade, radiation-induced dermatitis. (2018). *Clinical Cancer Investigation Journal*, *7*(5), 167–170. https://doi.org/10.4103/ccij.ccij_14_18

Tariq, H., Zia, M., Ihsan-ul-Haq, Muhammad, S. A., Khan, S. A., Fatima, N., … Zhang, M. (2019). Antioxidant, Antimicrobial, Cytotoxic, and Protein Kinase Inhibition Potential in Aloe vera L. *BioMed Research International*, 1–14. https://doi.org/10.1155/2019/6478187

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES HIPERTENSOS. CONSULTORIO 17. AÑO 2018

INTERVENTION OF INFIRMARY IN PATIENT HYPERTENS. CLINIC 17. YEAR 2018

Dayamí Pérez Mora[1]
Natacha Labrada López[2]
Armando Canet Heredia[3]

RESUMEN

Se realizó un estudio cuaxiexperimental con el objetivo de realizar una intervención de Enfermería sobre Hipertensión Arterial y factores de riesgo en pacientes hipertensos, consultorio 17. Policlínico Guillermo Tejas. Enero– junio 2019. Universo 390 hipertensos, muestra aleatoria simple de 300 pacientes. Los datos obtenidos de Historias clínicas individuales y encuestas arrojaron las variables de interés para el estudio. Predominaron antes de intervenir en los factores de riesgos no modificables el grupo etario de 60 y más(45.7%), el sexo masculino(61.7%), raza negra(32.3%) el hábito de café (83.7%), en la adherencia al Tratamiento Médico incidió el farmacológico (71%). Después de intervenir disminuyó el consumo de Café como hábito tóxico (78.3%), se incrementó la adherencia al Tratamiento Farmacológico (95.7%) y la práctica de ejercicios físicos (38.3%). La labor de enfermería permitió incrementar el nivel de conocimientos en los pacientes permitiendo la modificación de estilos de vida.

PALABRAS CLAVES: Hipertensión Arterial, estilo de vida, intervención de enfermería.

ABSTRACT

He/she was carried out a study cuaxiexperimental with the objective of carrying out an intervention of Infirmary it has more than enough Arterial Hypertension and factors of risk in patient hypertens, clinic 17. Policlínic Guillermo Tejas. January - June 2019. Universe 390 hypertens, 300 patients' simple random sample. The obtained data of individual clinical Histories and surveys threw the variables of interest for the study. They prevailed before intervening in the factors of non amendable risks the group etario of 60 and more (45.7%), the sex masculin(61.7%), blacke race(32.3%) the habit of coffee (83.7%), in the adherence to the Medical Treatment impacted the pharmacological one (71%). after intervening it diminished the consumption of Coffee as toxic habit (78.3%), the adherence was increased to the Pharmacological Treatment (95.7%) and the practice of physical exercises (38.3%). The infirmary work allowed to increase the level of knowledge in the patients allowing the modification of lifestyles.

KEY WORDS: Arterial hypertension, lifestyle, infirmary intervention.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es una realidad altamente preocupante, no sólo porque a la vejez se asocia el deterioro orgánico fisiológico y multisistémico que reduce las

[1] Licenciada en Enfermería, Miembro Titular de la SOCUENF.
[2] Licenciada en Enfermería, Miembro Titular de la SOCUENF.
[3] Especialista segundo grado en MGI, Profesor Asistente Policlínico Guillermo Tejas.

capacidades funcionales, sino también porque con él se incrementa el riesgo de padecer Enfermedades Crónicas No Transmisibles como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, en Insuficiencias Cardíacas entre otras. Se estima que las personas una de cada tres adultos mayores sufre el riesgo de padecer Hipertensión Arterial. Ángel Vargas, 2019.

La Hipertensión Arterial constituye un problema de salud a nivel mundial, pues es la primera causa de morbimortalidad por enfermedades no transmisibles, siendo la más común de las afecciones de salud de los adultos en todo el mundo y se espera un incremento de esta de hasta 29,2 % para el 2025. Ángel Vargas, 2019; Ash Alfonso, 2018 y Espinoza Díaz, 2018

Se estima solo el 57% de las personas que la padecen conocen de su condición médica, el 40,6% recibe tratamiento farmacológico Antihipertensivo, y de ellos solo el 13,2% logra controlar las cifras de presión arterial. Ángel Vargas, 2019; Ash Alfonso, 2018 y Encalada Torres, 2018. Actualmente las cifras de hipertensos a nivel mundial es de aproximadamente mil millones de personas. Pardo Pardo, 2017.

Muchos autores la llaman "la asesina silenciosa" porque Esta patología es una enfermedad letal, silenciosa e invisible, es la más frecuente de las afecciones que afectan la salud de los individuos, las familias y las comunidades, por lo que constituye, una de las de mayor demanda económica tanto para los pacientes y sus familias así como para y el país a lo que se le suma las consecuencias nefasta que esta entidad tiene en aquellos pacientes que no son controlados adecuadamente y presentan algún tipo de complicación. Sus complicaciones causan anualmente 9,4 millones de muertes. Entre los factores de riesgos que más guardan relación con la HTA están el tabaquismo, ingestión excesiva de sal, de bebidas alcohólicas, sedentarismo y obesidad. Pardo Pardo, 2017; Ortíz Vázquez, 2019 y Ortíz R, 2017.

La prevalencia ha aumentado significativamente en todas las latitudes, estudios revisados plantean que más del 20% de los adultos a nivel mundial eran hipertensos y que casi 10 millones de muertes fueron causadas por esta patología. En América Latina se reporta una prevalencia del 9 al 29% en la población general en edades comprendidas de 25 a 64 años. Ortíz R, 2017.

En Cuba, esta enfermedad tiene una elevada incidencia, Las Tunas y el área de salud del policlínico Guillermo Tejas no se encentra excepto de esta problemática. Pardo Pardo, 2017. Por constituir esta entidad uno de los principales problemas de salud detectado durante la realización del Análisis de la situación de salud del consultorio.

Se realizó un estudio cuaxiexperimental con el objetivo de realizar una intervención de Enfermería sobre Hipertensión Arterial y factores de riesgo en pacientes del consultorio 17. Policlínico Guillermo Tejas. Enero– junio 2019. Los datos obtenidos de Historias clínicas individuales y encuestas arrojaron las variables de interés para el estudio. La intervención se efectuó mediante las visitas de terrenos de enfermería a la familia, con una frecuencia semanal y un tema nuevo a abordar y debatir con los pacientes y sus familiares para facilitar el proceso enseñanza aprendizaje. El universo: Estuvo constituido por 390 pacientes dispensarizados y la muestra se seleccionó mediante un muestreo aleatorio simple quedando conformada por 300 pacientes que brindaron su consentimiento informado para el estudio.

Distribución de los pacientes hipertensos según factores de riesgos modificables y no modificables antes de la intervención

En el estudio realizado en el área de salud del consultorio médico 17 del Policlínico Guillermo Tejas Silva de Las Tunas predominaron dentro de los factores de riesgos no modificables el grupo etario de 60 y más con 137 para un 45.7%, el sexo masculino 185 casos para un 61.7% y la raza negra con 97 hipertensos para un 32.3% del total de pacientes estudiados. En los factores de riesgos modificables antes de la intervención predominaron dentro de los hábitos tóxicos el consumo del café en 251 pacientes para un 83.7% y en la Adherencia al Tratamiento Médico predomino la adherencia al tratamiento farmacológico, en 213 hipertensos para un 71%, hemos de señalar que solo el 5 % de los pacientes refirió la realización de ejercicios físicos dentro de los pilares para el control de la Tensión Arterial.

Concordamos con otros autores que plantean que conforme se incrementa la edad, también se incrementa la prevalencia de la Hipertensión Arterial, donde el 65% de los sujetos mayores de 60 años y más del 70% de los mayores de 85 años se ven afectados por esta condición. Ash Alfonso, 2018; Espinoza Diaz, 2018y Ortíz Vázquez, 2019.

> "(…) la actividad física produce beneficios tanto a nivel físico, psíquico como socioafectivo. La práctica de AF es un importante parámetro para la promoción de la salud y cobra especial importancia en el adulto mayor, tanto si está sano como si padece alguna enfermedad. Se podría afirmar que ninguna nueva tecnología (medicamento, terapia genética o algún tipo de dispositivo) puede reemplazar todos los beneficios que el ejercicio produce en el organismo" (Ángel Vargas, 2019.).

Así mismo otros estudios avalan la importancia de la práctica de ejercicios para controlar las cifras de tensión arterial y disminuir sus complicaciones pues este, reduce el riesgo de enfermedad coronaria entre un 6 y 9% y de accidente cerebrovascular entre 14 y 17%. Ash Alfonso y Cantillano-Rodríguez, 2018. Las personas con actividad física baja o inactivos tienden a desarrollar HTA por la estrecha relación de ésta con el sobrepeso y obesidad; las personas con una vida sedentaria incrementan el riesgo de padecer HTA entre un 20% y 50%, estimándose que el 60%. Otros estudios establecen que las ocupaciones que requieren esfuerzo físico intenso y continuo pueden elevar las cifras de tensión arterial. Ash Alfonso, 2018 y Encalada Torres, 2018.

Otros estudios revisados expresan que dentro de los factores de riesgo no modificables hubo un predominio de la edad mayor de 60 años y el sexo masculino, entre otros. Expresan además que el sedentarismo en Cuba constituye un serio problema de salud, donde los factores relacionados con el trabajo, el transporte, la situación económica, las características físicas del medio ambiente como el clima, entre otros factores, influyen sobre los patrones de actividad física y el gasto de energía diaria. Ash Alfonso, 2018.

En relación al sexo no coincidimos con el estudio realizado a los pacientes que asistieron a la consulta externa del Hospital Docente Clínico-quirúrgico Joaquín Albarrán Domínguez de la Ciudad de la Habana, durante el primer trimestre del 2018 donde hubo un predominio del sexo femenino en el 53,7% de la muestra, así mismo diferimos sobre la adherencia al tratamiento pues en su estudio prevaleció la baja adherencia al tratamiento. Ortíz Vázquez, 2019. Coincidimos con otros autores que en

su casuística encontraron una mayor prevalencia del sexo masculino sobre el femenino en los pacientes hipertensos. Ortíz R, 2017.

Al analizar los resultados de este estudio en cuanto a los conocimientos que poseían los pacientes sobre su enfermedad, coincidimos con otros estudios realizados donde se encontró deficiencia en la educación sobre la enfermedad, pues los pacientes mostraron pocos conocimientos sobre su patología. Ortíz Vázquez, 2019

En literaturas revisadas expresan que la hipertensión es más frecuente en la raza negra, a pesar de que Cuba es una mescla de todas las razas. Esto se debe fundamentalmente a dos razones la primera es que tienen mayor prevalencia de hipertensión arterial sistémica (HTA) que otras razas, produciendo en ellos una mayor morbimortalidad y la segunda, es que aún existe mucha controversia sobre cuál es el mejor tratamiento en estos tipos de pacientes. Urina-Triana, 2017.

En estudios realizados por otros autores se muestra que entre los factores vinculados de forma significativa con la existencia de hipertensión se encuentra el consumo de tabaco, estudio que presentó una gran similitud Cantillano-Rodríguez, 2018 y González-Ruiz, 2018. No así el estudio realizado donde solo la cuarta parte de la muestra estudiada fumaba. Espinoza Diaz, 2018

Tabla.1 Distribución de los pacientes hipertensos según factores de riesgos modificables y no modificables antes de la intervención. Consultorio 17.Policlínico Guillermo Tejas. Las Tunas enero-junio 2019.

FACTORES DE RIESGOS NO MODIFICABLES		
	No	%
Edad		
15 - 19	8	2.7
20 – 29	6	2
30 – 39	21	7
40 – 49	46	15.3
50 - 59	82	27.3
60 y más	137	45.7
Sexo		
Masculino	185	61.7
Femenino	115	38.3
Raza		
Negra	97	32.3
Mestiza	90	30
Blanca	113	37.7
FACTORES DE RIESGOS MODIFICABLES		

Hábitos Tóxicos		
Café	251	83.7
Fumar	157	52.3
Alcoholismo	11	3.7
Adherencia al Tratamiento Médico		
Adherencia al Tratamiento Farmacológico	213	71
Dieta Baja en sodio	117	39
Consumo de frutas y vegetales frecuentes	176	58.7
Práctica de ejercicios físicos	15	5

Fuente: Encuesta

Distribución de los pacientes hipertensos según factores de riesgos modificables después de la intervención.

Al estudiar el comportamiento de los factores de riesgos modificables después de la intervención se mantiene el café como hábito tóxico predominante, no obstante se observó una disminución discreta en el número de pacientes, al analizar la Adherencia al Tratamiento Médico se observa que gracias a la intervención de enfermería se incrementó el número de pacientes con adherencia al Tratamiento Farmacológico, a la dieta Baja en sodio, al consumo de frutas y vegetales frecuentes y a la práctica de ejercicios físicos

Coincidimos con otros autores que expresan que el tratamiento de la hipertensión debe comenzar con medidas generales, donde el paciente se adueñe de todos los conocimientos y aptitudes necesarias que se les permitan realizar modificación o cambio del estilo de vida como parte del tratamiento no farmacológico, donde la enfermera debe lograr que estas medidas perduren ya que reducen las complicaciones y suelen potenciar el efecto de la medicación antihipertensiva. Toda persona con hipertensión u otra enfermedad crónica no transmisible o con riesgo de padecerlas, debe mejorar sus hábitos y estilos de vida de vida, independientemente de cumplir con el tratamiento farmacológico indicado lo que se logra mediante una adecuada preparación del paciente y sus familiares. Ash Alfonso, 2018 y Ángel Vargas, 2019.

Los resultados obtenidos en el estudio coinciden con lo establecido en la guía cubana de HTA, para la prevención, diagnóstico y tratamiento, la cual establece que las intervenciones sobre los estilos de vida son acciones prioritarias a tener en cuenta en los pacientes una vez diagnosticados con HTA. Donde se plantea la importancia de combinar una serie de factores dependientes del propio paciente y del equipo médico para el cumplimiento de modificaciones en el modo de vida del paciente hipertenso de tal manera que conduzcan al estado de salud deseado, y donde la enfermera del consultorio a médico de la familia posee un roll protagónico en este sentido por ser una educadora por excelencia, contribuyendo de esta forma a mantener la calidad de vida

de los pacientes evitando de esta formas las complicaciones de la enfermedad por lo que sería beneficioso para el paciente modificar hábitos y estilos de vida saludable que le permitan gozar de una óptima salud. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial 2017.

Tabla.2 Distribución de los pacientes hipertensos según factores de riesgos modificables después de la intervención. Consultorio 17.Policlínico Guillermo Tejas. Las Tunas enero-junio 2019.

FACTORES DE RIESGOS MODIFICABLES		
Hábitos Tóxicos		
Café	235	78.3
Fumar	157	52.3
Alcoholismo	11	3.7
Adherencia al Tratamiento Médico		
Adherencia al Tratamiento Farmacológico	287	95.7
Dieta Baja en sodio	243	81
Consumo de frutas y vegetales frecuentes	247	82.3
Practica de ejercicios físicos	115	38.3

Fuente: Encuestas

Intervención de enfermería sobre Hipertensión Arterial y Factores de riesgo:

La atención primaria de salud en Cuba posee una gran importancia en el sistema de salud, su actuarse basa fundamentalmente en la prevención y promoción de salud desde la familia es por ello que la enfermera con su actuar diario debe ser capaz de modificar los factores de riesgo así como promocionar medidas de autocuidado que favorezcan exhibir una mejor calidad de vida y prevenir enfermedades o complicaciones.

Las autoras consideran que si se involucra a la familia como célula fundamental de la sociedad en el control y prevención de complicaciones en los pacientes se logra incrementar significativamente la calidad de vida de todos sus miembros.

Tabla # 3 Intervención de enfermería sobre Hipertensión Arterial y Factores de riesgo.

No.	Acciones
1	Realizar visitas de terreno a los pacientes hipertensos mensualmente.
2	Explicar la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

3	Citar a los pacientes que no tengan vínculo laboral para que asistan al Club de abuelos del consultorio.
4	Instruir sobre la prevención y control de los factores de riesgo, en cuanto a la modificación de hábitos y estilos de vida inadecuados.
5	Proporcionar acciones de intervención familiar para facilitar el cumplimiento del tratamiento médico.

Fuente: Historias Clínicas.

REFERENCIAS

Ángel Vargas, M., & Estefani Rosas, M. (2019). Impacto de un programa de actividad física aeróbica en adultos mayores con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, *14*(2), 142–149. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=137178758&lang=es&site=ehost-live

Ash Alfonso, Y., Suárez Valdés, M., & López Castillo, E. E. (2018). Hipertensión arterial en trabajadores(as) de una institución universitaria. *Revista Cubana de Medicina Militar*, *47*(3), 1–10. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=134436830&lang=es&site=ehost-live

Cantillano-Rodríguez, S. N., Chávez, E., Meza, R., & Ochoa, A. (2018). Monitoreo ambulatorio de la presión arterial en pacientes diabéticos con o sin hipertensión arterial. *Medicina Interna de Mexico*, *34*(6), 855–863. https://doi.org/10.24245/mim.v34i6.2125

Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. 2017. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Cub Medicina [Internet]. 2017 [citado 27 jun 2019]; 56(sup):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol56

Encalada Torres, L. E., Álvarez Tapia, K. A., Barbecho Barbecho, P. A., & Wong, S. (2018). Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, *13*(3), 183–187. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=133278620&lang=es&site=ehost-live

Espinoza Diaz, C. I., de los Ángeles Morocho Zambrano, A., Pesantez Placencia, L. F., Shiguango Shiguango, N. N., Morales Carrasco, A. P., Córdova Córdova, H. S., … Cuñez Uvidia, V. T. (2018). Hipertensión arterial y factores asociados en adultos mayores de la parroquia de Baños, Cuenca. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, *13*(4), 344–347. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=133574319&lang=es&site=ehost-live

González-Ruiz, G., Caballero-Diaz, L., Borre-Ortiz, Y., Jaqueline Expósito-Concepción, M., Peralta-González, G., & Peralta-González, O. (2018). Prevalence and risks associated with nondiagnosed arterial hypertension: comparative results in two Colombian cities. *Salud Uninorte*, *34*(2), 315–322. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=134901756&lang=es&site=ehost-live

Ortiz, R., Bermúdez, V., Guzmán Lozada, J. A., Silva Palacios, J. S., Torres Ordoñez, M. G., Carvajal Guzmán, J. S., … Rojas, J. (2017). Hipertensión arterial y su comportamiento epidemiológico en la población rural de Cumbe, Ecuador. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, *12*(5), 109–118. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=127754756&lang=es&site=ehost-live

Ortiz Vázquez, D., Bandera Ramírez, M., González Gámez, S., Figueroa Sarmiento, L. del P., & Veloz, V. E. (2019). Adherencia terapéutica y conocimientos sobre hipertensión arterial en una muestra de pacientes adultos. *MEDISAN*, *23*(4), 632–643. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=138483624&lang=es&site=ehost-live

Pardo Pardo, I., Chibás Pardo, L., & Sanamé Columbié, O. (2017). Efectividad de auriculopuntura en el control de la hipertensión arterial esencial. *Revista Información Científica*, *96*(6), 1007–1016. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126556128&lang=es&site=ehost-live

Urina-Triana, M., Urina-Jassir, D., Urina-Jassir, M., & Urina-Triana, M. (2017). Consideraciones especiales de la hipertensión arterial sistémica en afrodescendientes de América latina. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, *12*(5), 151–160. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=127754761&lang=es&site=ehost-live

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON PIE DIABETICO TRATADOS CON HEBERPROT-P. MAJIBACOA 2018

CHARACTERIZATION OF THE PATIENTS WITH FOOT DIABETIC TREATIES WITH HEBERPROT-P. MAJIBACOA 2018

Doris Isabel Gracia Guisado [1] yanny@ltu.sld.cu

Yanny de los Angeles Bofill Maycen [2] Enfmaj@ltu.sld

Liuska Gladys Hidalgo Meriño[3] rafaelameri@ltu.sld

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal con el propósito de caracterizar a los pacientes con Pie Diabético tratados con HEBERPROT-P en el municipio de Majibacoa durante el año 2018. El universo y muestra estuvieron constituidos por 65 pacientes que padecían esta patología y ofrecieron su consentimiento informado, los datos obtenidos de las historias clínicas arrojaron las variables de interés para el estudio. En la casuística predominaron los pacientes de 60-69 años y el sexo masculino, las enfermedades asociadas de la Hipertensión Arterial en 42 pacientes para un 64.6% y el Pie Diabético neuroinfeccioso de grado 2, según la clasificación de Wagner y Mc Cook. Los factores de riesgo de la población diabética favorecen la aparición de la complicación del Pie Diabético, la enfermera mediante la educación para la salud y la pesquisa activa contribuye a incrementar la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVES: pie diabético, diabetes mellitus de tipo 2, Heberprot-P®, Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

It was carried out a descriptive study, longitudinal with the purpose of characterizing the patients with Foot Diabetic treaties with HEBERPROT-P in the municipality of Majibacoa during the year 2018. The universe and sample were constituted by 65 patients that suffered this pathology and they offered their informed consent, the data obtained of the clinical histories threw the variables of interest for the study. In the casuistry the 60-69 year-old patients and the masculine sex prevailed, the illnesses associated of the Arterial Hypertension in 42 patients for 64.6% and the Foot Diabetic grade infectious neuro 2, according to Wagner's classification and Mc Cook. The factors of the diabetic population's risk favor the appearance of the complication of the Diabetic Foot, the nurse by means of the education for the health and the active investigation contributes to increase the quality of the patients' life.

[1] Licenciada en Enfermería. Profesor Instructor, Miembro titular de Sociedad Cubana de Enfermería. Policlínico Docente ¨7 de Noviembre". Las Tunas, Cuba

[2] Licenciada en Enfermería. Profesor Asistente, Miembro titular de Sociedad Cubana de Enfermería. Policlínico Docente ¨7 de Noviembre". Las Tunas, Cuba

[3] Licenciada en Terapia Física y Rehabilitación, Profesor Instructor. Policlínico Docente ¨7 de Noviembre". Las Tunas, Cuba.

KEY WORDS: Diabetic Foot, type II Diabetes Mellitus, Heberprot-P®, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM), por su repercusión social y económica, constituye uno delos desafíos más grandes en el campo de las enfermedades crónicas, teniendo en cuenta que es una causa importante de morbilidad y mortalidad. Se ha observado un aumento progresivo de la prevalencia de la diabetes mellitus de tipo 1 y un aumento “explosivo” de la tipo 2, debido al crecimiento y envejecimiento de la población, al aumento de la obesidad, a los hábitos inadecuados de alimentación y al modo de vida sedentario. Catalá Sardiñas, 2018 y Fabelo Martínez, 2019.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el 2025 existirán 300millones de personas diabéticas; mientras algunos autores hacen referencia a 400millones. Cordies, 2019 y Falcón Fariñas, 2018.

Las afecciones en los pies son la causa más común de ingreso hospitalario de personas diabéticas lo constituye el pie diabético la cual es una infección, ulceración o destrucción de tejidos profundos del pie, asociado con neuropatía o enfermedad arterial periférica en las extremidades inferiores de los pacientes con diabetes. López, 2016 y Ramírez Medero, 2018.

> “En la actualidad, está implementado en todo el País (en las 16 provincias) el Programa de Atención Integral al Paciente con Úlcera de Pie Diabético con el Uso del producto Heberprot-P ® (PAIPUD) que tiene como objetivo principal aplicar el producto a cada persona necesitada que cumpla con los requerimientos para ello en los niveles primario y secundario de salud.” Falcón Fariñas, 2018

Esta afección (PD) constituye un serio problema de salud a nivel mundial de la cuál Cuna no escapa, se plantea que en 10-15 % de los pacientes diabéticos se desarrolla una úlcera del pie diabético en algún momento de su vida y aproximadamente ese mismo porcentaje termina con una amputación. Igualmente, después del egreso, 22 % requerirá de una reamputación durante los primeros 18 meses; 40 % a los 3 años; 56 % a los 5 años y60 % a los 10 años. Tras una amputación mayor, menos de 50 % de los amputados sobrevivirá en los siguientes 5 años. Ramírez Medero, 2018

> “El descubrimiento de los factores de crecimiento epidérmico inició una nueva era para la biología celular y molecular y para la medicina contemporánea. Los pioneros de este hallazgo fueron Stanley Cohen y Rita Levi Montalcini, quienes trabajando de conjunto, aislaron e identificaron, de forma independiente, al factor de crecimiento epidérmico (EGF, siglas en inglés de epidermal growth factor) y al factor de crecimiento nervioso.” Verdaguer Pérez, 2017.

El tratamiento multidisciplinario del paciente con pie diabético en la atención primaria de salud, permite hacer un análisis integral de la salud en todas sus esferas: biológica, psicológica y social. Es en este nivel de atención donde se puede realizar la prevención de esta enfermedad. Falcón Fariñas, 2018.

La prevención primaria tiene como objetivo llevar a cabo acciones estratégicas para evitar la aparición de lesiones desde el mismo momento del diagnóstico de la DM; la secundaria está destinada a detectar, cuidar y tratar precozmente las alteraciones ya presentes cuando se inician los síntomas de neuropatía o vasculopatía en las

extremidades inferiores, y en la terciaria, las actuaciones van dirigidas al tratamiento de la lesión y al proceso de rehabilitación. Ramírez Medero, 2018 y Hernández Cañete, 2017 y de Jesús Mesa Pérez, 2018

El Heberprot-P ® es un medicamento novedoso y único, prescrito para los pacientes con úlcera del pie diabético, basado en el factor de crecimiento humano recombinante, mediante infiltración intralesional directamente en el sitio de la herida. Es un producto que acelera la cicatrización de las úlceras profundas, neuropáticas o neuroisquémicas, muy útil en estadios avanzados y con alto riego de amputación. Su comprobada seguridad preclínica y su ingrediente farmacéutico activo, conjuntamente con sus bondades terapéuticas para esta compleja enfermedad justifican su aplicación clínica. Hernández Cañete, 2017 y de Jesús Mesa Pérez, 2018

El heberprot está indicado junto a otras terapias convencionales para el manejo del pie diabético con ulceras neuropáticas e isquémicas grado 3 y 4 de la clasificación de Wagner, con un área mayor a un centímetro cuadrado, para estimular la formación de tejido de granulación útil que permita que cierra por segunda intención o mediante auto injerto de piel. López, 2016 y Cordies, 2019.

Las contraindicaciones para el uso de este medicamento son en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad al producto o cualquiera de sus componentes, pacientes con diagnóstico actual de patologías oncológicas, antecedentes o sospechas de existencias de cualquier tipo de neoplasias, pacientes con cardiopatías descompensadas, coma diabéticos o cetoacidosis diabéticas. Ramírez Medero, 2018.

Antes de comenzar con este tratamiento se debe realizar un tratamiento precoz y adecuado de la sepsis de la lesión, en caso de que aparezca infección local durante la administración, se debe tratar, y reanudar la administración del medicamento procurando no administrar más de 24 aplicaciones. Falcón Fariñas,

2018 y López, 2016.

Teniendo en cuenta la implicación social que produce esta afección en los pacientes diabéticos y por los resultados obtenidos a nivel nacional con la aplicación de este producto nos propusimos realizar este trabajo con vistas a exponer la experiencias obtenidas en el tratamiento con Heberprot-P en pacientes con Pie diabético tratados en nuestra área de salud en el periodo comprendido 2017- 2018.

Distribución de Pacientes según edad y sexo. Municipio Majibacoa. Periodo 2017-2018

En el estudio realizado en el área de salud del Policlínico Docente “7 de Noviembre” del Municipio Majibacoa predominó el grupo etario de 60-69 años con 27 pacientes para 41.5% y el sexo masculino 38 casos para un 58.4%.

Al analizar los resultados de este estudio concordamos con otros autores donde predominan en las edades comprendidas entre 60 y 69 años, y el sexo masculino Rodríguez Gurri, 2014 y Díaz Salina 2015, Así mismo encontramos coincidencia con el estudio realizado por Catalá Sardiñas, 2018 donde hubo un predominio del grupo de edades mayores de 60 años (38,5 %); del sexo femenino (51,2 %); sin embargo otros autores señalan al grupo de 55-65 años como el más afectado. Verdaguer Pérez, 2017.

Tabla 1. Distribución de Pacientes según edad y sexo. Municipio Majibacoa. Periodo 2017- 2018.

Grupo Etario	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
40-49	2	3	2	3	4	6.1
50-59	12	18.4	6	9.2	18	27.6
60-69	16	24.6	11	16.9	27	41.5
70-79	6	9.2	5	7.6	11	16.9
80-89	2	3	2	3	4	6.1
90-99	---	----	1	1.5	1	1.5
Total	38	58.4	27	41.5	65	100

Fuente: Historias Clínicas.

Factores de riesgo y enfermedades asociadas

En el área de salud del policlínico 7 de Noviembre de Majibacoa en Las Tunas, existió un predominio dentro de las enfermedades asociadas de la Hipertensión Arterial en 42 pacientes para un 64.6% seguida de la obesidad y el hábito de fumar con 26 pacientes (40%) y 24 pacientes (36.9%) respectivamente.

El tan temido pie diabético es secuela de 2 de las complicaciones crónicas más habituales de la diabetes: la neuropatía periférica y la insuficiencia vascular, que unido al alto riesgo de infección y a las presiones intrínsecas y extrínsecas debido a las malformaciones óseas en los pies, constituyen los factores desencadenantes finales dela úlcera del pie diabético. Rodríguez Gurri, 2014 y Verdaguer Pérez, 2017.

Estudios revisados expresan que dentro de los factores de riesgo y enfermedades asociadas más frecuentes, cabe resaltar que en su gran mayoría son modificables o controlables, como la hipertensión arterial y la dislipidemia, por lo que el trabajo preventivo en etapas tempranas en la atención primaria es la vía más segura para reducir la incidencia del pie diabético. Cordies, 2019.

Así mismo, los factores de riesgo y enfermedades asociadas más frecuentes en el mencionado estudio resultó, el hábito de fumar con el 66,6 %, seguido de la hipertensión arterial con la mitad de pacientes afectados Rodríguez Gurri, 2014. Tabla 2. Factores de riesgo y enfermedades asociadas más frecuentes. Periodo 2017- 2018

Factores de Riesgo	Nº	%
Hipertensión Arterial	42	64.6
Obesidad	26	40.0
Hábito de fumar	24	36.9
Dislipidemia	14	21.5
Sedentarismo	13	20.0
Cardiopatía isquémica	2	3.0
Alcoholismo	8	12.3
Otras	5	7.7

Fuente: Historias Clínicas.

Grado de la enfermedad según clasificación de Wagner y Mc Cook.

En el estudio realizado en el área de salud del Policlínico Docente “7 de Noviembre” del Municipio Majibacoa predominó en la clasificación de Mc Cook los pacientes con Pie Diabético Neuroinfecciosos con 60 casos para un 92.3% y según la escala de Wagner el grado 2 con 47 de ellos que representó el 72.3%.

Los resultados obtenidos del estudio no concuerdan con los hallazgo por otros autores por ejemplo en el estudio realizado por Romero Gamboa, 2017 pues en su casuística se observó que más del 50 % de los pacientes tenían pie diabético con grado 4 de la clasificación de Wagner, con un predominio de ausencia de pulso poplíteo cuando tenía más de 20 años de conocida la diabetes, resultado similar fue apreciado en aquellos con grado 5, pero independientemente del tiempo de conocida la DM.

Estos hallazgos concuerdan con los obtenidos por Rodríguez Rodríguez, 2018 y Ramírez Medero, 2018 donde en su estudió más del 60% de los pacientes presentaban los grados 2 y 3 de la Clasificación de Wagner, es decir, tenían lesiones profundas y complejas.

Así mismo estudios como el realizado por Rodríguez Gurri, 2014, encontró un predominio del grado 3 en la clasificación del pie diabético según Wagner, seguidos por el grado 2.

Resulta oportuno destacar que 50 % de los pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 presentan pie de riesgo y neuropatía. En estos últimos, el traumatismo menor puede provocar úlcera crónica. Por su parte, la pérdida de la percepción, las deformidades del pie y la movilidad articular limitada causan una carga biomecánica anómala de este, de manera que se forma una callosidad que frecuentemente precede a una hemorragia subcutánea, por lo cual si el paciente continúa caminando sobre el pie insensible, esto impide la cicatrización, sumado al hecho de que los diabéticos tienen una alta predisposición a infecciones en esta parte, con alteraciones en la cicatrización, debido a la pérdida de la inmunidad pasiva.

Todo lo anterior conspira para que el pie diabético neuroinfeccioso sea el más frecuente, como se evidenció en esta casuística la relación entre las clasificaciones utilizadas, en los pacientes diabéticos neuroinfecciosos, de la clasificación de Mc Cook, se encontró predominio de los 2 primeros grados de la clasificación de Wagner, pero ocurrió lo contrario en el neuroisquémico séptico o mixto, que se encontraban en grados 3 y 4.

Concordamos con el estudio realizado por Llanes Barrios, 2015 donde encontró un predominio del pie diabético neuroinfeccioso según la clasificación de Mc Cook no así con la clasificación de de Wagner donde predominó el grado 3.

Las autoras consideran que estos resultados se deben a las pesquisas activas que se realizan en la Atención Primaria de Salud lo que ha `posibilitado captar a los pacientes con Pie Diabético en etapas iniciales dela enfermedad y también contribuye con este resultado las capacitaciones y la educación para la salud que se les brindan a los pacientes diabéticos por el equipo básico de salud labor que recae fundamentalmente en el profesional de enfermería.

Tabla 3. Grado de la enfermedad según clasificación de Wagner y Mc Cook. Municipio Majibacoa. Periodo 2017- 2018.

Wagner	Neuroinfeccioso		Neuroisquémico		Mixto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	6	9.2	1	1.5	0	0	7	10.8
2	47	72.3	0	0	0	0	47	72.3
3	7	10.8	0	0	3	4.6	10	15.4
4	0	0	0	0	1	1.5	1	1.5
Total	60	92.3	1	1.5	4	6.2	65	100

Fuente: Historias Clínicas.

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo de la población diabética favorecen la aparición de la complicación del Pie Diabético, la enfermera mediante la educación para la salud y la pesquisa activa contribuye a incrementar la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS

Catalá Sardiñas, E., Albanes García, A., Sardiñas Díaz, I., García Cabrera, Y., & Pinillos Viera, P. A. (2018). Características de los diabéticos tratados con Heberprot-p® en el municipio de Colón. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular, 19(1), 28–35. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=131898958&lang=es&site=ehost-live

Cordies, benito jay, Hechavarria, zuzel S., Mesa, leonid K., & Toro, Y. C. (2019). Buenas prácticas clínicas con el uso del Heberprot-P® en pacientes con úlcera del pie diabético. Revista Cubana de Enfermería, 35(2), N.PAG. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=138856365&lang=es&site=ehost-live

de Jesús Mesa Pérez, E., Peregrino Callis, G., Rosell Valdenebro, L., & Fong Sorribe, R. (2018). Costo-beneficio del tratamiento con Heberprot-P® en pacientes con pie diabético. MEDISAN, 22(3), 223–234. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=128728789&lang=es&site=ehost-live

Díaz Salina, L., Iser Rondon, D., Pérez Fuentes, D., Díaz Salina, R., & Palacio Verdecia, Y. (2015). Tratamiento y evolución de pacientes con úlceras del pie diabético. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, *16*(1), 29–36. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=109526414&lang=es&site=ehost-live

Fabelo Martínez, A., Figueroa Martínez, A., Valdés Pérez, C., Pérez Leonard, D., & Álvarez López, A. (2019). Evolución de las úlceras de pie diabético con el tratamiento mixto de Heberprot-P® y ozonoterapia. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular, 20(1), 1–15. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=135590657&lang=es&site=ehost-live

Falcón Fariñas, I. N., Escalante Padrón, O., & Nordelo Valdivia, A. (2018). Evaluación social del tratamiento con el Heberprot-p® en la asistencia primaria de salud. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular, 19(1), 53–64. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=131898961&lang=es&site=ehost-live

Hernández Cañete, C. M., Ruiz, R. J., Iturralde Mc Farlen, L., & Sánchez Montiel, M. E. (2017). Resultados y reacciones adversas en pacientes tratados con Heberprot-P en la comunidad. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular, 18(1), 35–42. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123004866&lang=es&site=ehost-live

Llanes Barrios, J. A., Acosta Ravelo, Y., Martínez Díaz, Y., Melgarejo Rivero, B., & Torres Zaldivar, A. (2015). Atención multidisciplinaria con terapia avanzada y de recurso a pacientes con pie diabético en Mayabeque. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, *16*(2), 139–153. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=110093010&lang=es&site=ehost-live

López, A. Á. (2016). Respuesta al tratamiento con Heberprot-P® según la severidad de la enfermedad arterial periférica. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular, 7(2), 130–137. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=120235661&lang=es&site=ehost-live

Ramírez Medero, A., & Pardo Aguilera, A. (2018). Aplicación ambulatoria del Heberprot-p® en pacientes con pie diabético en el policlínico de Amancio. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, *19*(1), 46–52. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=131898960&lang=es&site=ehost-live

Rodríguez Gurri, C. D. (2014). Caracterización de los pacientes con pie diabético tratados con Heberprot-P® en el Hospital Militar de Holguín. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, *15*(1), 39–46. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=109490941&lang=es&site=ehost-live

Rodríguez Rodríguez, Y., & Martínez Gálvez, I. (2018). Características del paciente con pie diabético no isquémico tratado con Heberprot-p®. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, *19*(1), 36–45. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=131898959&lang=es&site=ehost-live

Romero Gamboa, M. C., & Sández López, M. (2017). Evolución del pie diabético en los grados 4 y 5 de la clasificación de Wagner. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, *18*(1), 71–81. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123004869&lang=es&site=ehost-live

Verdaguer Pérez, L., Estrada Ladoy, L., & Bertrán Bahades, J. (2017). Aplicación del Heberprot-P® en un paciente con pie diabético neuroinfeccioso. *MEDISAN*, *21*(9), 2029–2034. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=125774830&lang=es&site=ehost-live

REPERCUSIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN EL ADULTO MAYOR. POLICLÍNICO GUILLERMO TEJAS. 2018

REPERCUSSION OF THE SEXUAL SATISFACTION IN THE BIGGEST ADULT. POLICLÍNICO GUILLERMO TILE. 2018

Edisleydis Ramírez Hernández[1]

Mavis García Diñeiro[2]

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo-prospectivo de corte transversal utilizando técnicas de investigación cualitativa con diseño fenomenológico para evaluar la repercusión de la satisfacción sexual del adulto mayor en el policlínico Guillermo Tejas durante el 2018. El universo y muestra de 47 adultos mayores. Los datos obtenidos por entrevista, grupos focales y encuestas determinan las variables: deseo sexual, atracción por la pareja, satisfacción sexual e importancia a la sexualidad en relación con la sexualidad en el adulto mayor predominó la importancia que estos le confieren a la sexualidad en 44 gerontes para un 93.6%. Se comprobó que en los criterios actuales de calidad de vida saludable y segura en el adulto mayor la sexualidad tiene una repercusión favorable en el ciclo vital manifestándose amplia aceptación y práctica sexual como componente esencial de satisfacción general.

PALABRAS CLAVES: Satisfacción general por la vida, Satisfacción sexual: Sexualidad, longevidad, seguridad, calidad de vida.

ABSTRACT

It was carried out a descriptive-prospective study of traverse court using technical of qualitative investigation with design fenomenológico to evaluate the repercussion of the biggest adult's sexual satisfaction in the policlínico Guillermo Texas during the 2018. The universe and bigger sample of 47 adults. The data obtained by interview, focal groups and you interview they determine the variables: I want sexual, attraction for the couple, sexual satisfaction and importance to the sexuality in connection with the sexuality in the biggest adult prevailed the importance that these they confer to the sexuality in 44 gerontes for 93.6%. he/she was proven that in the current approaches of quality of healthy and sure life in the biggest adult the sexuality has a favorable repercussion in the vital cycle showing wide acceptance and sexual practice as essential component of general satisfaction.

KEY WORDS: General satisfaction for the life, sexual Satisfaction: Sexuality, longevity, security, quality of life.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno del envejecimiento ha cobrado gran importancia en nuestros días, generando nuevos retos para la ciencia, la sociedad y sobre todo en el ámbito de la Salud. Este fenómeno se considera un indicador de desarrollo y comparabilidad entre los diferentes países. Las bajas tasas de natalidad y mortalidad han activado el

[1] Licenciada en Enfermería. Miembro Titular de la SOCUENF.
[2] Licenciada en Enfermería. Miembro Titular de la SOCUENF.

envejecimiento poblacional, el cuál no se presenta de la misma forma en todas las personas; en este proceso interfieren factores culturales y sicosociales así como aspectos individuales que dependen del estilo y la calidad de vida que las personas mantuvieron durante el transcurso de la vida. Cerquera Córdoba, 2013 y Morúa-Delgado Varela, 2017.

El proceso de envejecimiento suele ser consecuencia de una baja natalidad, producida por una contención de la fecundidad propia de una sociedad desarrollada o en vías de desarrollo, así como el incremento de la esperanza de vida, lo que ha ocurrido en varios países de forma significativa. Se produce así, por vez primera en la historia de la humanidad, un aumento de la población madura y longeva, por lo que se hace necesaria la aplicación de estrategias encaminadas a resolver los problemas que en el ámbito de salud puedan presentarse. Rocha Rosabal, 2015. Dentro de ellas están las relacionadas con la sexualidad, la cual ha sido estudiada, generalmente desde el ángulo de sus alteraciones, sin valorar las ganancias y riquezas que el sexo en esta etapa trae aparejado. Durante siglos se relacionó la sexualidad con la reproducción, negándole de esta manera el disfrute de la sexualidad al anciano; muchas personas, particularmente jóvenes, siguen viendo la actividad sexual como una facultad que se va desgastando hasta perder todo interés en aquellos que han superado los 60 años. Barros Gois, 2017 y Betancourt, C. 2013.

En las personas mayores la actividad sexual, no es entendida necesariamente como actividad orientada al coito, sino, en un sentido mucho más amplio; se trata del placer del contacto corporal global y la comunicación, así como la seguridad emocional que da el sentirse querido. Infelizmente, debido a los mitos y tabús en el tema la persona mayor todavía se ve como ser sin actividad sexual o para la sociedad, sin la capacidad de sentir el deseo sexual. Barros Gois, 2017.

> “El estudio de género en la tercera edad requiere de un análisis específico, por ser un momento trascendental del ciclo de la vida que produce un cambio en el desempeño de los roles de género. Lo cual es resultado de una compleja interacción de los factores fisiológicos, los psicológicos y los sociales. El envejecimiento no es solo un proceso físico sino también una actitud mental y social.” Morúa-Delgado Varela, 2017.

Aunque la atención al anciano ha alcanzado logros notables, en el análisis de la sexualidad en la tercera edad aún persisten actitudes que tienden a rechazar, o ignorar la existencia de la actividad sexual en la tercera edad. Betancourt, C. 2013.

Motivados por esta problemática y gran número de personas que sobrepasa los 60 años en el consultorio médico de la familia # 16 correspondiente al área de salud del Policlínico Guillermo Tejas en Las Tunas, se realizó un estudio descriptivo-prospectivo de corte transversal utilizando técnicas de la investigación cualitativa con diseño fenomenológico para evaluar la repercusión de la satisfacción sexual del adulto mayor durante el año 2018. El universo y muestra estuvieron constituidos por los adultos mayores perteneciente al radio de acción de este consultorio, teniendo presente que no presentaran ninguna enfermedad incapacitante.

El diseño de la investigación se ejecutó teniendo presente los principios de Moriyama, para la validación de los instrumentos aplicados, lo cual garantizará el control de sesgo y la factibilidad de los resultados.

Dichos principios antes mencionados se nombran a continuación:

I. Instrumentos razonables y comprensibles.

II. Sensible a variación.

III. Con suposiciones básicas justificables.

IV. Con componentes claramente definidos.

V. Derivable de datos factibles de obtener.

El diseño fenomenológico se aplicó porque estudia la experiencia vital, del mundo, de la vida, de la cotidianeidad, es la explicación de los fenómenos dados a la conciencia, es el estudio de las esencias, es la descripción de los significados vividos, es el estudio científico- humano de los fenómenos.

Una vez seleccionada la muestra con el consentimiento para la investigación, se utilizaron técnicas de investigación cualitativa: la entrevista a profundidad y los grupos focales como fuente para la obtención de datos.

La muestra se dividió en 5 grupos cada uno entre 8 y 12 personas las cuales se escogieron de forma aleatoria, se eligió un facilitador dentro de cada grupo que guió la discusión entre los participantes, cada sesión de trabajo duró 1 hora, y se eligió un relator que resumió las opiniones emitidas.

La entrevista a profundidad se obtuvo la información sobre el problema en cuestión y se desglosó un sinnúmero de temas en relación con los que se focaliza la entrevista, se cumplió con ciertos requisitos para la validez de la información tales como: no se emitió juicios sobre las personas entrevistadas, se permitió la libertad de expresión, se realizaron comprobaciones cruzadas insistiéndose en la necesidad de estar atentos y se trabajó la esfera sensoperceptiva en cada una de las sesiones.

- Deseo sexual: Si, No
- Atracción por la pareja: Si, No
- Satisfacción sexual: Si, No
- Importancia a la sexualidad: Si, No

Satisfacción General por la vida: Sensación subjetiva de bienestar que se produce como consecuencia de la satisfacción de las necesidades que ocupan nivel jerárquico en la personalidad del individuo. Constituye un componente subjetivo de la calidad de vida.

Atracción sexual: Inclinación hacia otra persona que despierta interés sexual.

Deseo sexual (Apetito sexual): Presencia de necesidades de naturaleza sexual.

Satisfacción sexual: Sensación subjetiva de Bienestar que se produce como consecuencia de la satisfacción de las necesidades sexuales.

Relación sexual: Relación física y afectiva entre dos personas, con o sin penetración.

Sexualidad: Características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender el mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o mujeres.

Para el procesamiento y análisis de la información aplicamos el programa Epinfo 5 en una microcomputadora. Los resultados se expusieron en tablas de contingencia y se les determinó valor porcentual.

Adultos Mayores y Sexualidad según las diferentes variables.

En el estudio realizado en relación con la sexualidad en el adulto mayor predominó la importancia que estos le confieren a la sexualidad en 44 gerontes para un 93.6%.

Aunque la atención integral al adulto mayor ha alcanzado logros notables, en el análisis de la sexualidad en la tercera edad aún persisten actitudes y tabúes que tienden a rechazar, o ignorar la existencia de la actividad sexual en la tercera edad. Betancourt, C. 2013.

La familia como célula fundamental de la sociedad posee una gran repercusión en la satisfacción de las necesidades espirituales y físicas de todos sus miembros por lo que posee un papel primordial en el incentivo y el apoyo a las personas de la tercera edad. Pues en ocasiones estas interfieren en la sexualidad del adulto mayor de forma negativa o perjudicial ridiculizándolos y haciéndolos sentir mal por sus deseos sexuales, pues consideran como inmoral sentir deseos sexuales en esta etapa de la vida**.** Barros Gois, 2017

A pesar de estas percepciones equivocadas sobre la sexualidad en la vejez, se han encontrado estudios como el de Pérez y Arcia (2008) quienes al entrevistar a 125 personas mayores asistentes al Policlínico “Ana Betancourt” de la Habana-Cuba, encontraron que el 75% de las personas mayores aún presentaban interés por el sexo y deseo sexual y que el 69,6% realizaban el acto sexual.

En el estudio realizado por Cerquera Córdoba, 2013 expresa que en la adultez la mayor parte de las femeninas pierden el interés por el sexo, por lo que existe una necesidad imperante de analizar las actitudes hacia la vejez y la sexualidad por sus implicaciones en la calidad de vida sobre todo pensando en el acelerado crecimiento de la población anciana en las próximas dos décadas teniendo en cuenta que estos factores están determinados además por las culturas de los diferentes países, donde los mitos tabúes creencias y en ocasiones perjuicios perjudican las expresiones de sexualidad en la tercera edad. Barros Gois, 2017

> “Los problemas sexuales son capaces de producir empobrecimiento emocional y por tanto empeorar la calidad de vida del anciano. La historia sexual deberá formar parte de la historia clínica general. Para brindar una atención integral al anciano donde se incluyan los aspectos relacionados con su sexualidad.” Betancourt, C. 2013.

Otros autores plantean que la sexualidad va más allá de lo físico y que se expresa con el desarrollo de sentimientos mutuos, respeto, confianza, atracción, usos de perfumes, cortes de cabello y cariños y caricias a su pareja por lo que el envejecimiento no es causa principal de insatisfacción sexual, sino que existen otros factores que intervienen como la cultura, la familia y la comunidad. Es decir para una mejor comprensión que la actividad sexual en las personas mayores de 60 años, no es entendida necesariamente como actividad orientada al coito, sino, en un sentido mucho más amplio; se trata del placer del contacto corporal global y la comunicación, así como la seguridad emocional que da el sentirse querido. Barros Gois, 2017.

> "El problema sexual es uno de los más complejos de la vida humana hasta el punto de que, a veces, se opta por no resolverlo con razones y se deja que cada caso encuentre su solución espontánea. La mera existencia de manifestaciones sexuales de cualquier tipo en los ancianos es sistemáticamente negada, rechazada o dificultada en gran parte de la sociedad. Este hecho, sumado a los cambios producidos por el envejecimiento en la sexualidad y a la dificultad de estudiarla, por las creencias y actitudes culturales, han hecho que se generalice y se haga sinónimos envejecimiento y pérdida de la actividad sexual." Betancourt, C. 2013.

Así mismo otros estudios realizados por Cerquera Córdoba, 2013 señalan que mantener una relación de pareja en la vejez es saludable. Igualmente como lo menciona Barros Gois, 2017 y de Oliveira Lima, 2018, sobre la sexualidad de las personas mayores de 60 años muestran que éstas son capaces de mantener su actividad sexual cuando existe una salud adecuada y persiste el gusto por el sexo. Además reconocieron que existe mayor experiencia sexual, mayor entendimiento en la interacción con la pareja, mayor ternura y sabiduría en la vejez o en los denominados "años dorados". Con los años se agudiza el criterio de la realidad, se toma mayor conciencia de lo que puede y no puede hacerse con el sexo, el erotismo está vigorizado en comparación con el acto sexual propiamente dicho, con una mayor consolidación de la pareja, y al desaparecer las preocupaciones reproductivas, la sexualidad tiene como único fin dar y recibir placer. Estas investigaciones llevan a concluir que el potencial sexual puede permanecer hasta la muerte aun cuando sea alterado por los cambios propios del envejecimiento (Cedeño et al., 2006)

Las autoras consideran que para que el adulto mayor posea una adecuada calidad de vida debe sentirse bien consigo mismo por lo que los adultos mayores deben de disfrutar de su sexualidad dígase el deseo sexual o nó, porque no solo se puede centrar la sexualidad en el mero hecho de tener relaciones sexuales con o sin penetración sino que también se disfruta mediante besos caricias, juegos eróticos cortes de pelos, perfumes etc. Además se debe tener presente los cambios fisiológicos propios del envejecimiento donde debido a estos las relaciones sexuales se van haciendo cada vez menos frecuentes y van cobrando mayor importancia las caricias y juegos eróticos como forma de disfrute de la actividad sexual. Es sabido que el individuo envejece de acuerdo a como ha vivido y en el aspecto sexual en la tercera edad, dicho comportamiento está regido según normas, prejuicios, tabúes culturales y de acuerdo a su historia sexual anterior.

Tabla 1- Adultos mayores y Sexualidad

Adultos mayores y Sexualidad Según:	Sí		No	
	No.	%	No.	%
Importancia a la sexualidad.	44	93.6	3	6.4
Atracción por la pareja.	42	89.4	5	10.6
Deseo Sexual	39	83	8	17
Satisfacción Sexual	38	80.9	17	36.2
Relación Sexual	31	66	16	34

Fuente: Encuesta.

CONCLUSIONES

La sexualidad es un factor importante para la calidad de vida y el pleno disfrute de esta en los adultos mayores incrementa su salud, lo cual se pone de manifiesto con una repercusión favorable en el ciclo vital manifestándose por una amplia aceptación como componente esencial de satisfacción general.

REFERENCIAS

Barros Gois, A., Lopes dos Santos, R. F., Sena da Silva, T. P., & Ferreira de Aguiar, V. F. (2017). Percepção Do Homem Idoso Em Relação a Sua Sexualidade. *Enfermagem Em Foco*, *8*(3), 14–18. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=126475429&lang=es&site=ehost-live

Betancourt, C. L. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*, *29*(3), 1. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=116367246&lang=es&site=ehost-live

Cedeño, T., Cortés, P., & Vergara, A. (2006). Sexualidad y afectividad en el adulto mayor. Tendencias en salud pública: Salud familiar y comunitaria y promoción. La Serena, Chile: Universidad Austral de Chile

Cerquera Córdoba, A. M., López Ceballos, K. M., Núñez Forero, Y. P., & Porras Portela, E. A. (2013). Sexualidad femenina en la tercera edad. *Informes Psicológicos*, *13*(2), 135–147. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=99248259&lang=es&site=ehost-live

de Oliveira Lima, R., & Francinete Leite Junior, F. (2018). Sexualidade e envelhecimento: dilemas do corpo masculino. *Revista Sustinere*, *6*(1), 106–133. https://doi.org/10.12957/sustinere.2018.31251

Morúa-Delgado Varela, L., Briggs Jiménez, M. B., & Torres Cháves, T. (2017). Una investigación cualitativa para explorar las diferencias de género en la tercera edad. *Panorama. Cuba y Salud*, *12*, 79–81. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123136098&lang=es&site=ehost-live

Pérez, V., & Arcia, N. (2008). Comportamiento de la sexualidad en ancianos del policlínico “Ana Betancourt”. Revista Cubana de Medicina General Integral, 24 (2), 1-8.

Rocha Rosabal M, Álvarez Lauzarique M Er, Bayarre Vea H D. (2015) Calidad de la atención al adulto mayor en el Hogar de ancianos “General Peraza”. Rev Cubana Med Gen Integr Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200004&lng=pt.

LA ENFERMERA Y SU ACCIONAR EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL HOSPITAL PEDIÁTRICO PRIMER TRIMESTRE 2019

THE NURSE AND THEIR to WORK IN PATIENT WITH ASTHMA BRONCHIAL HOSPITAL PEDIATRIC FIRST TRIMESTER 2019

Hilda Rosa Pérez Martínez[1]

Yaquelín García Guerrero[2]

Yosmara Massó Labrada[3]

RESUMEN

El asma es la causa principal de enfermedad crónica en la infancia, y es la responsable de proporción significativa del ausentismo escolar por enfermedad. El asma es el diagnostico de ingreso más frecuente en los hospitales infantiles**.** Se realizó una investigación de intervenciónen pacientes ingresados en el Hospital Pediátrico Docente “Raymundo Castro Morales” con diagnóstico de Asma Bronquial durante el primer trimestre de 2019. Para la recolección de la información se revisaron las historias clínicas y se identificaron las variables de interés. Incidió en la morbilidad el área de salud del policlínico Romarico Oro, el grupo etario de 5-9 años 28 casos (26.5%), el sexo femenino 55 pacientes (51.4%), las acciones educativas predominaron con 648 acciones realizadas lo que modificó el nivel de conocimientos de los padres el cual era inadecuado en 11 padres (10.3%) para un 100% de padres con conocimientos adecuados después de concluir.

PALABRAS CLAVE: Asma Bronquial/ Incidencia hospitalaria/Pediatría

ABSTRACT

The asthma is the main cause of chronic illness in the childhood, and it is the responsible for significant proportion of the school absenteeism for illness. The asthma is the I diagnose of more frequent entrance in the infantile hospitals. He/she was carried out an intervention investigation in patients entered in the Educational Pediatric Hospital "Raymundo Castro Morales" with diagnostic of Bronchial Asthma during the first trimester of 2019. For the gathering of the information the clinical histories were revised and the variables of interest were identified. It impacted in the morbidity the area of health of the Romarico Oro Policlínic, the group 5-9 year-old age 28 cases (26.5%), the sex feminine 55 patients (51.4%), the educational actions prevailed with 648 carried out actions what modified the level of the parents' knowledge which was inadequate in 11 parents (10.3%) for 100% of parents with appropriate knowledge after concluding.

KEY WORDS: Bronchial Asthma / Hospital Incidence/Pediatrics

[1]Licenciada en enfermería, MsC. en Atención Integral al Niño, Profesor Instructor Miembro Titular dela SOCUENF hilda19@ltu.sld.cu .

[2]Licenciada en enfermería,Miembro Titular dela SOCUENF.

[3]Licenciada en Psicología, Profesor Asistente.

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial constituye la Enfermedad no transmisible de mayor prevalencia a nivel mundial, por lo que se considera un problema de salud tanto por su elevada prevalencia como por su carácter crónico. Constituye además la causa más frecuente de ausentismo escolar, Afecta alrededor del 5 a 10 % de la población adulta, pero es más frecuente en la infancia. Brooks Rodríguez, 2014; Concepción García, 2017 y Stolle Arranz, 2016

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que aproximadamente 300 millones de personas en el mundo padecen actualmente de asma bronquial y se pronostica que para el 2020, esta cifra se multiplicará entre 45 y 59 %, lo que representaría aproximadamente 100 millones más de personas en el planeta sufriendo la enfermedad. González Alvarez, 2018;Recabarren Lozada, 2017 y Morera Alvarez, 2019.

Es una enfermedad crónica, multifactorial, de base genética, sobre la que influyen diferentes factores, caracterizada por edema, broncoconstricción e hipersecreción de moco. ALARCÓN,

2015 actualmente no existe un tratamiento curativo para el Ama por lo que lo más importante en el tratamiento son las medidas preventivas para lograr el control del asma que no es más que la ausencia de las manifestaciones asmática lo que se traduce en la eficiencia del tratamiento intercrisis. González Alvarez, 2018.

Se considera como crisis asmática a un episodio agudo o subagudo de empeoramiento progresivo de la dificultad respiratoria, tos, sibilancias y opresión en el pecho o alguna combinación de estos síntomas. Estas exacerbaciones pueden caracterizarse por disminuciónen el tiempo espiratorio, el que se puede cuantificar por medio de pruebas de función pulmonar, que en ocasiones requieren asistencia médica urgente y que pueden llegar a ser mortalesRecabarren Lozada, 2017 y ALARCÓN, 2015.

En Cuba aunque la misma se considera una enfermedad de una alta prevalencia, las cifras son muy variables de una región a otra, desde un 3 hasta un 15 %. López Ramírez, 2013 En la provincia de Las Tunas la incidencia fue de 9.4%.En el hospital pediátrico Raymundo Castro ingresaron 107 pacientes durante el primer trimestre del año 2019.

Siendo el asma una enfermedad muy común en pediatría y considerando la frecuencia con que nuestros profesionales se enfrentan a la enfermedad y por los importantes cambios clínicos que sufre el paciente así como las posibles complicaciones que puedan presentarse, nos vimos motivados a precisar algunos aspectos relacionados con la entidad nosológica para lograr un mayor conocimiento de la misma en nuestro medio.

Se realizó una investigación de intervención en los niños ingresados del Hospital Pediátrico Docente “Raymundo Castro Morales” de Puerto Padre en el primer trimestre del año 2019, con el objetivo de incrementar la calidad de la atención de los pacientes asmático mediante el Proceso de Atención de Enfermería.

La población objeto de estudio estuvo constituido por 107 pacientes con diagnóstico de asma Bronquial que ingresaron en el servicio de respiratorio en el primer trimestre del año 2019.

Distribución de niños por Áreas de salud. Hospital Pediátrico Raymundo Castro Morales, año 2019

En el estudio realizado en el municipio de Puerto Padre incidió en el ingreso por Asma Bronquial en el Hospital Pediátrico Raymundo Castro el área de salud del Policlínico Romarico Oro con 80 niños para un 75%.

Concordamos con el estudio realizado pues aligual que en su estudio estos hallazgos están en correspondencia con los datos estadísticos y demográficos de densidad poblacional delÁrea de salud. No obstante es de gran utilidad pues orienta hacia donde las acciones de salud por parte del equipo básico de salud deben ser más frecuentes y efectivas. Brooks Rodríguez, 2014.

Tabla #1: Distribución de niños por Áreas de salud. Hospital Pediátrico Raymundo Castro Morales, año 2019

Área de Salud	No	%
Policlínico Romárico Oro	80	75
Policlínico Rafael Izquierdo	13	12
Policlínico Mario Pozo	9	9
Policlínico 28 de Septiembre	5	4
Total	*107*	*100*

Fuente Historias Clínicas.

Distribución de pacientes con Asma Bronquial por edad y sexo

Al analizar distribución de pacientes Ingresados por Asma Bronquial por edades y sexo observamos que existió un predominio del grupo etareo de 5 a 9 años con 62 pacientes para un 58 % niños ingresados con la enfermedad en el grupo y el sexo femenino con 55 niños que representa un 52 %.

En lo referente al sexo otros autores también reportan mayor incidencia en el sexo femeninoMorera Álvarez, 2019 y Brooks Rodríguez, 2014.No obstante en el estudio realizado por Recabarren Lozada, 2017 se aprecia que la distribución de los pacientes por edad y sexo fue proporcional.

López Ramírez, 2013 en su estudio Sensibilización a ácaros e inmunoglobulina, encontró que la distribución de pacientes por sexo fue homogénea.

Concordamos con estudio realizados que expresan que a esta edad los niños comienzan a permanecer mayor tiempo fuera del hogar por la escuela, muchos se someten a un nuevo clima, es mayor la exposición al polvo, polen y otros alérgenos, otro factor es el cambio en la dieta que ocurre en los niños pues se tornan más difícil de manejar para poder mantener dietas saludables

Tabla # 2. Distribución de pacientes con Asma Bronquial por edad y sexo

Grupo de edades/Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
1-4 años	13	12.5	10	9.3	23	21.5
5-9 años	28	26.5	34	31.8	62	57.5
10-14 años	6	5.6	8	7.5	14	13.1
15-18 años	5	4.7	3	2.8	8	7.5
Total	52	48.6	55	51.4	107	100

Fuente Historias Clínicas.

Proceso de Atención de Enfermería

Durante el Proceso de Atención de Enfermería predominaron las acciones educativas en 648 acciones realizadas

Coincidimos con la importancia con Jiménez, 2013 quién en su estudio expresa que los profesionales consideran que se educa para que el paciente y su familia tengan los elementos necesarios para el cuidado y autocuidado en casa; para que cuenten con los conocimientos necesarios para discernir lo que es bueno para él y así tomar las decisiones más adecuadas en el ámbito domiciliario.

> "Las enfermeras son el grupo más grande de proveedores de la atención de la salud que están a la vanguardia del cuidado y pasan la mayor parte del tiempo con los pacientes y sus familias. Este extenso contacto proporciona excelentes oportunidades para otorgar educación al paciente y familia. Por lo anterior, la educación se considera una parte integral de la atención de enfermería de alta calidad. Sin embargo, son muchas las barreras relacionadas con la capacidad de las enfermeras para proporcionar educación. Para educar a los pacientes de manera eficaz es indispensable una adherencia estricta a los principios educativos, por lo que todas las variables que tienen un impacto en el proceso de enseñanza-aprendizaje juegan un papel importante" SOTO, 2018.

Concordamos con los autores que aseveran que el control del asma solo se logrará a través de un adecuado plan de educación, sino que hay que tener presente en este la importancia de la vigilanciaambiental y el tratamiento preventivo como elementos fundamentalesde la fisiopatología de la enfermedad. Por cual el conocimiento de los padres es indispensable para el control de los síntomas de los niños.Concepción García, 2017.

Otros autores plantean que la educación para el profesional de enfermería es un elemento esencial a la hora de realizar acciones de prevención y promoción de salud, pues la educación es concebida como una función independiente e inherente del rol enfermero ya que constituye la médula del cuidado que este profesional brinda a las personas en los diferentes ámbitos de actuación y, por esto, algunos autores consideran que el enfermero es un educador por excelencia y por naturaleza pues esta está presente desde que se inicia su vida como estudiante y continua durante el resto de la carrera profesional. Jiménez, 2013.

Las autoras consideran que la enfermera con su accionar mediante un adecuado proceso de atención de enfermería contribuye a la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la salud del individuo.

Tabla # 3. Proceso de Atención de Enfermería

Acciones de enfermería	No
Educativas	648
Apoyo físico	535
Valorativas	535

Fuente Historias Clínicas.

Conocimiento que tienen las madres sobre el tratamiento intrecrisis.

En lo referente al conocimiento de las madres sobre el tratamiento intercrisis 96 (89.7%) madres no conocían el tratamiento intercrisis y una vez realizada la intervención las 107 (100%) madres se apoderaron de estos conocimientos.

Hoy por hoy la educación se manifiesta claramente como un aspecto relevante en el manejo global del asma facilitando la reducción de la morbilidad así como la mal nutrición de una buena calidad de vida, reduciendo además los costos de salud. (Medina Z, 2006)

> "El médico y la enfermera de la familia revisten capital importancia para que el paciente y sus familiares tengan una clara comprensión de la naturaleza de esta enfermedad, sus posibles factores incitantes en la misma manera en que el paciente debe estar instruido en el reconocimiento temprano de los ataques agudos así como el cumplimiento del tratamiento ínter crisis y otras medidas para evitar la misma" Medina Z, 2006.

> "El control del asma solo se logrará a través de un adecuado plan de educación, la vigilancia ambiental y el tratamiento preventivo de la inflamación, que es el elemento fundamental en la fisiopatología de la enfermedad. Por ello el conocimiento de los padres es indispensable para el control de los síntomas de los niños." Concepción García, 2017.

Coincidimos con el estudio realizado por Concepción García, 2017**,** en el Hospital Infantil Docente Sur"Dr. Antonio María" de Santiago de Cuba, de los cuales 45% eran asmáticos. Al respecto, se detectó que los padres de los niños remitidos por primera vez a la consulta de Alergología no dominaban los factores que inciden en la enfermedad de sus hijos ni la forma de controlarla así como un desconocimiento acerca de la naturaleza crónica de la enfermedad, de los medicamentos antiasmáticos y de las medidas preventivas primarias y secundarias.

Concordamos además con el estudio realizado en Anzoátegui, Venezuela por Quintana Madrigal, 2018donde el nivel de conocimiento sobre el cuidado del niño. Antes de la intervención existía un desconocimiento o conocimiento inadecuado en el 50 % de la muestra y medianamente adecuado el 32.6 % es decir que solo tenía conocimientos adecuados el 17. 4 % de los casos logrando una vez concluida la misma revertir esta situación.

Las autoras consideran que el personal de enfermería juega un papel importante pues mediante las acciones de prevención y promoción de salud son capaces de eliminar

factores de riesgo de las distintas enfermedades, en el caso del Asma Bronquial muchas son las acciones que las madres pueden realizar desde sus hogares para evitar o disminuir las crisis de asma y con ello los medicamento que se emplean para tratar estas contribuyendo de esta forma a una mejor calidad de vida.

Tabla # 4 Conocimiento que tienen las madres sobre el tratamiento intercrisis.

Variables	Antes		Después	
	Si	No	Si	No
Adecuado	96	89.7	107	100
Inadecuado	11	10.3	0	0

Fuente Historias Clínicas.

CONCLUSIONES

Existió un predominio del sexo femenino y del grupo poblacional de 5-9 años, así mismo hubo una relación entre la densidad poblacional de las diferentes áreas de salud con la cantidad de pacientes ingresados. Los conocimientos sobre el tratamiento intercrisis se modificaron de inadecuado a adecuado al 100% de los padres gracias a las acciones de promoción y prevención de saludo realizadas durante el Proceso de Atención de Enfermería.

REFERENCIAS

ALARCÓN, J. (2015). Estado Asmático. *Revista Gastrohnup*, *17*(S2), S17–S27. Retrievedfromhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=124219173&lang=es&site=ehost-live

Brooks Rodríguez, M., Acosta Elizastigui, T., & Taboada Cruz, M. (2014). Prevalence of bronchialasthma in a pediatricpopulation. *Revista Cubana de Pediatría*, *86*(4), 470–478. Retrievedfromhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=100009623&lang=es&site=ehost-live

Concepción García, L., Sánchez Silot, C., del Campo, N. S., William Cisneros, M., & Márquez Chacón, A. (2017). Conocimientos en padres acerca del asma padecida por sus hijos. *MEDISAN*, *21*(5), 568–575. Retrievedfromhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=123263380&lang=es&site=ehost-live

González Alvarez, R. R., & González García, L. R. (2018). Tratamiento homeopático en adultos con asma bronquial. *Revista de Homeopatia*, *81*(3/4), 49–59. Retrievedfromhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=134656127&lang=es&site=ehost-live

Jiménez, G. Á., López Herrera, F. E., & Restrepo Múnera, D. M. (2013). La experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito clínico. *Investigacion En Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, *15*(2), 9–29. Retrievedfromhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=95366412&lang=es&site=ehost-live

López Ramírez N, Pérez Pacaréu M, Macías Carrera V, Benítez Goitizolo A, Rosell García I, Vega Bolaño I. (2013). Sensibilización a ácaros e inmunoglobulina E total en niños alérgicos. Medisur [Internet]. [citado 2016 Mayo 12] ; 11(5): 527-533. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000500007&lng=es.

Morera Alvarez, O., Mendoza González, D. D., RiosAlverdi, E., &Santiesteban Vázquez, V. E. (2019). Conocimiento de la técnica de utilización de los aerosoles en pacientes con asma bronquial. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *35*(1), 1–11. Retrievedfromhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=138196051&lang=es&site=ehost-live

Quintana Madrigal, J., Méndez Torres, V. M., Méndez Torres, Y., Álvarez Mera, J., & Quinto, B. (2018). Intervención educativa sobre asma bronquial en padres de niños con esta enfermedad en Anzoátegui, Venezuela. *Revista Información Científica*, *97*(1), 47–56. Retrievedfromhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=127422026&lang=es&site=ehost-live

Recabarren Lozada, A., Parishuaña Calcina, E., Martínez Murillo, N., & Moroco, G. E. (2017). Evaluación comparativa del nivel de control del asma bronquial en pacientes de 12 a 17 años de edad de EsSalud Arequipa. *Revista Horizonte Médico*, *17*(2), 22–29. https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n2.03

Stolle Arranz, R. M. (2016). Asma bronquial. *AMF: Actualización En Medicina de Familia*, *12*(7), 376–387. Retrievedfromhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=117298942&lang=es&site=ehost-live

SOTO, P., MASALAN, P., & BARRIOS, S. (2018). La Educación en Salud, Un Elemento Central Del Cuidado De Enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *29*(3), 288–300. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.05.001

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA. HOSPITAL PEDIATRICO. 2018

EVALUATION OF THE QUALITY OF THE REGISTRATION OF THE PROCESS OF ATTENTION OF INFIRMARY. PEDIATRIC HOSPITAL. 2018

Idelsy Rosa Vazquez[1] idelsis2010@ltu.sld.cu

Irene Leyva Trujillo[2]

Yulia Reyes Concepcion[3]

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención, para evaluar la calidad del registro del Proceso de Atención de Enfermería en las historias clínicas de Enero–Diciembre 2018, la revisión de historias clínicas arrojaron las variables de interés para el análisis y evaluación de los criterios de calidad. La calidad asistencial depende, entre otros factores, del apoyo de los administrativos a las iniciativas del personal implicado en proceso asistencial. La calidad debe ser un proceso que se logra en equipo, donde se generan expectativas positivas que pueden fomentar el interés del personal y contribuir al Proceso de Atención de Enfermería con calidad. Se logró el cumplimiento de los criterios de calidad y se logró mediante el Proceso de Atención de Enfermería incrementar la calidad de la atención a los pacientes y el nivel de satisfacción de estos y sus familiares sobre la atención recibida por parte del equipo de trabajo.

PALABRAS CLAVES: Registro de enfermería, Calidad, Proceso de Atención de Enfermería.

ABSTRACT

He/she was carried out an intervention study, to evaluate the quality of the registration of the Process of Attention of Infirmary in the clinical histories of January-December 2018, the revision of clinical histories threw the variables of interest for the analysis and evaluation of the approaches of quality. The assistance quality depends, among other factors, of the support of the office workers to the personnel's initiatives implied in assistance process. The quality should be a process that is achieved in team, where positive expectations are generated that can foment the personnel's interest and to contribute to the Process of Attention of Infirmary with quality. The execution of the approaches of quality was achieved and it was achieved by means of the Process of Attention of Infirmary to increase the quality from the attention to the patients and the level of satisfaction of these and its relatives on the attention received on the part of the work team.

KEY WORDS: Infirmary registration, Quality, Process of Attention of Infirmary.

[1] Licenciada en Enfermería Profesora Asistente. Hospital pediátrico Mártires de Las Tunas.
[2] Licenciada en Enfermería Profesora Asistente. Hospital pediátrico Mártires de Las Tunas.
[3] Licenciada en Enfermería Profesora Asistente. Hospital pediátrico Mártires de Las Tunas.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas sanitarios presentan como prioridad ofrecer un servicio de calidad. Dicha calidad está directamente relacionada con el proceso asistencial y donde la seguridad del paciente forma parte indisoluble de la calidad en la atención sanitaria. En este proceso la comunicación es considerada como el eje esencial para lograr la calidad asistencial. Jiménez, 2013 y Cuevas-Budhart, 2019

La comunicación constituye la clave para la continuidad de los cuidados que se le otorgan al paciente, la cual se realiza de forma verbal o escrita; de forma verbal mediante las entregas de turnos de enfermería y los pases de visitas conjuntos de enfermería y la escrita mediante el registro en las historias clínicas de las actividades realizadas. Algunos autores afirman la importancia de la buena comunicación entre los profesionales para promover una asistencia de calidad. Además, añaden que uno de los problemas más frecuentes de comunicación en las instituciones sanitarias es la cuestión de la comunicación escrita. Fernández Aragón, 2016 y Jiménez, 2013

En una institución hospitalaria, el instrumento más utilizado en la comunicación escrita es la Historia Clínica. La cual constituye el mecanismo del registro de todos los aspectos relacionados con el paciente y su proceso salud-enfermedad. En muchos países consideran que estos registros, además de una importante herramienta para la calidad asistencial, constituyen una documentación legal ante cualquier problema de naturaleza jurídica. La Historia Clínica es un documento privado, que posee toda la información necesaria para llegar al diagnóstico y tratamiento de los pacientes, donde se plasman todos los hallazgos encontrado por los diferentes profesionales de forma que se realiza un registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Por tal motivo esta constituye un elemento esencial para para asegurar la continuidad de los cuidados. Fernández Aragón, 2016; **Jiménez, 2013;** Cara Rodríguez, 2018 **y** Bautista Rodríguez, 2016.

El profesional de enfermería recibe durante toda su formación académica los componentes teóricos-básicos necesarios para comprender la importancia y el correcto uso de los registros de enfermería y de cómo estos demuestran la ejecución del cuidado brindados al paciente de tal forma que estos registros clínicos forman parte del trabajo sistemático que desarrolla la enfermera desde su formación, es decir desde el pregrado, y continua durante la vida laboral en su labor asistencial de atención a las necesidades de cuidados de los pacientes la familia y la comunidad, teniendo presente todo lo ante expuesto podemos afirmar que el profesional de enfermería se enfrenta cada día a nuevos retos o desafíos por lo que debe de ir a la par del avance científico y tecnológico, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad y seguridad acorde a las necesidades y problemas de salud que afecta a la población. Bautista Rodríguez, 2016 y Cuevas-Budhart, 2019.

> “El conocimiento construido por la disciplina de enfermería le permite al profesional ser líder y autónomo en las actividades que ejecuta; su formación académica básica proporciona los componentes teóricos y estructurales sobre la elaboración de los registros propios, demostrando calidad en los cuidados realizados en la atención brindada y articulando el proceso de atención de enfermería con el fin de garantizar la continuidad

> del cuidado, sin obviar las actividades administrativas que hacen parte del mismo proceso de cuidar" Fernández Aragón, 2016

En la valoración de enfermería, se registra el estado general del paciente, se valoran todos los aspectos involucrados en el proceso salud-enfermedad así como las evidencias sus actividades. Es una comunicación escrita donde el profesional del gremio plasma la planificación y ejecución de los cuidados con su diagnóstico enfermero, así como la evaluación de los mismos. Cara Rodríguez, 2018 y Fernández Aragón, 2016

Siendo el Proceso de Enfermería la principal metodología de trabajo de los profesionales del gremio. Es necesario este sea plasmado como una método para medir o conocer si se han o no alcanzado los objetivos propuestos antes de las intervenciones de enfermería. Es decir, si las intervenciones realizadas resultaron o no satisfactoria, ya que el proceso de enfermería debe tener como meta mejorar los indicadores elegidos según paciente en todos los aspectos del proceso salud enfermedad. SOTO, 2018

La importancia de los registros de enfermería está relacionada directamente con la calidad asistencial y esta con la seguridad del paciente, son considerados un instrumento de gestión de los cuidados, instrumento de información del paciente pudiendo identificar todo el proceso asistencial y además promueve la comunicación entre el equipo y la continuidad de los cuidados. SOTO, 2018 y Cuevas-Budhart, 2019

> "el elemento crítico se centra en si enfermería se percibe como una ciencia básica cuyo núcleo está exclusivamente definido para enfermería, o por el contrario es una ciencia aplicada que utiliza el conocimiento, sea éste cual fuere, para sustentar la práctica. Porque como sugiere Watson sin un lenguaje propio somos invisibles como disciplina y enfermería seguirá percibida como una práctica derivada de las ciencias médicas y sociales con un perfil totalmente indiferenciado" Galvis López, M. A.

Los registros de enfermería son considerados un importante documento en todas las fases del proceso asistencial de enfermería, que deben de contener todos los registros de la evolución de enfermería y contribuyen para la continuidad de los cuidados seguros. Galvis López, 2015 y Sanchez Bosco, 2019.

A pesar de lo expresado anteriormente en estudios realizados se plantea la existencia de dificultades con el cumplimiento de los registros que se plasman en las historias clínicas lo cual puede afectar a gran parte del personal que presta atención a los pacientes, por su importancia e influencia en la calidad del proceso asistencial, especialmente en el Proceso de Atención de Enfermería Ruíz-Cano, 2017. Por tal motivo nos propusimos evaluar la calidad de la valoración de Enfermería en las historias clínicas Hospital Pediátrico Provincial "Mártires de Las Tunas" de enero–diciembre 2018.

Percepción de los prestadores con la aplicación del examen físico

En el estudio realizado en el Hospital Pediátrico Provincial "Mártires de Las Tunas" en los prestadores incidió la percepción buena del examen físico en 52 de ellos para un 87%.

La importancia de los registros de enfermería con una valoración adecuada que inicie con un buen interrogatorio en la medida de las posibilidades es decir en dependencia del estado y el tipo de paciente, y buen examen físico, se relaciona directamente con la calidad asistencial, siendo considerados un instrumento oportuno para la gestión de los cuidados y además promueve la comunicación entre el equipo y la continuidad de los cuidados. De Medeiros Lima, 2015 y Ruíz-Cano, 2017

Estudios revisados avalan que los adiestramientos tienen como objetivo unificar criterios, estandarizar lenguaje entre los distintos profesionales. Además de mejorar la práctica clínica de enfermería y contribuir para la continuidad de los cuidados, por otra parte el ejercicio científico de enfermería se fundamenta con la aplicación del método Científico de Enfermería que no es más que el Proceso de Atención de Enfermería, método por el cual el profesional le da seguimiento a los problemas de una manera más efectiva, eficiente y segura posibilitando prestar cuidados a los pacientes familia y comunidad de una forma racional, lógica y sistemática, lo cual requiere del dominio de un sistema de habilidades, determinado por las relaciones del hombre con el objeto de su profesión, que le permite aplicar los conocimientos adquiridos, actuar y transformar su objeto de trabajo y, por tanto, resolver los problemas que se presenten en las distintas esferas de actuación. Constituye, además, la esencia de la actuación del profesional y descansa sobre la base de conocimientos teóricos y prácticos adquiridos. Gonçalves da Silva, 2016, Pérez, 2018 y Cuevas-Budhart, 2019.

Así mismo en este sentido, el avance científico-técnico y el desarrollo del conocimiento, sobre todo de las taxonomías que se aplican al PAE impone la preparación continua y sistemática del personal de enfermería como requisito imprescindible. Pérez, 2018 y Sol, 2013

Las autoras consideran que estos resultados se deban a la entrada de personal de nuevo ingreso con categoría técnica los cuales no poseen los argumentos necesarios debido a su calificación profesional por tal motivo se vinculan a la asistencia con los enfermeros licenciados y los docentes asistenciales para darle tratamiento a esta situación.

Tabla: 1 Percepción de los prestadores con la aplicación del examen físico

Examen físico	No	%
Bueno	**52**	**87**
Regular	**6**	**10**
Malo	**2**	**3**
Total	**60**	**100**

Fuente: Encuesta

Calidad del registro de historia clínica

En el estudio realizado en el Hospital Provincial Pediátrico “Mártires de Las Tunas” sobre la calidad en los registros de las Historias clínicas predominó la realización del examen físico antes y después de la intervención en el 100% de las historias auditadas.

No concordamos con el estudio realizado en México pues poseen un formulario muy bien establecido al que nombran "Cédula de Evaluación de Registros Clínicos", para lo cual se estableció que, para considerar un incremento en la calidad del registro era necesario superar una puntuación igual o superior a 80 de promedio final, pero en este estudio la puntuación obtenida mostró valores por debajo del 60% de cumplimiento. Hernández Esparza, 2018. Así mismo divergimos del estudio realizado por Silva, 2018 **d**onde encontró la carencia de registro detallado de los procedimientos y conductas realizadas por el enfermero.

> "… los registros clínicos, son la base de las historias clínicas debido a su carga de información de manera confidencial y verídica, es importante recalar que así mismo el personal de la salud responde a obligaciones laborales y judiciales por incumplir con el correcto diligenciamiento de las notas de enfermería". Bautista Rodríguez, 2016.

Las autoras consideran que estos resultados se deban a que en cada servicio existen los protocolos de actuación de enfermería los cuales son evaluados sistemáticamente, así mismo el hospital por de pediatría y además una institución docente el personal que allí labora debe estar en constante preparación por la realización de diferentes acciones implementadas por cada jefa de sala y de servicio dígase por ejemplo el pase de visita de enfermería y las entregas y recibo de turnos como actividades cotidianas de la institución.

Tabla: 2 Evaluar Calidad del registro de historia clínica

Criterio	**Antes**		**Después**	
	No	**%**	**No**	**%**
Se le realiza el examen físico al total de los pacientes.	150	100	150	100
Se le realizó a todos los pacientes el diagnostico de enfermería según taxonomía NANDA.	120	80	130	86. 7
La evaluación de enfermería está registrada con letra legible y fácil comprensión.	85	56.7	110	73.3
En las evaluaciones de enfermería se registraron las complicaciones que presentaron los pacientes durante el turno.	16	10.7	15	10

Fuente: Guía de observación.

Resultado de la evaluación de las auditorias.

Se aprecia en la tabla 3 el resultado de evaluación de las auditorias, la cual fue satisfactoria en que representaron Satisfactoria en 137 historias auditadas para un 91.3%.

Concordamos con el estudios revisado donde se ha evidenciado la importancia de la mejora continua de los registros clínicos de enfermería, tomando como base el proceso de atención de enfermería, por tal motivo las evaluaciones sistemáticas constituyen un elemento de medición de la calidad de la atención y una forma de contribuir con la calidad de los cuidados y las seguridad del paciente. Cuevas-Budhart, 2019.

Las autoras consideran que es una necesidad de evaluar periódicamente las actividades que realiza el enfermero, ya que es una importante herramienta para la mejoría de la calidad asistencial.

Tabla: 3 Resultado de la evaluación de las auditorias

Auditoria	No	%
Satisfactoria	137	91.3
No satisfactoria	13	8. 7
Total.	**150**	**100**

Fuente: Registro de Historias Auditadas

CONCLUSIONES

La percepción de los prestadores con la aplicación del examen físico de forma general fue buena, así como el nivel de desempeño de los mismos lo cual está dado por la capacitación de forma sistemática y continua del personal de enfermería en relación con el uso adecuado de los protocolos de actuación establecidos en cada servicio lo que contribuyó a elevar la calidad de la atención prestada así como obtener una evaluación satisfactoria en las auditorias de las historias clínicas.

REFERENCIAS

Bautista Rodríguez, L. M., Vejar Ríos, L. Y., Pabón Parra, M. R., Jesús Moreno, J., Fuentes Rodríguez, L., León Solano, K. Y., & Bonilla, J. A. (2016). Grado De Adherencia Al Protocolo De Registros Clínicos De Enfermería. *Revista Cuidarte*, *7*(1), 1195–1203. https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.237

Cara Rodríguez, R. Aviles Saez, Z y López Trinidad, L.M. 2018. Comunicación y escucha activa por parte del profesional de Enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una revisión bibliográfica. Revista Española De Comunicación en Salud, VOL. 9, NO. 2, 221-229 Disponible en: https://doi.org/10.20318/recs.2018.4500

Cuevas-Budhart, M. Á., González Martínez, B. R., Alvarez Bolaños, E., Barrera García, M. J., de Almeida Souza, A., González Jurado, M. A., & del Pulgar García Madrid, M. G. (2019). Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, *22*(2), 168–175. https://doi.org/10.4321/S2254-28842019000200008

de Medeiros Lima, L., & Ribeiro Santos, S. (2015). Protótipo de um software para registro de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. *Aquichan*, *15*(1), 31–43. https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.4

Fernández Aragón, S. Ruydiaz Gómez, K y Del Toro Rubio M. (2016) Notas de enfermería: una mirada a su calidad. Artículo de reflexión Disponible en: http://search.ebscohost.com/login.

Galvis López, M. A. (2015). Teorías Y Modelos De Enfermería Usados en La Enfermería Psiquiátrica. *Revista Cuidarte*, *6*(2), 1108–1120. https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172

Gonçalves da Silva, T., dos Santos, R. M., de Miranda Costa Crispim, L., & Wanderley Santos de Almeida, L. M. (2016). Conteúdo Dos Registros De Enfermagem Em Hospitais: Contribuições Para O Desenvolvimento Do Processo De Enfermagem. *Enfermagem Em Foco*, *7*(1), 24–27. https://doi.org/10.21675/2357-707x.2016.v7.n1.679

Hernández Esparza, L. C., Urbina Aguilar, A., & Cambero González, E. (2018). Implementation de círculos de calidad para la mejora del registro de Enfermería. *Metas de Enfermería*, *21*(1), 22–27. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=128108163&lang=es&site=ehost-live

Jiménez, G. Á., López Herrera, F. E., & Restrepo Múnera, D. M. (2013). La experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito clínico. *Investigacion En Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, *15*(2), 9–29. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=95366412&lang=es&site=ehost-live

Pérez, R. M., Rodríguez, M. R., & Marrero, Y. R. (2018). Estrategia para elevar la eficacia del proceso de desarrollo de las habilidades profesionales en enfermería. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*, *25*(2), 1. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=138407626&lang=es&site=ehost-live

Ruíz-Cano, L. A., Gómez-Trujillo, J. N., Cuevas-Guajardo, L., & Martínez-Vega, A. L. (2017). Coherencia diagnóstico/intervención de enfermería en la hoja de registros clínicos y uso de lenguaje estandarizado. *Revista CONAMED*, *22*(4), 161–165. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126681871&lang=es&site=ehost-live

Sanchez Bosco, P., Santiago, L. C., & Martins, M. (2019). Registros De Enfermagem E Suas Implicações Para a Qualidade Do Cuidado. *Revista Científica de Enfermagem - RECIEN*, *9*(26), 3–10. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=138646428&lang=es&site=ehost-live

Silva, J. A. da, Moreira, V. T., de Abreu, R. N. D. C., de Medeiros Colletti Cavalcante, T., Filho, R. N. V., & Studart, R. M. B. (2018). Análise Dos Registros De Enfermagem Após Coleta De Secreção Traqueobrônquica Para Cultura: Importância Ética E Legal. *Enfermagem Em Foco*, *9*(1), 61–65. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=132836362&lang=es&site=ehost-live

Sol, A. A. del. (2013). Implicaciones éticas del uso de aplicaciones informáticas en la gestión de cuidados de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, *29*(3), 1. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=116367245&lang=es&site=ehost-live

SOTO, P., MASALAN, P., & BARRIOS, S. (2018). La Educación en Salud, Un Elemento Central Del Cuidado De Enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *29*(3), 288–300. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.05.001

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES. SECUNDARIA BÁSICA CALIXTO SARDUY

INTERVENTION OF INFIRMARY TO PREVENT INFECTIONS OF SEXUAL TRANSMISSION IN ADOLESCENTS. SECONDARY BASIC CALIXTO SARDUY

Isabel HechemendíaTorres[1]

Marina Vidal Vega[2]

Carmen Prado Mayedo[3]

RESUMEN

Se realizará uncuaxiexperimental tipo intervención educativa con el objetivo de incrementar los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual desde la adolescencia durante los cursos 2019-2020 y 2020-2021. El universo estará constituido por el total de adolescentes de la Secundaria Básica Calixto Saduy, y la muestra con los que ofrezcan el consentimiento informado. Para la recolección de la información se utilizará una ficha de obtención de datos, una guía de observación y una encuesta a profundidad contentiva de las variables de interés para el estudio. Los resultados se expondrán en cuadros y gráficos para su mejor interpretación. Se realizará una amplia revisión bibliográfica que permitirá comparar los resultados con otros autores.

PALABRAS CLAVES: ITS / VIH/sida / Prevención / Estrategia Intervención educativa / Adolescentes.

ABSTRACT

It will be carried out a cuaxiexperimental type educational intervention with the objective of increasing the knowledge on the infections of sexual transmission from the adolescence during the courses 2019-2020 and 2020-2021. The universe will be constituted by the total of adolescents of the Basic Secondary CalixtoSaduy, and the sample with those that offer the informed consent. For the gathering of the information it will be used a record of obtaining of data, an observation guide and a survey to depth contentiva of the variables of interest for the study. The results will be exposed in squares and graphics for their best interpretation. He/she will be carried out a wide bibliographical revision that will allow to compare the results with other authors.

KEY WORDS: STI / HIV/aids / Prevention / Educational Intervention strategy / Adolescents / Young.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en el mundo viven con el VIH alrededor de 42 millones de personas; 2,6 millones más que en el 2014,[4] de ellos 10,3 millones son jóvenes de 15 a 24 años lo que representa el 42 % de las personas infectadas recientemente. Por otra parte, el 50 % de las nuevas infecciones por el VIH (casi seis mil diarias) sucede en personas

[1]Licenciada en Enfermería. Jefa de Departamento de Enfermería Policlínico Guillermo Tejas. Miembro Titular de la SOCUENF.

[2]Licenciada en Enfermería.Profesora asistente Policlínico Guillermo Tejas. Miembro Titular de la SOCUENF.

[3]Licenciada en Enfermería.Profesora asistente Policlínico Guillermo Tejas. Miembro Titular de la SOCUENF.

jóvenes. Si se hace un análisis de género, se aprecia que infecta a un número cada vez mayor de mujeres, y a edades significativamente más tempranas que en el caso de los varones. Caetano ME et al, 2016 y ONUSIDA, 2017).

Cuba se considera entre los países caribeños menos afectados. La epidemia se ha caracterizado por un aumento lento y sostenido con mayor incidencia en el último quinquenio. Las estadísticas de la Dirección Nacional de Epidemiología a finales del 2017 mostraron un incremento en el número de casos en relación con el año precedente. Se han diagnosticado un total acumulado, desde 1986, de 29 304 seropositivos, 80 % de estos son del sexo masculino y el 20 % mujeres. Los hombres que tienen sexo con otros hombres constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad y el 86 % de los casos masculinos reportados. La forma de infección predominante es la transmisión sexual (Ochoa Soto et al, 2003).

A lo largo de la historia de la aparición del virus en Cuba, la incidencia de la infección se ha registrado fundamentalmente en edades entre 15 a 29 años, grupo donde se concentra algo más del 70 %, aunque en los últimos años ha aumentado en edades más avanzadas, entre 25 a 34 años.De ahí la importancia de dirigir los esfuerzos a la educación de la sexualidad para la prevención de la infección (Ochoa Soto et al, 2003).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la adolescencia como la etapa de la vida que se desarrolla entre los 10 y 19 años de edad, con dos fases en ella: la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. En esta etapa se produce una interacción de los procesos de desarrollo biológico, psicológico y social en las personas que conducen a la madurez, están conformándose la identidad, la autonomía y el proyecto de vida (ONUSIDA, 2017).

En esta época es común la curiosidad e interés sobre temas relacionados con la sexualidad, sobre todo lo relacionado con el aspecto erótico. Lo anterior implica la necesidad de un abordaje integral de la sexualidad donde juega un papel determinante la promoción de comportamientos responsables desde edades tempranas, encaminados a transformar positivamente las situaciones sociales que generan riesgos para la salud (Castro Alegret et al, 2003 y Castro Alegret et al, 2014).

> “En el aspecto psicológico, como parte del desarrollo de la personalidad, está la sexualidad, por ello se considera que durante este proceso se deben transmitir y educar aquellos valores que fomenten el desarrollo de comportamientos y actitudes sexuales responsables”Alvarez-Cabrera, 2015

Se sabe que existen algunos factores que hacen particularmente vulnerables a los jóvenes a la infección por VIH/sida y otras ITS. En este sentido, el inicio de las relaciones sexuales en edades precoces significa que se tendrán mayor número de parejas y, por lo tanto, una mayor exposición a infecciones, que los individuos que retrasan el inicio de la actividad sexual hasta la adolescencia tardía o adultez joven. Los varones adolescentes son menos estables y efectivos en el uso de anticonceptivos que los adultos, por lo que se benefician menos de su efecto protector, tienen menos parejas estables, se refugian en múltiples parejas sexuales y de hecho aumenta la exposición a las infecciones, además que, el deseo de aventura y el afán por explorar cosas nuevas, predispone a los jóvenes a adoptar comportamientos de riesgo en relación con el VIH (Ma Q et al, 2015 y Mirabal Fariñas et al, 2014).

Se pudo comprobar que desde 1986, cuando se diagnosticaron los primeros casos de infección por el VIH en el país, se implementaron, desarrollaron y fortalecieron, numerosas acciones encaminadas a limitar la progresión de la epidemia y minimizar su impacto en la población cubana, donde fue decisiva la voluntad política. De esta manera, se creó en la primera mitad de los ochentas, el Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el sida (GOPELS), constituida como la autoridad nacional para la coordinación y conducción del abordaje multisectorial de la epidemia, dirigida por el Gobierno e integrada por todos los organismos y organizaciones que participan en el Plan Intersectorial. Este grupo se perfeccionó en 1997 con un enfoque más integral mediante el Plan Intersectorial para la Educación, Prevención y Control de las ITS/VIH/sida. Abarca todos los municipios y provincias del país, para potenciar la respuesta a nivel local, desarrollar capacidades y fortalecer las acciones en los territorios más afectados por el VIH (MINSAP, 2017 y Ochoa Soto et al, 2003).

El Programa Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida, se implementó desde 1986, integra los componentes de educación, prevención, diagnóstico, vigilancia epidemiológica, atención y cuidados e investigaciones. Su componente educativo tiene el propósito de promover conductas sexuales, actitudes y prácticas saludables en la población, con énfasis en los grupos más afectados por la epidemia, a través de la participación comunitaria y la intersectorialidad (Ochoa Soto et al, 2003).

Como respuesta nacional al comportamiento del VIH, se creó el Plan Estratégico Nacional para las ITS/VIH/sida2001-2006 y se ha venido actualizando quinquenalmente hasta el 2018, en el que se formula la respuesta multisectorial de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención sanitaria y social en la población general y de riesgo, con el objetivo de "…limitar la progresión de la epidemia y minimizar su impacto en la población cubana" (MINSAP, 2014).

Estos programas están dirigidos al desarrollo de conocimientos y comportamientos adecuados en los adolescentes, para que puedan vivir una sexualidad sana, con un disfrute pleno, pero teniendo en cuenta que el VIH existe y "el riesgo de contraerlo está entre nosotros" lo importante es saber cómo evitarlo (Ochoa Soto et al, 2003).

La influencia que pueden ejercer los distintos espacios donde los adolescentes y jóvenes se desarrollan en su vida cotidiana es determinante, más aún si se considera que en esta etapa de la vida, las relaciones con sus coetáneos revisten un carácter especial, sobre todo en la esfera sexual, y el desconocimiento sobre las ITS y factores de riesgo relacionados con la adolescencia y la sexualidad, en la ESBU “Calixto Sarduy”, del Área de Salud del Policlínico Guillermo Tejas , son la motivación para la realización de esta investigación.

Diseño de la propuesta de intervención para la prevención de las ITS en adolescentes

Se realizó un estudio Cuasi-experimental (estrategia de intervención educativa),incrementar los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual desde la adolescencia durante los cursos 2019-2020 y 2020-2021. El universo estará constituido por el total de adolescentes de la Secundaria Básica Calixto Saduy, para la obtención de la

muestra se empleará el método aleatorio simple con previo consentimiento informado de padres y adolescentes.

La intervención se efectuará en tres etapas:

Etapa diagnóstica:

En esta etapa se les explicará a los estudiantes y profesores en que consiste investigación, se aplicaran las encuestas previamente revisadas y avaladas por el Consejo Científico del Policlínico para determinar las necesidades de aprendizaje de los adolescentes y la percepción que ellos tienen al respecto.

Se realizará una amplia búsqueda sobre el tema a debatir

Etapa de Intervención:

Una vez determinadas las necesidades de aprendizaje sobre el tema a tratar se realizará un programa para darle salida a las diferentes necesidades de aprendizaje y se realizaran cuántas secciones de trabajo sean necesarias, así mismo se realizaran otras actividades colaterales con previa coordinación con el departamento de ITS del Policlínico y el departamento provincial del VIH/Sida para propiciarles a los adolescentes materiales que les puedan servir de ayuda para adquirir estos conocimientos.

Etapa de Evaluación:

En esta etapa se procederáa aplicar elcuestionario inicial para conocer si adquirieron los conocimientos esperados y medir el nivel de percepción del riesgo.

Fundamentación

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en general se contraen por contacto sexual. Los organismos que causan las enfermedades de transmisión sexual pueden pasar de una persona a otra por la sangre, el semen, el fluido vaginal u otros fluidos corporales (Caetano ME et al, 2016).

A veces, estas infecciones se transmiten por vías que no son sexuales; por ejemplo, de madre a hijo durante el embarazo o el parto, por transfusiones de sangre o agujas compartidas (Caetano ME et al, 2016).

Es posible contraer enfermedades de transmisión sexual de personas que parecen muy sanas y que, incluso, pueden no saber que tienen la infección. Las ETS no siempre presentan síntomas; por esta razón, los expertos prefieren el término «infecciones de transmisión sexual» en vez de «enfermedades de transmisión sexual» (Caetano ME et al, 2016 y Ochoa Soto et al, 2003).

Toda persona sexualmente activa está en riesgo de exponerse, en cierto grado, a una infección de transmisión sexual. Los factores que pueden aumentar ese riesgo incluyen(Caetano ME et al, 2016 y Ochoa Soto et al, 2003):

- **Tener relaciones sexuales sin protección.** La penetración vaginal o anal por una pareja infectada que no usa un preservativo de látex aumenta significativamente el riesgo de adquirir una ITS. El uso incorrecto o irregular de preservativos también puede aumentar tu riesgo.

El sexo oral puede ser menos riesgoso, pero aun así las infecciones se pueden transmitir sin el uso de un preservativo de látex o un protector bucal. Los protectores bucales (piezas delgadas, cuadradas, de goma, fabricadas con látex o silicona) evitan el contacto piel con piel.

- **Tener relaciones sexuales con varias parejas.** El riesgo es mayor cuando tienes relaciones sexuales con más cantidad de personas. Así sean parejas simultáneas o relaciones monogámicas consecutivas.

- **Tener antecedentes de ITS.** Si ya has tenido una ITS es mucho más fácil que tengas otra.

- **Cualquier persona forzada a tener una relación sexual o actividad sexual.** Afrontar una violación o agresión puede ser muy difícil pero es importante hacer una consulta tan pronto como sea posible. Se ofrece análisis de detección, tratamiento, y apoyo emocional.

- **El abuso de alcohol o el uso de drogas recreativas.** El abuso de sustancias puede inhibir tu sentido común y predisponerte a tener comportamientos riesgosos.

- **La inyección de drogas.** Compartir agujas propaga muchas infecciones graves, entre ellas, el VIH, la Hepatitis B y la Hepatitis C.

- **Ser joven.** La mitad de las ITS ocurren en personas de 15 a 24 años.

- **Hombres que solicitan recetas para medicamentos que tratan las disfunciones eréctiles.** Los hombres que piden a sus médicos recetas para ciertos medicamentos, como sildenafil (Viagra), tadalafil (Cialis) y vardenafilo (Levitra), tienen mayor riesgo de contraer una ITS. Si le pides a tu médico alguno de estos medicamentos, asegúrate de estar informado y tener relaciones sexuales seguras.

Ciertas infecciones de transmisión sexual (ITS), como la gonorrea, la clamidiosis, el VIH y la sífilis, se pueden transmitir de la madre infectada al hijo durante el embarazo o el parto. Las ITS en niños pueden ocasionar problemas graves y pueden ser mortales. Todas las embarazadas deberían hacerse los análisis para detectar estas infecciones y recibir tratamiento (Caetano ME et al, 2016 y Ochoa Soto et al, 2003).

Debido a que, en las primeras etapas de una infección de transmisión sexual, muchas personas no tienen síntomas, es importante realizarse exámenes para detección de infecciones de transmisión sexual de modo de evitar complicaciones (Mirabal Fariñas et al, 2014).

Las posibles complicaciones incluyen (Mirabal Fariñas et al, 2014. Ochoa Soto et al, 2003):

- Dolor pélvico
- Complicaciones en el embarazo
- Inflamación ocular
- Artritis
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Esterilidad

- Enfermedades cardíacas
- Ciertos tipos de cáncer, como el cáncer rectal y cervical asociado con el virus del papiloma humano (VPH)

Existen varias formas de evitar o reducir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (Ochoa Soto et al, 2003. Sánchez Fuentes, 2006):

- **Abstinencia.** La forma más eficaz de evitar las infecciones de transmisión sexual es abstenerse de las relaciones sexuales.
- **Permanecer con una pareja que no esté infectada.** Otra forma confiable de evitar las infecciones de transmisión sexual es tener una relación mutuamente monógama a largo plazo con una pareja que no esté infectada.
- **Esperar y verifícar.** Evitar las relaciones sexuales vaginales y anales con parejas nuevas hasta que ambos se hayan realizado exámenes para detectar infecciones de transmisión sexual. El sexo oral es menos riesgoso, pero usa un preservativo de látex o un protector bucal —un trozo cuadrado y delgado de látex o silicona— para evitar el contacto directo entre las membranas mucosas orales y genitales. Ten en cuenta que no existe ningún buen examen para detección de herpes genital para cualquier tipo de sexo, y el examen para detección del virus del papiloma humano (VPH) no está disponible para hombres.
- **Vacunas.** Vacunarse con anticipación, antes de la exposición sexual, también es eficaz para prevenir ciertos tipos de infecciones de transmisión sexual. Hay vacunas disponibles para prevenir el virus del papiloma humano (VPH), la hepatitis A y la hepatitis B.
- **Usar preservativos y protectores bucales siempre y correctamente.** Usar un preservativo de látex o protector bucal nuevo cada vez que tengas relaciones sexuales, ya sean orales, vaginales o anales. Nunca uses un lubricante a base de aceite, como vaselina, con un preservativo de látex o un protector bucal.
- **No beber alcohol en exceso ni consumir drogas.** Si se está bajo la influencia de alcohol o drogas, es más probable el riesgo sexual.
- **Comunicación.** Después de un contacto sexual importante, hablar con la pareja sobre cómo tener relaciones sexuales más seguras. Llegar a un acuerdo claro sobre las actividades que permitirán y las que no.
- **Considerar la circuncisión masculina.** Existen pruebas de que la circuncisión masculina puede ayudar a los hombres a reducir el riesgo de contagiarse VIH de una mujer infectada (transmisión heterosexual) en hasta un 60 por ciento. Además, la circuncisión masculina puede prevenir la transmisión del VPH genital y el herpes genital.
- **Considerar el medicamento Truvada.** En julio de 2012, la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and DrugAdministration) aprobó el uso del medicamento combinado emtricitabina-tenofovir (Truvada) para reducir el riesgo de transmisión sexual de la infección por VIH en las personas con alto riesgo. También se utiliza Truvada como tratamiento para el VIH junto con otros medicamentos.

CONCLUSIONES

Desarrollar e implementar por enfermería una estrategia de intervención educativa en adolescentes con participación del departamento de ITS y en coordinación con el departamento Provincial de ITS/VIH/Sida en adolescente les permitirá a estos apropiarse de los conocimientos adecuados antes de iniciar su vida sexual lo cual debe contribuir a disminuir las Infecciones de Transmisión sexual así como incrementar la percepción de riesgo lo que se traducirá a largo plazo en una disminución de la incidencia de las infecciones de trasmisión sexual.

REFERENCIA

Alvarez-Cabrera, J., Müller-Alfonzo, A., & Vergara-Jara, V. (2015). Conducta Sexual Y Nivel De Conocimiento Sobre Infecciones De Transmisión Sexual en Adolescentes. *CIMEL*, 44–50. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=117839406&lang=es&site=ehost-live

Caetano ME, Linhares IM, Pinotti JA, Maggio da Fonseca A, Wojitani MD, Giraldo PC. 2016. Sexual behavior and knowledge of sexually transmitted infections among university students in Sao Paulo, Brazil. Int J Gynaecol Obstet;110(1):43-6.

Castro Alegret PL, Padrón Echevarria AR, García González A. 2003. Familia, sexualidad y educación. Serie Educación y sexualidad. Proyecto Educación formal para una conducta sexual responsable. La Habana: ProgramaNacional de educación sexual, MINED.

Castro Alegret PL, Torres Cueto MA, López Gómez AB, González Hernández A, Padrón Echevarria AR. 2014. Conocer nuestra sexualidad y prevenir el VIH/sida. Para estudiantes y adolescentes. La Habana: MINED/PNUD (EdicionesMolinosTrade S. A).

Ma Q, Ono-Kihara M, Cong L, Xu G, Pan X, Zamani S, et al. 2015. Early initiation of sexual activity: a risk factor for sexually transmitted diseases, HIV infection,and unwanted pregnancy among university students in China. *BCM Public Health*;9:111.

MINSAP. 2014. Plan estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2014-2018. Resolución ministerial 110. República de Cuba. La Habana: MINSAP.

MINSAP. 2017. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP.

Mirabal Fariñas A, Meléndez Borges JE, Pouyot Castillo A, Ferrer Lao C, Aguirre Prat R. 2014. La infertilidad como manifestación clínica de la infección por Chlamydia y otros agentes infecciosos. MEDISAN [Internet]. [citado 2018 Jul 06]; 18(8): 1038-1042. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800001&lng=es.

Ochoa Soto R, Sánchez Fuentes J, Villalón M, Duque Santana I, Hernández Fernández M, Cachón Asusta L, Pérez Pérez F. 2003. Manual para médicos de Familia sobre ITS VI sida. La Habana: MINSAP/PNUD.

ONUSIDA. 2017. Programas Nacionales de SIDA /00.17E. Guía para el monitoreo y evaluación. Ginebra, Suiza, ONUSIDA.

Sánchez Fuentes J, Duque Santana I, González Hernández A. 2006. Manual de capacitación para facilitadores juveniles en educación sobre las ITS/VIH/sida. Centro Nacional de prevención de las ITS/VIH/sida. La Habana: MINSAP.

LA COMUNICACIÓN Y LA RELACIÓN ENFERMERO-PACIENTE GERIÁTRICO HOSPITAL GENERAL GUILLERMO DOMÍNGUEZ LÓPEZ. ENERO-JUNIO 2019

THE COMMUNICATION AND THE RELATIONSHIP MALE NURSE-PATIENT GERIATRIC GENERAL HOSPITAL GUILLERMO DOMÍNGUEZ LÓPEZ. JANUARY-JUNE 2019

Lady Peña Pérez[1]

Osquell Pérez Suarez[2]

Luis Enrique Ferrer Rosales[3]

RESUMEN

Se realizó un estudio observaciónal, transversal de intervención para valorar la comunicación en relación enfermero paciente en la sala de geriatría. Hospital Guillermo Domínguez de Puerto Padre enero–junio 2019. El universo estuvo constituido por 175 pacientes ingresados en el servicio durante este periodo, los datos se obtuvieron de las historias clínicas y la observación periódica a la sala y se aplicó una encuesta con las variables de interés grupo etario, sexo, acciones de apoyo físico y psicológicas y nivel de satisfacción. Se demostró que en la comunicación en la relación enfermero-paciente la posee un papel importante constituyendo este una herramienta propicia para logar cambios en los hábitos y estilos de vida inadecuada incrementando así la calidad de vida de los gerontes y el nivel de satisfacción percibido.

PALABRAS CLAVES: Comunicación / Gerontología / Geriatría.

ABSTRACT

It was carried out a study observaciónal, traverse of intervention to value the communication in relationship patient male nurse in the geriatrics room. Guillermo Domínguez´s Hospital of Port Father January-June 2019. The universe was constituted by 175 patients entered in the service during this period, the data were obtained from the clinical histories and the periodic observation to the room and a survey was applied with the variables of interest group etario, sex, physical and psychological support actions and level of satisfaction. It was demonstrated that in the communication in the male nurse-patient relationship possesses it an important paper constituting this a favorable tool for to obtain changes in the habits and inadequate lifestyles increasing this way the quality of life of the gerontes and the perceived level of satisfaction.

KEY WORDS: Communication / Gerontology / Geriatrics.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento forma parte del desarrollo normal del ser humano. En América Latina existen países, como Brasil, Uruguay, Puerto Rico, Martinica y Barbados, donde el envejecimiento de la población es un hecho. En Cuba, el último Censo de Población y Viviendas, realizado en septiembre del año 2012, hizo evidente que el país envejece

[1] Licenciada en Enfermería. Profesora asistente. Filial de Ciencias Médicas Puerto Padre.
[2] Licenciado en Enfermería. Profesor instructor. Filial de Ciencias Médicas Puerto Padre
[3] Especialista de Primer Grado en MGI. Profesor Instructor

vertiginosamente, estimándose que en 2035, 1 de cada 3 cubanos habrá sobrepasado los 60 años Bustamante-Edquén, 2018 y Castellanos Prada,

2018.

La enfermería como ciencia ha creado estrategias que le permiten enfrentar de forma eficaz el fenómeno del envejecimiento poblacional, los efectos de la disminución de la natalidad por disimiles causales y del logro social de vivir en un país con una esperanza y calidad de vida elevada; situación que hace que las personas vivan más años y tengan necesidades humanas por satisfacer en todas las esferas: biológicas, psicológicas y sociales, por lo que se hace necesario una adecuada comunicación enfermero-paciente que permitan brindar una atención de enfermería con calidad. Moré, 2016.

La comunicación es un proceso de interacción social que permite trasmitir información entre las personas, y en el caso de la profesión de enfermería esta cobra vital importancia para lograr los objetivos deseados y ofrecer una atención con calidad. En el caso de enfermería la comunicación enfermera-paciente-familia ocupa un lugar prioritario en el ejercicio de la práctica de enfermería, ya que es el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales, como tecnológicos, dirigidos a la oferta del cuidado de enfermería de calidad así como para la prevención y promoción de salud con un enfoque holístico. La comunicación que establece el personal de enfermería con los pacientes, la familia, con el resto de los profesionales de la salud permite el cuidado efectivo a los pacientes y mantener un ambiente laboral cordial, por lo cual la comunicación es fundamental para el éxito. Figueroa-Ibarra, 2016.

Gracias a la necesidad que tiene el ser humano de expresar sus sentimientos, pensamientos, formas de ver y entender la vida la comunicación juega un roll fundamental en todos los aspectos. Cuando la comunicación es deficiente o insuficiente, se producen una serie de conflictos interpersonales. En la práctica del ejercicio de enfermería, la comunicación es una herramienta fundamental. Cara Rodríguez, 2018.

La comunicación humana se ha definido como la generación y transmisión de alto significado, se trata de una interacción dinámica entre dos o más personas en la que intercambian., la enfermera expresa en su comunicación verbal un claro compromiso de comprender, transmitir, y aceptar con toda claridad el valor del paciente .por eso cuando hablamos de comunicación enfermero paciente geriátrico, la comunicación es especial. Por todos los cambios que ocurren en esta etapa de la vida. Figueroa-Ibarra, 2016 y Cara Rodríguez, 2018

Para logra una adecuada relación de enfermero-paciente-familia durante el proceso de salud-enfermedad, se hace necesario que el profesional obtenga una serie de habilidades de comunicación, como son la escucha activa y la comunicación interpersonal. Es por ello, que los profesionales de Enfermería, que son los pasan más tiempo con el paciente y la familia, establezcan un contacto más cercano. Maldonado, 2012.

En la actualidad tenemos la fortuna de estar viviendo una importante trasformación de la enfermería en lo Intelectual y pedagógico que las hace avanzar de modo continuo e inexorables consolidación como disciplina científica por la que se hace necesario

nuestra obligada actualización de conocimientos. Para lograr bienestar físico y espiritual del paciente es necesario día a día elevar la sensibilidad y el humanismo y así mejorar nuestra calidad humana , lo cual demanda de nosotros ser cada día mas incondicionales en la labor diaria; compartir con el paciente sus sentimientos , emociones y lograr un alto nivel de relación y comunicación con el paciente; solo mediante una estrecha comunicación podemos conocer a cada individuo , llegar a sus sentimientos , trasmitir confianza seguridad , lograr que ellos sientan bien que realmente nos interesa su bienestar y su pronta recuperación. Demostrar que a ellos nos debemos y son la razón de nuestra profesión. Figueroa-Ibarra, 2016 y Moré, 2016.

El tema revela gran importancia pues en la provincia de Las Tunas en la actualidad hay 535 014 gerontes, en el municipio de Puerto Padre la población anciana es de 93 960, y conociendo el elevado número de pacientes geriátricos en nuestro municipio y las dificultades que existen entorno a una correcta comunicación, nos motivamos a realizar un estudio al tema.

El problema pudiera expresarse a partir de las siguientes interrogantes:

¿Cómo influye la comunicación y los cambios relacionados con la edad?

¿Cómo influye la comunicación en la aplicación al paciente de las acciones de apoyo físico?

¿Qué influencia tiene la comunicación en las acciones de apoyo psicológico?

¿Qué relación guarda la comunicación y la orientación correcta al paciente en la realización de pruebas o exámenes?

Se realizó un estudio observacional, transversal y de intervención con el objetivo de Valorar la comunicación en la relación enfermero paciente en la sala de geriatría. Hospital Guillermo Domínguez López de Puerto Padre enero–junio 2019.

El universo estuvo constituido por 175 pacientes ingresados en el servicio de geriatría de enero-junio 2019, los cuales fueron la muestra del estudio.

Para cumplir los objetivos se revisaron las historias clínicas de los pacientes gerontes, la observación periódica al servicio de geriatría, y se realizó una encuesta con las siguientes variables: La comunicación durante las acciones de apoyo físico. La comunicación en las acciones psicológicas, además se impartió un taller al personal de la sala con un total de 20 horas clases y al terminar se aplicó otra encuesta a los pacientes para conocer su satisfacción.

Distribución de los casos por sexos y edades. Sala de geriatría. Hospital Guillermo Domínguez. Puerto Padre enero–junio 2019

En la sala de geriatría del Hospital Docente Guillermo Domínguez de Puerto Padre predominó el sexo femenino con 100 pacientes para un 57.1% y el grupo etario de 60 a 69 años con 112 para un 64%.

Concordamos con los autores que expresan que el envejecimiento poblacional se incrementa sustancialmente a nivel mundial por ejemplo en América Latina existen países, como Brasil, Uruguay, Puerto Rico, Martinica y Barbados, donde el envejecimiento de la población es un hecho. En Cuba, el último Censo de Población y

Viviendas, realizado en septiembre del año 2012, hizo evidente que el país envejece vertiginosamente, estimándose que en 2035, 1 de cada 3 cubanos habrá sobrepasado los 60 años. Castellanos Prada, 2018 y Leitón Espinoza, 2018.

> "Se calcula que en el planeta viven 600 millones de personas mayores de 60 años, se proyecta que en el 2025 se duplicará y en el 2050 llegará a 2000 millones de adultos mayores. El incremento de la esperanza de vida es un indicador de la mejoría del estado de salud en la población de edad temprana, pero se relaciona con edades mayores con tasas elevadas de enfermedades crónicas y degenerativas que afectan su calidad de vida." Sánchez Fernández, 2018.

En la mayoría de los países que presentan signos de envejecimiento o que enfrentan este proceso, en la población femenina se observa un mayor porcentaje de personas en edades avanzadas. En Cuba, el 15,0 de la población femenina y el 14,0 por ciento de la masculina corresponden a personas de 60 años o más. De igual forma, del total de personas de 60 años y más, aproximadamente el 50,1 por ciento corresponde al sexo femenino frente a un 49,9 por ciento del sexo masculino que en cifras absolutas significa que las féminas superan a los varones en casi seis mil datos que coincide con el estudio realizado. Suárez Cid, 2019; Castro Torre M. 2002 y Fernández Oliva M. 2006.

Mientras que el número de ancianos, hombres y mujeres, es casi igual en África, en Europa y América hay tres ancianas por cada dos ancianos, quizá debido al gran poder político y financiero que tienen las mujeres europeas y americanas. Al tener las mujeres mayor capacidad de auto cuidado, la tarea del cuidado de personas mayores se ha reducido por esta diferencia en la tasa de sobre vivencia. Sánchez Ramos, 2005. Y Fernández Oliva M. 2006.

Tabla 1 Distribución de los casos por sexos y edades. Sala de geriatría. Hospital Guillermo Domínguez. Puerto Padre enero–junio 2019.

	Masculino		Femenino		Total	
Grupo de edades	No	%	No	%	No	%
60-69 años	50	28.6	62	35.4	112	64
70- 79 años	10	5.7	23	13.2	33	18.9
80- 89 años	13	7.4	15	8.6	28	16
90 y más años	2	1.2	---	----	2	1.2
Total	75	42.9	100	57.1	175	100

Fuente; encuesta

Resultados de la comunicación según acciones de apoyo físico y psicológico

Nótese en la tabla 2 En el estudio realizado en la sala de geriatría del Hospital Guillermo Domínguez predominaron antes de intervenir en las acciones de apoyo físico las explicaciones ofrecidas sobre lo que se le va a realizar en 100casos (57.2) y las que

se modificaron a 160 una vez concluida la intervención de conjunto con el interés por el estado de pacientes para la misma cantidad de casos que representa el 91.4% y en las de apoyo psicológico predominó antes y después el tiempo que dedican los enfermeros para relacionarse con igual número de pacientes modificándose de 100 casos(57.2%) a 160 casos (91.4%).

La comunicación es una herramienta fundamental en el trabajo con los pacientes, la enfermera debe ser una comunicadora por excelencia para poder ofrecer una atención de enfermería con la calidad adecuada en el anciano la comunicación cobra un papel más importante aún por lo que se impone que sea efectiva en el contacto diario que sea amigable ,considerado y ético lo ayuda a mantener el concepto de sí mismo y la autoestima y de esta forma la enfermera debe ser cuidadosa al cumplir procederes que producen cambios (las de apoyo físico) una inyección , un examen , una cura etc., las que pueden producir, dolor, molestias, miedo ,ansiedad ,debe existir congruencia entre paciente-enfermero, pues de esta forma hay mayor dinámica y cooperación a pesar de sus deficiencias auditivas, visuales o sensoriales propias de la edad. Maldonado, 2012; Sánchez Fernández, 2018; Cara Rodríguez, 2018 y Figueroa-Ibarra, 2016.

Las autores consideran que sin buena comunicación no se desarrollan las buenas acciones tanto de apoyo físico como de apoyo psicológico ya que están íntimamente relacionadas con el proceso de atención de enfermería, pues a través de la buena comunicación podemos conocer cada individuo, llegar a sus sentimientos, trasmitir confianza, seguridad y bienestar, realizar acciones de prevención y promoción de salud pero enfantizan que en la comunicación con los adultos mayores de debe ser claro, coherente, sencilla y afectiva de manera que nos permita compartir los problemas, trasmitir experiencias y conocimientos. Una responsabilidad importante de las enfermeras es fomentar la confianza de las personas de la tercera edad en sí mismas, de acuerdo con las posibilidades de cada individuo; alentarlas a conservar o acrecentar su autosuficiencia mediante intervenciones y orientaciones acortadas, facultándolas a optimizar sus funciones físicas, sociales y psicológicas durante los períodos de cambios de estilo de vida. De todos es conocido que el ser humano constituye una unidad bio-psico-social, pero en ninguna otra etapa de la vida esta unión es tan estrecha, ni el factor psicológico tiene un papel tan significativo en la calidad de vida de las personas como en la tercera edad.

Tabla 2: Resultados de la comunicación según acciones de apoyo físico y psicológico antes y después de intervenir.

Tipos de acciones	**Antes**		**Después**	
	No.	**%**	**no**	**%**
Acciones de apoyo físico				
Se le brinda preparación psicológica en todo momento en la sala	100	57.2	150	85,7
Se le explica en todo momento lo que se le va a realizar	90	51.4	160	91.4
Se interesan por su estado al concluir todo proceder de enfermería	90	51.4	160	91.4

Acciones de apoyo Psicológico				
Dedican tiempo los enfermeros para relacionarse	100	57.2	160	91,4
Utilizan expresiones claras en su relación	95	54.3	155	88,6
Les inspiran confianza a sus problemas	98	56	150	85.7
Se interesan por ayudarlos en todo lo que se le plantea.	93	53.2	150	85.7

Fuente; encuesta

Nivel de satisfacción de los adultos mayores sobre la atención recibida

En el servicio de geriatría del Hospital Guillermo Domínguez predominaron los pacientes satisfechos con la atención prestada en 173 pacientes para un 98.9%.

Coincidimos con estudios realizados donde plantean que las personas mayores representan un grupo poblacional vulnerable por los diferentes trastornos que pueden sufrir en el ámbito individual, social, físico o mental, por lo que la comunicación en estos pacientes resulta un instrumento esencial para incrementar la calidad de la atención de enfermería y con ello la satisfacción de los pacientes y sus familiares. Sánchez Fernández, 2018. Por lo tanto, el profesional dador de cuidados mediante una eficiente comunicación durante el Proceso de Atención de Enfermería es capaz de modificar hábitos y estilos de vida, así como conservar y restablecer la salud y prevenir enfermedades. Moré, 2016

> “La comunicación y la coordinación que tiene el personal de enfermería, dentro de cada unidad como con otras unidades, pueden influenciar resultados positivos para los pacientes y la gestión administrativa.” Puello Ortega, 2016.

Tabla 3: Nivel de satisfacción de los adultos mayores sobre la atención recibida después de la intervención.

Nivel de satisfacción	No	%
Satisfecho	173	98.9
No satisfecho	2	1.2

Fuente: encuesta

CONCLUSIONES

Se demostró que en la comunicación en la relación enfermero-paciente la posee un papel importante constituyendo este una herramienta propicia para logar cambios en los hábitos y estilos de vida inadecuados incrementando así la calidad de vida de los gerontes y la calidad del Proceso de Atención de Enfermería que se otorgue.

REFERENCIAS

Bustamante-Edquén, S., Victoria Mori, F. M. L., Ojeda-Vargas, M. G., Rojo-Vera, D., Rodríguez-Méndez, R., & Fajardo-Ramos, E. (2018). Principios de cuidado al adulto mayor en familias peruanas y mexicanas: Estudio comparado. *Salud Uninorte*, *34*(1), 112–118. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=130788603&lang=es&site=ehost-live

Cara Rodríguez, R. Aviles Saez, Z y López Trinidad, L.M. 2018. Comunicación y escucha activa por parte del profesional de Enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una revisión bibliográfica. Revista Española De Comunicación en Salud, VOL. 9, NO. 2, 221-229 Disponible en: https://doi.org/10.20318/recs.2018.4500

Castellanos Prada, D. R., & Domínguez Santana, L. (2018). Manifestaciones bucales de la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor. *Revista Cubana de Endocrinología*, *29*(3), 1–11. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=134458961&lang=es&site=ehost-live

Castro Torre M. (2002). Manual de Procedimientos de Enfermería. Editorial Ciencias Médicas La Habana. p. 13 y 16.

Fernández Oliva M. 2006. Manual de Técnicas de Estudio. Ed Pueblo y Educación. La Habana p. 68..

Figueroa-Ibarra, C. Zaragoza-Ortega, M. García-Puga, J. A. 2016. Calidad de la Comunicación del Personal de Enfermería en el Servicio de Neonatología del Hospital Infantil del Sonora. Bol Clin Hosp Infant Edo Son; 33(1): 14-18

Leitón Espinoza, Z. E., Villanueva Benites, M. E., & Fajardo Ramos, E. (2018). Relación entre variables demográficas y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. *Salud Uninorte*, *34*(2), 443–454. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=134901767&lang=es&site=ehost-live

Maldonado, A. D. A. (2012). La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. Revista Española de Comunicación en Salud, 3(2), 147-157

Moré, C. A. P. (2016). La enfermería y su liderazgo en la atención a los adultos mayores. *Revista Cubana de Enfermería*, *32*(4), 1. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123900802&lang=es&site=ehost-live

Puello Ortega, A. Prieto Silva, R. Rondón Medina, V. (2016). Comunicación y coordinación en enfermería en una institución de salud de alta complejidad en Cartagena. Disponible en: http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.56132

Sánchez Fernández, G., Naún Savón, Y., Baró Bouly, T., & Serrano Durán, C. (2018). Protocolo de atención de enfermería al adulto mayor en instituciones de salud. *Revista Información Científica*, *97*(5), 999–1009. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=134128490&lang=es&site=ehost-live

Sánchez Ramos L. (2005). Introducción a la medicina General Integral. Ed Ciencias Médicas. La Habana p. 50- 59.

Suárez Cid, L., & Gross Tur, R. (2019). Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. *Revista Información Científica*, *98*(1), 88–97. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=136375163&lang=es&site=ehost-live

PROTAGONISMO DE LA ENFERMERA EN EL MANEJO DEL NIÑO CON SÍNDROME SÉPTICO

THE ROLE OF THE NURSE IN THE MANAGEMENT OF THE CHILD WITH SEPTIC SYNDROME

Madelyn Clemente Querol[1]

Miguel Ángel Zamora Yanes[2]

Yolexis Suárez Mora[3] lianlis@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de ejemplificar el rol de la enfermera en el manejo del paciente pediátrico con Síndrome Séptico. Con un universo de 184 pacientes. La información fue recogida de controles existentes trataron las variables sexo, área de procedencia, criterios de Bone diagnosticados, relación de los grupos etáreos con el número del trocar seleccionado al iniciar la resucitación, principales cuidados de enfermería. El 34,2%, tuvieronsepsis, 51,1% fueron masculinos, los de la urbanidad predominaron con el 55,9%, el 95,1% portaron 2 ó más criterios de Bone u otros signos de sepsis, de 6 meses-6 años fuela edad más frecuente con el 63,5%, 114 pacientes recibieron adecuadamente el trocar según edad y flujo permitido al iniciar la resucitación, el accionar de enfermería fue correcto con un alto grado de cientificidad.

PALABRAS CLAVES: SIRS, Sepsis, Signos de alarma, Criterios de Bone.

ABSTRACT

He/she was carried out a traverse descriptive study with the objective of exemplifying the nurse's list in the pediatric patient's handling with Septic Syndrome. With an universe of 184 patients. The information was picked up of existent controls they treated the variable sex, origin area, approaches of diagnosed Bone, relationship of the groups etáreos with the number of the to exchange selected when beginning the resuscitation, main infirmary cares. 34,2%, they had sepsis, 51,1% was masculine, those of the courtesy prevailed with 55,9%, 95,1% carried 2 or more approaches of Bone or other sepsis signs, of 6 month-6 years it was the most frequent age with 63,5%, 114 patients received appropriately exchanging according to age and flow allowed when beginning the resuscitation, working of infirmary was correct with a high cientificidad grade.

KEY WORDS: Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS), Sepsis, Alarm signs, Bone criteria

INTRODUCCIÓN

La infección ha estado asociada al hombre desde sus orígenes, quien en su desarrollo y subsistencia se ha esforzado de muchas maneras por resolver esta agresión. Desde la antigüedad la presencia de hipoperfusiòn tisular en pacientes con una infección

[1]Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería Materno Infantil. Hospital Pediátrico Raymundo Castro. Puerto Padre. Las Tunas

[2]Licenciado en Enfermería. Hospital Pediátrico Raymundo Castro. Puerto Padre. Las Tunas

[3]Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería Comunitaria. Hospital Pediátrico Raymundo Castro. Puerto Padre. Las Tunas

grave, era un proceso conocido y de una gravedad manifiesta. Hipócrates de Cos, ya en el siglo VI ac., describió con claridad en los aforismos el cuadro de frialdad de extremidades y sudor frío que sigue a una enfermedad aguda febril. (Tratados Hipocráticos, 1983)

La palabra Sepsis viene del griego “sepein pudrir”, la misma fue tomada en el siglo XIX, tras los estudios de Pasteur y Koch citado por Langmuir A, et al, para definir el proceso de fermentación o putrefacción de la materia orgánica por microorganismos. (Langmuir AD, Woorthern TD, Solomon J, 1985)

Anteriormente la falta de terminología estándar complicó el entendimiento entre médicos y científicos. Nuevas comparaciones y terminologías con relación a la Sepsis han avanzado en los últimos tiempos, las que han transitado por un largo camino que comenzó hace más de dos décadas, cuando en 1991 se celebró la Conferencia de Consenso (CC), patrocinada por el Colegio Americano de Enfermedades del Tórax y la Sociedad de Cuidados Intensivos en Medicina (CAET/SCIM), en la que se propusieron las definiciones de los síndromes sépticos, aceptadas en la actualidad (Langmuir AD, Woorthern TD, Solomon J, 2017). En ella se introdujo el nuevo concepto de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), que se refiere a esta como la respuesta generalizada del organismo ante determinados estímulos, cuya presencia puede obedecer a causas infecciosas o no infecciosas, los cuales fueron publicados en los trabajos de Bone, et al. La Sepsis se define como el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) secundario a una infección.(Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al, 1992)

Estos criterios de adultos se adecuaron a los diferentes grupos de edades pediátricas en 1996, lo que constituyó un instrumento de incalculable valor para todos los pediatras. En el 2012 se convocó un comité de consenso, 11 de 68 expertos internacionales en representación de 30 organizaciones internacionales con el objetivo de ofrecer una actualización de las recomendaciones de la campaña para sobrevivir a la Sepsis, para el tratamiento de Sepsis grave y choque septicémico, realizaron así una revisión de las guías del 2008 de carácter clínico para el manejo de las mismas.

Los autores en la CC, presentaron una lista ampliada de signos y síntomas de Sepsis, que denominan criterios diagnósticos de Sepsis, que en realidad constituyen elementos sugerentes de infección, respuesta inflamatoria y disfunción de órganos, aunque no son exhaustivos. Recomendaron mantener el concepto de SIRS de 1991 a pesar de su escasa especificidad. (Pantoja -Chamorro F, Mazzillo-Vega L, Palacios-Barahona U, 2018)

La incidencia de la Sepsis está en aumento y se espera que siga así. En Estados Unidos, se ha estimado que en los últimos 20 años la incidencia de la Sepsis ha aumentado a un ritmo del 8,7 % anual y en Europa se manejan cifras similares. (Baique Sánchez PM, 2017)

En Cuba desde hace varios años, la Sepsis ha causado numerosas muertes, especialmente de niños menores de un año, los cuales suceden en un cuadro de choque séptico que la coloca como la cuarta causa de muerte y que excluye a los menores de 28 días. En 1980 murieron 91 lactantes por Sepsis, para una tasa de 0,7 por 1 000 nacidos vivos menores de un año, así como 15 en el bienio 2006-2007, para

una tasa nacional de 0,1, que compartió la tercera causa de muerte, respectivamente, en los que no habían cumplido el primer año de vida. Asimismo, constituyó en el 2008 la principal causa de muerte en menores de un año, con una tasa de 1,2 por cada 1 000 nacidos vivos, sin embargo, en el 2012 la tasa fue de 0,4 por cada mil nacidos vivos. (Ministerio de Salud Pública, 2008, 2012)

El diagnóstico precoz de la sepsis es fundamental y la rapidez del tratamiento es lo único que ha logrado disminuir de forma significativa su morbilidad y mortalidad, a través de la implementación de los protocolos que han permitido una disminución de los efectos y costos de la sepsis. Sin embargo, no existe ninguna prueba diagnóstica complementaria específica, por lo que la sospecha debe estar fundamentada en la clínica. Si se tiene en cuenta que los lactantes tienen mayor riesgo de desarrollar una sepsis fulminante, es en ellos en quienes es más importante realizar un diagnóstico precoz, mediante una monitorización y vigilancia más continuada. (Cristobo Bravo Tania, Quirós ViqueiraOdila, Rodríguez Bencomo David, 2015)

En los últimos años se ha profundizado y avanzado mucho en el entendimiento de la sepsis, se han realizado consensos internacionales sobre la definición, el diagnóstico y el tratamiento, se han descubierto cada vez más interacciones moleculares y se han desarrollado nuevas estrategias terapéuticas (Levy Mitchell, M., MD, MCCM; Evans, Laura, E., MD, MSc, FCCM; Rhodes, Andrew, MBBS, FRCA, FRCP, FFICM, MD, 2018). A pesar de los grandes avances en el conocimiento de su fisiopatología, una mejora en su pronóstico no descansa en la esperanza del descubrimiento de nuevas terapéuticas, sino en el uso más efectivo y puntual de las ya existentes, lo que sitúa al diagnóstico y tratamiento precoz como los pilares principales de su manejo.

> “El diagnóstico precoz de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) y el grado de certeza del riesgo de sepsis en desarrollo podría cambiar el enfoque del paciente en la práctica clínica diaria.”Fernández, R, 2014

En Cuba el estado destina cuantiosos recursos al Sistema Nacional de Salud y prioriza al programa materno – infantil, el cual tiene como objetivo fundamental preservar la salud de la población pediátrica.

Estadísticas de nuestro Hospital recogen en el año 2018 un total de 6680 pacientes por diversas causas, de ellas 184 corresponden a diversas entidades relacionadas con sepsis, esto constituye el 2,7%,a pesar de que el porciento es bajo, nos motivamos a realizar esta investigación teniendo en cuenta que fue necesario el traslado hacia el Hospital provincial del 8,1% de los casos, el índice de letalidad fue del 1,6% y con el objetivo general de ejemplificar el protagonismo de la enfermera en el manejo del niño portador del síndrome séptico y los específicos deidentificar las entidades nosológicas asociadas con sepsis, relacionar el sexo con el área de procedencia de los casos, identificar los criterios de Boneó los signos de alarma de sepsis, determinar la relación de los grupos etarios con el número y color del trocar seleccionado en la canalización de la vía periférica,mostrar los principales cuidados y procederes de enfermería empleados.

Se realizó un estudio descriptivo de corte trasversal en el Hospital Pediátrico Docente “Raymundo Castro Morales” del municipio Puerto Padre, Provincia Las Tunas, con el

objetivo de ejemplificar el protagonismo de la enfermera en el manejo del paciente pediátrico portador de síndrome séptico en el año 2018.

La población estuvo constituida por 184 pacientes los cuales ingresaron o egresaron con diagnósticos de entidades nosológicas asociados con Sepsis en el año 2018 en el Hospital Pediátrico Docente Raymundo Castro Morales. Se tomaron 5 muestras, La primera fue de 6 pacientes con diagnóstico de crisis endotóxicas; la segunda fue de 49 pacientes diagnosticados con SRIS; la tercera fue de 60 pacientes con diagnóstico de signos alarmantes de Sepsis, la cuarta fue de 63 pacientes portadores de Sepsis y la última fue de 6 pacientes diagnosticados con Sepsis severa. Se seleccionaron a través del método aleatorio simple.

Después de una revisión bibliográfica se determinaron los objetivos y variables y se confeccionó un cuestionario que se aplicó a las muestras seleccionadas. Los datos obtenidos a través de un programa de computación calculando la relación porcentual, los resultados se reflejaron en cuadros para su mejor comprensión.

Al SRIS se le ha otorgado el calificativo de antesala a un fenómeno complejo; de difícil manejo y de carácter progresivo como es la Sepsis. Mundialmente va en aumento y en nuestro país ha logrado tasas de letalidad hasta del 1,2 % por cada mil nacidos vivos. (Salcedo Reyes Caridad, Villarreal Pérez Pedro R, Agramonte Valle Niurka, Salcedo Pérez José Luis, Reyes Navarro Ernestina, 2015)

Entidades nosológicas relacionadas con Sepsis. Año 2018 Hospital Pediátrico Raymundo Castro Morales.

En la tabla 1 observamos la cantidad de pacientes según el diagnóstico, siendo la Sepsis la de mayor representatividad con el 34,2%.Se trasladaron al Hospital Provincial el 8.1% de los casos, el índice de letalidad fue del 1,6%.resultados similares fueron obtenidos por Levy Mitchell en su trabajo Sepsis: actualizan recomendaciones para la primera hora. (Levy Mitchell, M., MD, MCCM; Evans, Laura, E., MD, MSc, FCCM; Rhodes, Andrew, MBBS, FRCA, FRCP, FFICM, MD, 2018)

Tabla 1: Entidades nosológicas relacionadas con Sepsis. Año 2018 Hospital Pediátrico Raymundo Castro Morales.

Diagnósticos	número	%
Crisis endotóxica o crisis de Bacteriemia.	6	3,2
Síndrome de Respuesta Inflamatoria. Sistémica. (SRIS).	49	26,8
Signos de alarma de Sepsis.	60	32,6
Sepsis.	63	34,2
Sepsis severa.	6	3,2
Traslados al Hospital Provincial.	15	8,1
Fallecidos en el Hospital Provincial de los trasladados.	3	1,6
TOTAL.	184	100

Relación entre sexo y el área de procedencia de los casos portadores de Síndrome Séptico. Año 2018 Hospital Pediátrico Raymundo Castro Morales

El sexo masculino fue el que predominó con el 51,1%sobre las féminas que obtuvieron el 48,9%.Los pacientes provenientes de la urbanidad fueron los más afectados con el 55,9%.(tabla 2).

En investigaciones sobre prevalencia del sexo, en cuanto a la mortalidad infantil, se han registrado cifras superiores de mortalidad en varones. Sin embargo, se consideró que las variables. Sexo y Zona de procedencia no influyeron en la evolución de los pacientes hacia las formas severas de Sepsis.

En el manejo del síndrome séptico, constituyen los criterios de Bone un aspecto de incalculable valor en el diagnóstico temprano de la entidad así como también los signos alarmantes de Sepsis los cuales no siempre están presentes al ingreso y son detectados en su mayoría por el personal de enfermería que es quien permanece al cuidado y observación del paciente.

En el manejo del síndrome séptico, constituyen los criterios de Bone un aspecto de incalculable valor en el diagnóstico temprano de la entidad así como también los signos alarmantes de Sepsis los cuales no siempre están presentes al ingreso y son detectados en su mayoría por el personal de enfermería que es quien permanece al cuidado y observación del paciente. (Levy MM, Dellinger RP, Townsend SR, 2010)

Tabla 2: Relación entre sexo y el área de procedencia de los casos portadores de Síndrome Séptico. Año 2018 Hospital Pediátrico Raymundo Castro Morales.

Sexo	Zona Urbana	%	Zona Rural	%	Total	%
Masculino	53	56,4	41	43,6	94	51,1
Femenino	50	55,5	40	44,5	90	48,9
TOTAL	103	55,9	81	44,1	184	100

Criterios de Bone o signos de alarma de Sepsis detectados por el binomio Médico-Enfermera, año 2018 Hospital Pediátrico Raymundo Castro Morales

En nuestro estudio el 95,1% de los pacientes fueron portadores de 2 ò más criterios de Bone u otros signos alarmantes de sepsis. (tabla3).

Los resultados del presente estudio no difieren en general de lo informado en trabajos similares.

La edad es catalogada como factor de riesgo por la inmadurez de la respuesta inmunológica y celular, los cuales incluyen producción insuficiente de anticuerpos, niveles bajos de complemento y defectos en la fagocitosis y actividad bactericida de los polimorfonucleares. (Castelo Rivas Walter Patricio, Castelo Rivas Angel Fredy, Rodríguez Díaz Jorge Luis, 2016). (Tabla 4)

En nuestro estudio descartamos la clasificación de los pacientes según los grupos de edades utilizados por el consenso internacional sobre Sepsis Pediátrica y disfunción orgánica y empleamos la clasificación existente según edad, trocar, color y flujo permitido, siendo los pacientes comprendidos desde los 6 meses hasta los 6 años los más frecuentes con el 63,5%.Nuestros grupos de edades se diferencian a otros

estudios; Crespo Barrios reporta 24% en lactantes y 50% en preescolares, en estudio del Hospital Juan Manuel Márquez.
La obtención del acceso vascular debe ser en los primeros 5 minutos, este proceder le corresponde en su mayoría a la enfermera quien no solo se enfrenta a la dificultad de la edad pediátrica sino a situaciones de colapso hemodinámico; la misma debe seleccionar adecuadamente el número y el color del trocar empleado según la edad del paciente pues es así que se logra el flujo requerido para la resucitación con volumen (15). En nuestro estudio 114 pacientes recibieron adecuadamente el trocar según la edad y flujo permitido.
No encontramos en la bibliografía revisada, información similar a esta que nos permitiera realizar comparaciones.

Es la Sepsis un verdadero calificador de salud que lleva implícito los logros del diagnóstico temprano y su tratamiento adecuado; en ello juega un papel fundamental el personal de enfermería y de su correcto accionar depende en gran medida no solo el diagnóstico precoz sino la detención a etapas más avanzadas de la Sepsis.

La reanimación precoz durante la primera media hora está orientada a la corrección de la hipoperfusiòn tisular y por ende la hipoxia global para así restablecer la función celular y la homeostasis metabólica. (Niño ME, Hormiga CM, Ordóñez IT, Villarreal VP, Ardila L, Torres D, 2014)

Tabla 3: Criterios de Bone o signos de alarma de Sepsis detectados por el binomio Médico-Enfermera, año 2018 Hospital Pediátrico Raymundo Castro Morales

Criterios de Bone o signos de alarma de sepsis.	número	%
Hipertermia o Hipotermia	170	92,3
Polipnea o Bradipnea	140	21,7
Taquicardia o Bradicardia	35	19.0
Leucocitosis o Leucopenia	99	26,6
Alteraciones de la coloración de la piel	52	28,2
Trastornos del apetito	38	20,6
Alteraciones del sensorio	10	5,4
Alteraciones del nivel de actividad	6	3,2
Trastornos de la afectividad	5	2,7
Alteraciones hemodinámicas	30	16,3
Alteraciones digestivas	24	13,0
Alteraciones renales	18	9.7
2 ò más criterios de Bone u otros signos de alarma de sepsis	175	95,1
Total	184	100

Accionar de enfermería presente en los casos estudiados con Síndrome Séptico
En la tabla 4 de nuestro trabajo mostramos el accionar de enfermería presente en la realización del PAE a los pacientes estudiados.

La mayor representatividad estuvo constituida por los portadores de Sepsis, el sexo masculino y la zona urbana predominaron, al 95% de los casos le fueron diagnosticados 2 ò más criterios de Bone u otros signos de alarma de Sepsis, la enfermera en la mayoría de los casos seleccionó adecuadamente el número del trocar según la edad en el inicio de la resucitación con cristaloides, el accionar de enfermería en estos casos fue correcto y de alto grado de cientificidad.

Tabla 4: Accionar de enfermería presente en los casos estudiados con Síndrome Séptico. Año 2018. Hospital Pediátrico Raymundo Castro Morales.

CONCLUSIONES

Acciones de Enfermería aplicadas.
- Observar y diagnosticar signos y síntomas de alarma de Sepsis.
- Informar oportunamente al médico de asistencia, siempre que alguno de estos síntomas sea detectado.
- Colocar al paciente en la posición adecuada según la afección que presente.
- Permeabilizar vías aéreas de ser necesario.
- Aspirar secreciones naso-bucofaríngeas, de ser necesario.
- Administrar oxigeno suplementario.
- Canalizar una o dos vías venosas con trocar correspondiente con la edad y el flujo que se necesite administrar.
- Iniciar la hidroterapia con cristaloides y antibioticoterapia, según indicaciones médicas.
- Monitorizar constantes vitales.
- Colocar sonda nasogástrica, vesical o rectal, de ser necesario.
- Llevar hoja de Balance Hidromineral.
- Brindar información y apoyo emocional a pacientes y familiares.

REFERENCIAS

Baique Sánchez PM.(2017) Sepsis en pediatría: nuevos conceptos. AnFac med.; 78(3):333-342DOI: http://dx.doi.org/10.15381/

anales.v78i3.13769. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n3/a14v78n3.pdf

Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al.(1992) Definitions for sepsis and organ failure and guide lines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/ SCCM Consensus Conference Committee.American College of Chest Physicians/ Society of Critical Care Medicine.Chest;101:1644-1655.

Castelo Rivas Walter Patricio, Castelo Rivas Angel Fredy, Rodríguez Díaz Jorge Luis.(2016) Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. Rev Cubana Enfermer [Internet] [citado 2019 Abr 23] ; 32(3). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300007&lng=es

Cristobo Bravo Tania, Quirós ViqueiraOdila, Rodríguez Bencomo David. (2015) Actualización en la detección y manejo de la sepsis en el menor de un año. AMC [Internet]. [citado 2016 Out 17] ; 19(5): 512-527. Disponívelem: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000500011&lng=pt

Fernández, R., Macuarisma Lezama, P., Figueroa, M., &Macuarisma Velásquez, P. (2014). Síndrome De Respuesta Inflamatoria Sistémica Y Disfunción Orgánica en Urgencias Pediátricas. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, 77(3), 116–119. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=115961590&lang=es&site=ehost-live

Langmuir AD, Woorthern TD, Solomon J.(1985) The Thucydides syndrome. A new hypothesis for the cause of plague of Athens.N Engl J Med.17;313(16):1027-1030.

Levy MM, Dellinger RP, Townsend SR. (2010) Surviving Sepsis Campaign: The Surviving Sepsis Campaign: Results of aninternationalguideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. CritCareMed; 38:367–374.

Levy Mitchell M, MCCM E, Laura E, FCCM Rhodes, Andrew MBBS, FRCA FRCP, FFICM MD.(2018)Sepsis:actualizan recomendaciones para la primera hora. CriticalCare Medicine: Vol 46 (6) p 997–1000 Disponible en:http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=92539&uid=830909&fuente=inews

Ministerio de Salud Pública. (2008) Anuario Estadístico. Ciudad de la Habana: Dirección Nacional de Estadística.

Ministerio de Salud Pública. (2012) Anuario Estadístico. Ciudad de Habana:Dirección Nacional de Estadística.

Naveda Romero Omar E, Naveda Meléndez Andrea F. (2017) Sobrecarga hídrica y falla renal en niños con sepsis grave y shock séptico: un estudio de cohortes. Arch. argent.pediatr. [Internet]. [citado 2018 Abr 02] ; 115(2): 118-124. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752017000200004&lng=es. http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.118.

Niño ME, Hormiga CM, Ordóñez IT, Villarreal VP, Ardila L, Torres D. (2014) Mortalidad por sepsis e infecciones complicadas en el departamento de Santander, Colombia. Rev Univ. Salud; 16(2): 139 – 149.

Pantoja -Chamorro F, Mazzillo-Vega L, Palacios-Barahona U. (2018) Análisis de la asociación entre procalcitonina y mortalidad por sepsis en menores de 18 años en una unidad de cuidados intensivos, Pasto -Colombia 2012 -2014. Univ. Salud. 20(1):64-71.DOI: http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.110

Salcedo Reyes Caridad, Villarreal Pérez Pedro R, Agramonte Valle Niurka, Salcedo Pérez Jose Luis, Reyes Navarro Ernestina. (2015) Sepsis severa y shock séptico en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico de Sancti Spíritus. GacMédEspirit [Internet] [citado 2016 Oct 17]; 17(1): 25-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000100003&lng=es.

Tratados Hipocráticos. (1983) Madrid: Editorial Gredos.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. POLICLINICO MARIO POZO. 2018

EDUCATIONAL INTERVENTION ON PREGNANCY IN THE ADOLESCENCE. POLICLINIC MARIO POZO. 2018

Maria del Carmen Rodríguez Ochoa[1]
Norma Ávila Hernández[2]
Noelia Escobar Rodríguez[3]

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasiexperimental intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia en el Consultorio Médico 31 del Policlínico Mario Pozo durante el 2018. El universo estuvo conformado por el total de los adolescentes y la muestra por 25 de ellos que ofrecieron su consentimiento informado. La información obtenida del cuestionario que se aplicó antes y después de la intervención arrojó las variables de interés, donde incidieron en los adolescentes con antecedentes de embarazo el grupo etario de 17-19 años, con 15 adolescentes (60%), el nivel de conocimientos antes de la intervención incidió el desconocimiento de la repercusión del embarazo para la adolescente y el niño en 22 jóvenes (88%) y en las acciones de enfermería predominaron las visitas al hogar así como proporcionar un clima de confianza mutua. Las acciones de enfermerías dirigidas a los adolescentes sobre los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia deben ser sistemáticas.

PALABRAS CLAVES: Embarazo en la adolescencia, Embarazo Precoz, maternidad Precoz, estrategia educativa.

ABSTRACT

It was carried out a study cuasiexperimental educational intervention on pregnancy in the adolescence in the Medical Clinic 31 of the Policlínico Mario Well during the 2018. The universe was conformed by the total of the adolescents and the sample by 25 of them that you/they offered its informed consent. The obtained information of the questionnaire that was applied before and after the intervention it threw the variables of interest, where they impacted in the adolescents with pregnancy antecedents the group 17-19 year-old etario, with 15 adolescents (60%), the level of knowledge before the intervention impacted the ignorance of the repercussion of the pregnancy for the adolescent and the boy in 22 youths (88%) and in the infirmary actions the visits prevailed to the home as well as to provide a climate of mutual trust. The actions of infirmaries directed to the adolescents about the factors of risk of the pregnancy in the adolescence should be systematic.

KEY WORDS: Pregnancy in the adolescence, Precocious Pregnancy, Precocious maternity, educational strategy.

[1] Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente.Miembro Titular de la SOCUENF.
[2] Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente. Master en Atención Integral a la Mujer.Miembro Titular de la SOCUENF.
[3] Especialista segundo Grado en MGI. Profesora Asistente.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales. En lo Biológico se abarcan todos los cambios que ocurren desde el inicio de la pubertad hasta alcanzar la madurez sexual y la capacidad reproductiva; en lo psicológico, influye en la identificación desde la niñez hasta la adultez, así como el despertar de la sexualidad la cual interviene en la personalidad y posee una gran repercusión, también debemos de destacar la llamada crisis de la adolescencia; en lo social, se logra un estado de relativa independencia. Estudios señalan que el inicio precoz de la pubertad da al traste con el interés sexual. Alvarez-Cabrera, 2015 y Iturra-Zamorano, 2017.

En la actualidad, se observa una separación progresiva entre el desarrollo biológico de la adolescente y la madurez psicosocial, lo que se evidencia por el marcado descenso en la edad de la menarquía (primera menstruación), lo cual les permite a las adolescentes ser madres a edades tan tempranas como a los 11 años donde aún el desarrollo biológico de estas no ha concluido. Chacón O'Farril, 2015 y Gómez Balbie, 2015

En el despertar de la sexualidad también pudiera dar al traste con el embarazo en la adolescencia, por lo que se hace necesario realizar acciones educativas y de orientación del adolescente, aspecto sumamente importante por las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que en el presente y en el futuro de la vida del joven pudiera tener. Sotelo Figueredo, 2013.

El embarazo en la adolescencia se comporta como un problema de salud a nivel, de etiología multifactorial, las cifras de embarazo en la adolescencia son preocupantes. Esto afecta tanto a los países desarrollados como a los que se encuentran en vías de desarrollo; con un fuerte impacto negativo sobre la adolescente, familia y la sociedad. Gómez Balbie, 2015

Según la Organización Mundial Para la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas (ONU) en todo el mundo hay más de 1 000 millones de adolescentes embarazadas, dentro de los más afectados por esta problemática se encuentran los países subdesarrollados con el 83 % de las cifras, siendo las complicaciones del embarazo y parto son las causas principales de muerte en este grupo. En el África Sub-Sahara son muy elevadas, en Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes, en Bolivia, cerca de 18%, en Colombia se registran las mayores tasas de embarazo adolescente de América Latina con 1 de cada 5 adolescentes de 15-19 años. Flores-Valencia, 2017 Mendoza Tascón, 2016. Esta situación también afecta los países desarrollados por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo, afirman no haberlo deseado. Chacón O'Farril, 2015 y Cortés Alfaro, 2015.

En Cuba a pesar de todas las acciones y estrategias implementadas por el Sistema de Salud Pública, donde la cobertura de salud llega a todos las familias, y existe un alto nivel de instrucción el 13 % de los nacimientos ocurren en madres adolescentes, resultando paradójico que siendo la nación de Latinoamérica con la tasa global más baja de fecundidad, la fecundidad de las adolescentes no haya descendido en la misma proporción. Cortés Alfaro, 2015 y Gómez Balbie, 2015. Siendo más notable esta

problemática en las provincias orientales. Gómez Balbie, 2015.Todo lo antes expuesto fue el motivo de la realización de la siguiente investigación.

Se realizó un estudio cuasiexperimental tipo intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia en el Consultorio Médico 31 del área de salud del Policlínico Mario Pozo del municipio Jesús Menéndez de la provincia de Las Tunas durante el año 2018. El universo quedó constituido por el total de los adolescentes del mismo y la muestra comprendió a todos aquellos que ofrecieron su consentimiento informado. La información obtenida de cuestionario que se aplicó antes y después de la intervención arrojó las variables de interés:

- Grupo etario: se abarcaron de la siguiente forma: 10-13, 14-16, 17-19.
- Nivel de conocimientos:

Repercusión del embarazo para la adolescente y el niño.

Métodos de anticoncepción.

Signos y síntomas de embarazo

Hábitos tóxicos y su repercusión en el embarazo.

Importancia de asistir a las consultas y realizarse los complementarios

Alto- alcanza 90% o más; Mediano- alcanza 80-90%; Bajo- alcanza menos de 80%, se trataron los siguientes aspectos

- Cuidados de enfermería.

Distribución de las adolescentes con antecedentes de embarazo según grupos de edades

En cuanto al grupo de edades se observa que predomina el grupo de edad de 17 a 19 años, con 15 adolescentes para un 60%.

Coincidimos con otros autores que plantean que el embarazo en la adolescencia representa un serio problema de salud, ya que su incidencia y prevalencia se han elevado considerablemente a nivel mundial. Esto se une a la dificultad en la creación de programas de educación sexual y orientación de la sexualidad, favorecen considerablemente este comportamiento. Gálvez Henry, 2017.

Las autoras consideran que la labor de la enfermera dela familia es fundamental donde mediante la correcta dispensarización y el control adecuado de las adolescentes consideradas como riesgo preconcepcional así mismo su labor educativa de forma permanente con las y los adolescentes donde se logre un clímax de confianza mutua es fundamental para la prevención del embarazo en la adolescencia.

Tabla #1 Distribución de las adolescentes con antecedentes de embarazo, según grupos de edades. Consultorio 31. Policlínico Mario Pozo.

Grupo etario	Total	%
10-13	1	4
14-16	9	36

17-19	15	60
Total	25	100

Fuente: Cuestionario estructurado

Nivel de conocimientos antes de la intervención

En lo referente al nivel de conocimientos antes de la intervención incidió el desconocimiento de la repercusión del embarazo para la adolescente y el niño en 22 adolescente para un 88% de la muestra.

Coincidimos con autores que plantean la imperiosa necesidad de incrementar los esfuerzos para disminuir el número de embarazos no deseados en la adolescencia. Motivo por el cual se hace evidente la necesidad de potenciar acciones educativas que promuevan un mejor conocimiento sobre aspectos esenciales de la sexualidad. Espinosa, M. 2016

Concordamos con el estudio que expresa que la adolescente debido a su falta de conocimientos propios de la edad posee poca conciencia de salud, que pudiera estar dado por baja educación recibida al respecto, por lo que le resulta muy difícil asumir su autocuidado pues aun psicológicamente no se encuentra apto para ello por lo que muchas veces no tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos muchas veces como castigo; es por tal motivo que en el embarazo precoz se presenta una mayor frecuencia de afecciones obstétricas que ponen en riesgo el binomio madre hijo. Guerra Machado, 2015 y Mendoza Tascón, 2016.

La adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo psicológico, periodo en el que se forma la personalidad, se fortalece su conciencia, se consolida la identidad sexual y se conforma su sistema de valores, es aquí en la adolescencia temprana donde se deben iniciar entonces las acciones de prevención de salud para evitar entre otras cosas los embarazos en la adolescencia por el resultado desfavorable que este puede traer consigo para el binomio madre-hijo. Oliveros Catá, 2017.

Los medios de difusión poseen una gran importancia en la prevención de enfermedades no obstante se observa un incremento marcado de escenas eróticas en diferentes documentales y películas, las cuales puede ser un comportamiento a seguir en los adolescentes debido a la inmadurez de su desarrollo.

> “Es necesario desarrollar un programa educativo, tanto para la madre, como para la familia, así como favorecer los factores personales y ambientales que la protegen, ampliar su seguridad, mejorar su nivel de satisfacción frente a los servicios prestados, ejercerles un mejor control de bienestar físico, mental y social, y contar con un apoyo especializado para las madres gestantes en alto riesgo” Rubio-Grillo, 2018

> “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.” Lugones Botell, 2014.

Por todo lo anteriormente expuesto las autoras opinan que la enfermera como ente educativo por excelencia debe realizar acciones de prevención y promoción donde además debe vincular a los padres como educadores activos de la enseñanza de sus hijos para lograr disminuir entre otras cosas los embarazos no deseados y con ellos sus posibles complicaciones.

Tabla #2 Nivel de conocimientos antes de la intervención.

Nivel de conocimiento sobre:	Alto		Mediano		Bajo	
	No	%	No	%	No	%
Repercusión del embarazo para la adolescente y el niño.	1	4	2	8	22	88
Métodos de anticoncepción.	2	8	3	12	20	80
Signos y síntomas de embarazo	1	4	6	24	18	72
Hábitos tóxicos y su repercusión en el embarazo.	5	25	8	32	12	48
Importancia de asistir a las consultas y realizarse los complementarios.	3	12	10	40	12	48

Fuente: Cuestionario estructurado

Acciones de enfermería.

En lo referente al tema de las acciones de enfermería realizadas predominaron las visitas al hogar de las adolescentes así como proporcionar un clima de confianza mutua con los adolescentes que permita se acerque a evacuar sus dudas sin temor.

Coincidimos con estudios referidos al respecto plantean que el adolescente interactúa siempre con su núcleo social primario: que puede ser la familia, la escuela y la comunidad. Por lo que para mantener su salud integral se deben realizar acciones con un enfoque participativo, tanto en el hogar como en la casa y la comunidad, con énfasis en la prevención para evitar las relaciones sexuales sin responsabilidad y que estas a su vez no sean precoces. En el trabajo con las y los adolescentes hay que enfatizar en las acciones que propicien métodos de adquisición y percepción de los riesgos de una sexualidad irresponsables con el propósito de prepararlos para que puedan en un futuro gozar del derecho indiscutible de experimentar su sexualidad de manera plena y responsable, estas acciones para que sean eficaces deben ser sistemáticas. Lugones Botell, 2014.

Tabla # 3: Acciones de enfermería

No.	Acciones Realizadas
1	Realizar visitas al hogar de cada uno de los adolescentes
2	Proporcionar un clima de confianza mutua con los adolescentes que permita se acerque a evacuar sus dudas sin temor.
3	Realizar diferentes actividades de promoción con el círculo de adolescente

	para tratar las principales deficiencias de conocimientos.
4	Realizar actividades con la familia que les permita velas por la salud integral del adolescente.

Fuente: Historias Clínicas

CONCLUSIONES

Las acciones de enfermerías dirigidas a los adolescentes sobre los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia deben ser sistemáticas para propiciar que estos puedan gozar de una sexualidad segura y responsable.

REFERENCIAS

Alvarez-Cabrera, J., Müller-Alfonzo, A., & Vergara-Jara, V. (2015). Conducta Sexual Y Nivel De Conocimiento Sobre Infecciones De Transmisión Sexual en Adolescentes. *CIMEL*, 44–50. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=117839406&lang=es&site=ehost-live

Chacón O'Farril, D., Cortes Alfaro, A., Álvarez García, A. G., & Sotonavarro Gómez, Y. (2015). Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *41*(1), 50–58. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=117903609&lang=es&site=ehost-live

Cortés Alfaro, A., Chacón O'Farril, D., Álvarez García, A. G., & Sotonavarro Gómez, Y. (2015). Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *31*(3), 376–383. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=116562939&lang=es&site=ehost-live

Espinosa, M. G., Arévalo, L. R., & Rodríguez Sánchez, C. O. (2016). El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *32*(2), 280–289. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=121161381&lang=es&site=ehost-live

Flores-Valencia, M. E., Nava-Chapa, G., & Arenas-Monreal, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, *19*(3), 374–378. https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.43903

Gálvez Henry, F., Rodríguez Sánchez, B. A., Lugones Botell, M., & Altunaga Palacio, M. (2017). Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *43*(3), 15–27. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=128553471&lang=es&site=ehost-live

Gómez Balbie, I., Maslen Bonnané, M., Sayú Durand, L., & Kindelán, I. W. (2015). Embarazo en la adolescencia, aspectos que lo favorecen. *Revista Información Científica*, *94*(6), 1406–1415. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=125788341&lang=es&site=ehost-live

Guerra Machado, D., González Gutiérrez, E., Hernández Núñez, J., & Naranjo Rodríguez, J. A. (2015). Resultados perinatales del embarazo en adolescentes del municipio Jaruco. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*, *21*(2), 384–396. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=111212078&lang=es&site=ehost-live

Iturra-Zamorano, R. S., Badill a-Otero, M. C., & Velásquez-Muñoz, A. A. (2017). Vivencias de embarazadas de alto riesgo Obstétrico del Hospital San Juan De Dios, en Chile. *Revista CONAMED*, *22*(4), 174–178. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126681874&lang=es&site=ehost-live

Lugones Botell, M. (2014). Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *30*(1), 1–2. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=111379849&lang=es&site=ehost-live

Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., & Peñaranda Ospina, C. B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, *81*(3), 243–253. https://doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012

Oliveros Catá, Y. C., Osmary Díaz Bess, Y., Peña Novellas, Y., & de la Caridad Oliveros Catá, Y. (2017). Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia. *Revista Información Científica*, *96*(3), 516–526. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126352472&lang=es&site=ehost-live

Rubio-Grillo, M. H., Perdomo-Oliver, N. M., & Zamudio-Espinosa, D. C. (2018). Estimulación prenatal en gestantes de alto riesgo obstétrico: una mirada desde la ocupación. *Aquichan*, *18*(4), 426–437. https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.5

Sotelo Figueredo, JM. 2013. El enfoque de riesgo y la mortalidad materna: Una perspectiva latinoamericana. Boletín. Oficina Sanitaria de Panamá, 114 (4), 289-301.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GERONTES DIABÉTICOS CONSULTORIO 17. POLICLÍNICO GUILLERMO TEJAS. 2017

INTERVENTION OF INFIRMARY IN GERONTES DIABETIC CLINIC 17. POLICLÍNICO GUILLERMO TIJAS. 2017

Marina Vidal Vega[1] marina@ltu.sld.cu
Claudia Biatriz Labrada Vidal[2]
Noelia Escobar Rodríguez[3]

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasiexperimental con el objetivo de aplicar una estrategia de intervención de enfermería para mejorar la calidad de vida de los gerontes diabéticos, consultorio 17. Policlínico Tejas, año 2017. Universo conformado por 50 adultos mayores, la muestra se seleccionó utilizando el método aleatorio simple quedando conformada por 45 gerontes, a quienes se les aplicó un cuestionario para medir nivel de conocimientos antes y después de aplicada la misma. Predominaron factores de riesgos modificables los hábitos tóxicos en el 100% antes de la intervención modificándose a un 95.6% después, antes de intervenir 23 ancianos practicaban ejercicios físicos, logrando incrementar a 37 gerontes. Se modificó el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgos modificables, de un 68.9% con conocimiento regular a un 88.9% con buen nivel. La intervención resultó exitosa, pues elevó el nivel de conocimientos de los adultos mayores, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: Gerontes, Diabetes Mellitus, Adulto Mayor, Intervención de enfermería.

ABSTRACT

He/she was carried out a study cuasiexperimental with the objective of applying a strategy of infirmary intervention to improve the quality of life of the diabetic gerontes, clinic 17. Policlínico Texas, year 2017. Universe conformed by bigger 50 adults, the sample was selected using the simple random method being conformed by 45 gerontes to who you/they were applied a questionnaire to measure level of knowledge before and after having applied the same one. Factors of amendable risks prevailed the toxic habits in 100% before the intervention modifying later to 95.6%, before intervening 23 old men they practiced physical exercises, being able to increase to 37 old man. He/she modified the level of knowledge about the factors of amendable risks, of 68.9% with regular knowledge to 88.9% with good level. The intervention was successful, because it elevated the level of the biggest adults' knowledge, contributing to improve its quality of life.

KEY WORDS: old man, Diabetes Mellitus, bigger Adult, infirmary Intervention.

---

[1] Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente Policlñinico Guillermo Tejas Silva. Miembro Titular de la SOCUENF.
[2] Estudiante de segundo año de medicina. Brigada 2
[3] Especialista 1er grado en MGI. Profesora Asistente Policlñinico Guillermo Tejas.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida ha favorecido el incremento de la población mayor de 60 años. En las últimas décadas, América Latina ha sufrido cambios vertiginosos en los índices de mortalidad y de natalidad, dando como resultado que el número de personas de 60 y más años de edad supere a los 106 millones de habitantes. Se estima que para los años 2025 y 2050. Cuba, junto con Uruguay, Argentina y Chile, se encuentra entre los países más envejecidos de América Latina. Leitón Espinoza, 2018.

> "La atención sanitaria de las PAM está enfocada a evitar o retrasar la aparición de deterioro funcional, para que pueda seguir viviendo de manera independiente y socialmente integrada en su domicilio, por lo que es necesario realizar en el primer nivel de atención una valoración geriátrica integral"

Con el envejecimiento poblacional se observa un incremento de la morbilidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles, en este sentido la diabetes, es una de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNTs) que constituye un problema de salud que va en aumento y una de las 4 Enfermedades Crónicas No Transmisibles a intervenir prioritariamente a nivel mundial. Es una enfermedad grave, crónica y progresiva, que es más proclive al envejecer. Según la Federación Internacional de Diabetes, en 2017 en el mundo alrededor de 425 millones de personas adultas tienen diabetes, que representan el 8,8 %. Así mismo, aproximadamente 4,0 millones de personas morirán de diabetes, lo que equivale a un fallecimiento cada ocho segundos Leitón Espinoza, 2018 Almaguer, 2019.

Las estadísticas muestran que 285 millones de personas sufren de Diabetes. España, más de 3 millones de personas sufren de diabetes (6.4%). en los Estados Unidos (10% de la población). En México, constituye la tercera causa de muerte Argentina refirió que el diagnóstico de diabetes mellitus (DM) o glucemia elevada aumentó significativamente por lo que es considerado como un problema de salud unido a demás a las consecuencias de la enfermedad. Castellanos Prada, 2018; Almaguer, 2019 y Alves Sousa, 2018.

La diabetes mellitus (DM) es una alteración de la secreción de insulina y grados variables de resistencia periférica a la insulina que provocan hiperglucemia. Después de años de hiperglucemia mal controlada se producen múltiples complicaciones, principalmente vasculares, que afectan a los vasos sanguíneos pequeños (microvasculares) y grandes (macrovasculares). Castellanos Prada, 2018; Leitón Espinoza, 2018.

En Cuba y Las Tunas no está exenta a este fenómeno dado al gran número de gerontes diabéticos nos propusimos de Aplicar una estrategia de intervención de enfermería para mejorar la calidad de vida de los gerontes diabéticos del consultorio 17. Policlínico Universitario Guillermo Tejas.

Se realizó un estudio cuaxiexperimental, durante el periodo comprendido desde el primero de enero de 2017 a enero de 2019. Universo*:* Estuvo constituido por 40 Adultos Mayores dispensarizados como diabéticos, que desearon participar en la investigación, con nivel de escolaridad primaria terminada utilizando el muestreo aleatorio simple quedando conformada por 45 adultos mayores. Se utilizó la estadística descriptiva para procesar la información, los resultados se expresaron en porcientos. En todo momento

el investigador mantuvo como principio ético la preservación del secreto profesional sobre los hallazgos encontrados.

Relación de los factores de riesgos modificables de la Diabetes Mellitus

En relación con los factores de riesgos modificables de la Diabetes Mellitus en el consultorio evaluado predominaron los hábitos tóxicos con 45 gerontes (100%) antes de la intervención modificándose este a 43 gerontes (95.6%) después de aplicada la misma. Estos factores en nuestro estudio se comportaron similares a los descritos en la bibliografía. Donde los hábitos tóxicos prevalecieron entre ellos la dieta poco saludable, el uso de tabaco, el sobrepeso y la obesidad así como la inactividad física fueron los que más incidieron en estos estudios. Respecto de la alimentación, coincidimos con otros autores donde una ínfima parte de la población encuestada refirió consumir diariamente las cantidades necesarias de frutas y verduras frescas, pues los adultos mayores responden mejor que los jóvenes al control de la enfermedad mediante la dieta y el ejercicio, lo cual contribuye significativamente al control de la glucemia. Leitón Espinoza, 2018.

Tabla # 1 Relación de los factores de riesgos modificables de la Diabetes Mellitus. Consultorio Médico de la Familia # 17 Policlínico Guillermo Tejas. Las Tunas. 2017-2019.

		Antes		Después	
No	Factores de Riesgos	#	%	#	%
	Hábitos tóxicos	45	100	43	95,6
	-Café	43	95,6	41	91,1
	-Tabaco	17	37,8	16	35,6
1	-Alcohol	3	6,7	3	6,7
2	Sedentarismo	23	51,1	7	15,6
3	Cumplimiento de la dieta	41	91,1	23	51,1
4	Cumplimiento del tratamiento médico	37	82,2	45	100

Fuente: Cuestionario. N=45

Incorporación a los círculos de abuelo del área.

Antes de la intervención de enfermería 23 adultos mayores no se encontraban vinculados a la práctica de ejercicio, logrando al concluir la misma que 37 gerontes se vincularan a la práctica de ejercicios físicos. Coincidiendo con estudios realizados donde se expresa que la disciplina de enfermería por los beneficios que estos estudian reportan para los adultos mayores la labor de la enfermera tiene un rol protagónico

pues en esta práctica se engloba a la familia, amigos y redes sociales en las cuales se ve inmersa. Leitón Espinoza, 2018

La práctica regular de resistencia puede ser beneficioso para la aptitud física funcional en mayores, ofreciéndoles una mayor protección contra diversos efectos perjudiciales los resultados de todas las intervenciones, se infiere que dependiendo de la orientación, planificación, y guía de las intervenciones, en su mayoría estas presentan resultados satisfactorios en relación al mejoramiento de las capacidades físicas, psicológicas y emocionales de esta población. También es notorio que en todas las intervenciones la intensidad es baja o moderada, debido a las condiciones que presentan los mayores.

Otras investigaciones revidas plantean que la importancia del ejercicio físico regular tipo resistencia en el adulto pues este favorece una mejor tolerancia de la glucosa, es capaz de incrementar la fuerza muscular disminuyendo la grasa corporal con lo cual contribuye a mejorar la circulación sanguínea, el consumo de oxígeno y el perfil lipídico incrementado así la calidad de vida Leitón Espinoza, 2018. Rodríguez-Mañas, 2015

Para el éxito del abordaje de la diabetes mellitus en los adultos mayores hace necesario cuidados que ofrece el Equipo Básico de Salud fundamentalmente el personal de enfermería el cual debe ser capaz y direccionar los programas hacia la prevención y control de la diabetes, prevenir las complicaciones y evitar la muerte prematura para lo cual la práctica del ejercicio físico y combatir sedentarismo juagan un roll fundamental. En este contexto, la enfermera adquiere un roll protagónico pues se convierte en educador realizando acciones de promoción de salud, conductor de estrategias para promover la adaptación a la enfermedad y enseñarlos a vivir con ella tanto a los pacientes como a sus familiares. Así mismo debe persuadir al adulto mayor de como disfrutar de un estilo de vida saludable. Rodríguez-Mañas, 2015 y Leitón Espinoza, 2018

Otros estudios revisados plantean que muchos de los pacientes tienen serias dificultades en el cumplimiento dietético, hecho que dificulta el abordaje y seguimiento de las medidas preventivas y de promoción de salud, donde las acciones de intervención sobre los estilos de vida desde un enfoque adaptado el paciente puede mejorar el control metabólico de la Diabetes mellitus. Calpe-Cristino, 2017.

Tabla # 3 Incorporación a los círculos de abuelo del área.

No	Práctica de ejercicios físicos	Antes		Después	
		#	%	#	%
1	Asisten regularmente a los círculos	6	13,3	37	82,2
2	No practican ejercicios físicos	23	51,1	7	15,6

Fuente: Control de círculo de abuelo del consultorio.

Evaluación del nivel de conocimiento de los gerontes sobre factores de riesgos modificables

El nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre los factores de riesgos modificables, antes de la intervención 31 gerontes (68.9%) tenían un nivel de conocimiento regular y después de aplicada la misma los 40 adultos mayores (88.9%) lograron adueñarse de los mismos. Conocer los factores de riesgos de la Diabetes Mellitus y las nefastas consecuencias que esta tiene para la calidad de los gerontes determina el cumplimiento dietético y terapéutico. Conocimiento que en el adulto mayor debe ser permanentemente y reforzado, considerando las capacidades cognitivas, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y las percepciones de la enfermedad. A través de mensajes claros, específicos y bien estructurados se puede lograr mayor adherencia al régimen dietético, la clave para ello está en desarrollar relaciones más abiertas y cooperativas con el paciente incrementar los conocimientos de los mismos sobre su enfermedad, donde la enfermera juega un rol importante en la prevención de las posibles complicaciones incrementando con ello la calidad de vida de los gerontes. Franco Bonal, 2018.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la necesidad de apoyar los esfuerzos de los pacientes en el autocuidado, donde los profesionales de enfermería deben jugar un papel activo en lo referentes a intervenciones educativas que le permitan a estos un mejor manejo de la patología. Leitón Espinoza, 2018 y Organización Mundial de La Salud (OMS), 2017 Teniendo como premisa que las complicaciones de la DMT2 se pueden evitar a través del autocuidado, que incluye ejercicio físico, autocontrol de la glucemia, manejo emocional, dieta saludable y la toma de los medicamentos prescritos lo cual se logra si el paciente posee conocimientos adecuados de su enfermedad. Martínez Mateo, 2019.

Tabla 3: Evaluación del nivel de conocimiento de los gerontes sobre factores de riesgos modificables.

Nivel de Conocimiento	Antes	%	Después	%
Bueno	5	11,1	40	88,9
Regular	31	68,9	5	11,1
Malo	9	20	0	0

Fuente: Cuestionario. N=45

CONCLUSIONES

Se evidenció que para prevenir las complicaciones de la Diabetes Mellitus resultan importantes los cambios en el estilo de vida, la actividad física regular, la dieta adecuada y un riguroso cumplimiento del tratamiento medicamentoso. El programa educativo resultó exitoso, ya se elevó el nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre su enfermedad, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y el gradual aumento de la calidad y la esperanza de vida.

REFRENCIAS

Almaguer, D. J., Méndez, P. R. C., Fonseca, R. S. S., Almaguer, D. J., & Ramírez, G. H. (2019). Percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*, *26*(1), 1. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=138407654&lang=es&site=ehost-live

Alves Sousa, F. D., Rabelo Soares, J., & Ferreira Freitas, R. (2018). Atividades De Autocuidado De Homens Diagnosticados Com Diabetes Mellitus Tipo Ii. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, *12*, 1095–1104. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=134230411&lang=es&site=ehost-live

Calpe-Cristino, A., Fructuoso-González, E., Ochando-Aymerich, M., Fernández-Martín, I., Rodero-Nuño, M., Hidalgo-Ortiz, M., … Plaza-Espuña, I. (2017). Habilidades comunicativas de enfermería para conseguir dietas adaptadas efectivas en pacientes paquistaníes con Diabetes mellitus 2. *Revista Espanola de Comunicacion En Salud*, *8*(1), 5–19. https://doi.org/10.20318/recs.2017.3602

Castellanos Prada, D. R., & Domínguez Santana, L. (2018). Manifestaciones bucales de la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor. *Revista Cubana de Endocrinología*, *29*(3), 1–11. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=134458961&lang=es&site=ehost-live

Franco Bonal, A., Silva Valido, J. A., Soto Martínez, O., & Franco Bonal, A. (2018). Evaluación de adherencia terapéutica antihipertensiva en el adulto mayor. *Revista Información Científica*, *97*(6), 1124–1134. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=134128494&lang=es&site=ehost-live

Leitón Espinoza, Z. E., Villanueva Benites, M. E., & Fajardo Ramos, E. (2018). Relación entre variables demográficas y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. *Salud Uninorte*, *34*(2), 443–454. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=134901767&lang=es&site=ehost-live

Martínez Mateo, M., & García Herrera, D. (2019). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II y el uso de la tecnología móvil básica: una revisión sistemática. *Revista Espanola de Comunicacion En Salud*, *10*(1), 70–80. https://doi.org/10.20318/recs.2019.4429

Organización Mundial de La Salud (OMS). 2017. Envejecimiento y ciclo vital. Datos y Cifras. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/.

Rodríguez-Mañas L, Sinclair A, Castro-Rodríguez M. 2015. El anciano con Diabetes mellitus. In: Abizanda-Soler P, Rodríguez-Mañas L. Tratado de medicina Geriátrica. Fundamentos de la Atención sanitaria a los mayores. España: El sevier;. p. 621-629.

Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, callao 2006. (Spanish). Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública [serial on the Internet]. (2008, Oct), [cited February 19, 2016]; 25(4): 374-379. Available from: mediclatina.

Terechenko Luhers, N. S., Baute Geymonat, A. E., & Zamonsky Acuña, J. N. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *Biomedicina*, *10*(1), 20–33. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=110010708&lang=es&site=ehost-live

Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I. C., Contreras, F., & Tobón, S. (2006). Calidad De Vida Y Conducta De Enfermedad en Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo Ii. *Suma Psicológica*, *13*(1), 15–31. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=21183097&lang=es&site=ehost-live

INTERVENCIÓN FAMILIAR SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA CON EL MODELO DE CUIDADO PROPUESTO POR NOLA PENDER

FAMILY INTERVENTION ON PREVENTION OF THE CANCER OF HE/SHE SUCKLES WITH THE PATTERN OF PROPOSED CARE FOR NOLA PENDER

Mavis García Diñeiro[1]

Julio Cesar Vázquez Silva[2]

Edisleydis Ramírez Hernández[3]

RESUMEN

Se realizó un estudio de caso con intervención familiar con la finalidad de describir las estrategias del cuidado-enfermero en la prevención, promoción y detección temprana del cáncer de mama, utilizando el Modelo de Cuidado propuesto por Nola Pender. Se presenta una familia mediana y extensa en crisis de desmembramiento con factores de riesgo identificados de padecer cáncer de mamas y los sentimientos que generaron la pérdida de uno de sus miembros por esta enfermedad, la cual fue seguida por seis meses en el área de salud Policlínico Gustavo Aldereguía. Las estrategias del cuidado-enfermero en la prevención, promoción y detección temprana del cáncer de mama, con el Modelo de Cuidado propuesto por Nola Pender permitió modificar los factores de riesgo y satisfacer las necesidades afectadas manifestado en los miembros con el cumplimiento de medidas de autocuidado hacia la concientización de conductas adecuadas de salud en el entorno familiar.

PALABRAS CLAVES: Cuidados de Enfermería, intervención familiar, cáncer de Mama, medidas de autocuidado, autoexamen de mamas, cribado mamográfico.

ABSTRACT

It was carried out a case study with family intervention with the purpose of describing the care-male nurse's strategies in the prevention, promotion and early detection of the cancer of he/she suckles, using the Pattern of Care proposed by Nola to Loll. A medium and extensive family is presented in to quarter crisis with identified factors of risk of suffering cancer of you suckle and the feelings that generated the loss of one of its members for this illness, which was continued by six months in the area of health Fist Aid Assistance Gustavo Aldereguía. The care-male nurse's strategies in the prevention, promotion and early detection of the cancer of he/she suckles, with the Pattern of Care proposed by Nola to Loll it allowed to modify the factors of risk and to satisfy the affected necessities manifested in the members with the execution of self-care measures toward the concretization of appropriate behaviors of health in the family environment

KEY WORDS: Cares of Infirmary, family intervention, cancer of he/she Suckles, self-care measures, self-exam of your breasts, sieved mamographic.

[1] Licenciada en Enfermería. Jefa del departamento de Enfermería de la Dirección Municipal de Salud en Las Tunas. Miembro Titular de la SOCUENF.
[2] Especialista 1er grado en MGI. Profesor Instructor.
[3] Licenciada en Enfermería. Miembro Titular de la SOCUENF.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades oncológicas causan desmembramiento y crisis familiar por todo lo que acontece alrededor de la persona que lo padece y los que lo rodean, en el caso muy peculiar del cáncer de mama, la reacción de la familia es variada y acontece desde sentimientos de ira, desesperanza y sufrimiento, en muchas ocasiones se generan situaciones de duelo anticipado por la incertidumbre, el temor y el miedo de perder a la persona en la cual se ha centrado toda la armonía familiar. *Dooley E. 2013*

> "se habla del concepto de promoción de la salud como un proceso para alcanzar el control y mejoría de la salud a través de distintos comportamientos, correspondiendo también, a todas aquellas estrategias políticas y sociales encaminadas a modificar y mejorar las condiciones de salud, no solo de los individuos, sino de las comunidades, generando así un impacto positivo en la salud pública" del Carmen De Arco-Canoles, 2019.

El cáncer de mama requiere una serie de cuidados tanto de cara a su posible prevención, como durante el tratamiento y el postratamiento. El significado del autocuidado en el cáncer de mama está relacionado con diversas variables como la dimensión estética, la religión, la nutrición y su influencia en el desarrollo del cáncer y, en algunos grupos étnicos, también con la función reproductiva y el papel de la mujer en la sociedad. *Rodríguez-Feria P, 2016;* Mariño Membribes, 2018 y De Oliveira Silva, 2019.

Como el profesional de enfermería es uno de los actores principales en las actividades de promoción, prevención de salud, se presenta un caso de una familia con factores de riesgo identificados de padecer cáncer de mamas y los sentimientos que generaron la pérdida de uno de sus miembros por esta enfermedad, la cual fue seguida por un periodo de seis meses durante la rotación como alumnos ayudantes por la Atención Primaria de Salud con la finalidad de describir las estrategias del cuidado-enfermero en la prevención, promoción y detección temprana de esta enfermedad, utilizando el Modelo de Cuidado propuesto por Nola Pender que es ampliamente utilizado por los profesionales de Enfermería porque permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables.

PRESENTACION DE LA FAMILIA

Se trata de una familia mediana, extensa de procedencia urbana perteneciente al Policlínico Gustavo Aldereguía Lima, con seis miembros en su núcleo familiar, compuesto por un matrimonio (madre con 49 años, obesa, controla su fecundidad con la ingestión de píldoras anticonceptivas y padre de 55 años aparentemente sano) con tres hijos, dos hembras, una de 17 años, obesa, con síndrome depresivo por la pérdida de su abuela a la cual era muy allegada tratada en consultas con el psicólogo del área, y la otra hija de 25 años, operada de un nódulo benigno de mama hace dos años, atendida por el médico de la familia y el ginecólogo por trastornos menstruales por defecto (oligomenorrea) y un varón de 20 años de edad con discapacidad intelectual ligera, además convive el abuelo materno viudo de 67 años hipertenso y obeso, el cual se encontraba casado hace dos años con su esposa que falleció a la edad de 61 años por Cáncer de mama.

Se realizó la primera visita al hogar donde solo se encontraba la madre, el hijo con discapacidad intelectual y el abuelo. Al cabo de tres días se realizó una segunda visita para contactar con el resto de los miembros del núcleo familiar. Al realizar la valoración de la familia se recogieron los hallazgos siguientes:

Datos subjetivos: "*La madre manifiesta que el estrés le ocasiona comer demasiado, lo cual lo asocia con el fallecimiento de la mamá, ningún miembro de la familia practica el autoexamen de mamas y desconocen los pasos para su realización así como en qué momento del mes se debe realizar, la hija de 25 años está preocupada por la enfermedad que tuvo en el seno por la situación de la abuela, y tiene miedo de perder el seno si llegase a pasarle igual que a ella*"

Datos objetivos: Se percibe familia en etapa de desmembramiento por la pérdida de un miembro familiar, con crisis de duelo manifestado por tristeza, angustia y temor sobre todo en los descendientes, se detecta dificultades para afrontar los momentos de crisis y pocas opciones y recursos para el autocuidado de salud, hay alteraciones del régimen dietético por el índice de obesidad en el hogar.

PLAN DE CUIDADOS A LA FAMILIA

1.- Diagnóstico enfermero:

(00001). Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Criterios de resultados (NOC)

Resultado: (1627). Conducta de pérdida de peso Acciones personales para perder peso con dieta, ejercicio y modificación.

Escala(s): Nunca demostrado a siempre demostrado Escala Likert						Puntuación Diana	
Indicadores de resultados	1	2	3	4	5	Ante	Después
162702 Selecciona un peso diana saludable.	x			x		1	4
162703 Se compromete con un plan para comer de forma saludable.		x			x	2	5
162705 Controla la ración de alimentos.	x			x		1	4
162722 Controla el peso corporal.	x			x		1	4

Intervención de enfermería (NIC):

(1280). Ayuda para disminuir el peso

Actividades:

- Determinar en la familia de forma individualizada la cantidad de pérdida de peso deseada.

- Establecer un plan en la familia que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento de gasto de energía

- Controlar peso semanalmente.

Evaluación: Cumplen con el régimen dietético, hay colaboración entre los miembros de la familia para cumplir el objetivo propuesto, han disminuido entre un 3 a un 5% el peso corporal.

2.- Diagnóstico enfermero:

(00146) Ansiedad r/c estado de salud, autoconcepto, patrones de interacción, entorno, crisis situacional, personal o de maduración, estrés, situación de pérdida, necesidades no satisfechas.

M/P Nerviosismo e inquietud con incremento del nivel de vigilancia, Bloqueo del pensamiento, confusión, disminución de las capacidades de concentración, atención, aprendizaje y toma de decisiones, Sentimientos de incertidumbre, Malestar somático, insomnio y cambios en los hábitos alimenticios.

Criterios de resultados (NOC)

Resultado: (1402) Autocontrol de la Ansiedad

Escala(s): Nunca demostrado a siempre demostrado Escala Likert						Puntuación Diana	
Indicadores de resultados	1	2	3	4	5	Antes	Después
140204 Busca información para reducir la ansiedad.	x			x		1	4
140208 Identifica la fuente de amenaza.	x		x			1	3
140216 Ausencia de manifestaciones de ansiedad.	x			x		1	4

Intervención de enfermería (NIC):

(523 0) Aumentar el afrontamiento

Actividades

- Valorar la comprensión del proceso de la enfermedad.
- Disponer de un ambiente de aceptación.
- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Alentar el uso de fuentes espirituales.
- Incluir a la familia a participar en intercambios con personas o grupos que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
- Animar a la familia a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.

Evaluación: La familia es capaz de identificar los factores que generan ansiedad y estrés y comparten sentimientos y emociones para aliviar los sentimientos de incertidumbre y malestar, buscan información y discuten las medidas para afrontar las situaciones de crisis familiar, expresan sentirse preparados con respecto a las acciones para prevenir el cáncer de mamas.

3.- Diagnóstico enfermero:

(00148) Temor r/c falta de familiaridad con la situación, respuesta aprendida por exposición previa a la fuente del miedo, falta de soporte o separación de este en situación estresante

Criterios de resultados (NOC)

Resultado: (1404) Autocontrol del miedo

Escala(s): Nunca demostrado a siempre demostrado Escala Likert						Puntuación Diana	
Indicadores de resultados	1	2	3	4	5	Antes	Después
140403 Busca información para reducir el miedo.		x			x	2	5
140406 Utiliza estrategias de superación efectivas.	x			x		1	4
140417 Controla las respuestas de miedo.	x			x		1	4

Intervención de enfermería (NIC):

(5602). Enseñanza: Proceso de enfermedad

Actividades:

- Proporcionar a la familia información sobre la enfermedad.

- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para disminuir el riesgo de padecer la enfermedad.

(5820). Disminución de la ansiedad

Actividades:

- Proporcionar información objetiva en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuado.

Evaluación: Los miembros de la familia manifiestan mayor control de los temores en torno a su futuro, comprenden e identifican los factores de riesgo manifestados en su membrecía y brindan disposición para colaborar en las medidas de autocuidado, no verbalizan temores ni miedo.

4.- Diagnóstico enfermero:

(00136) Duelo r/c muerte de una persona significativa.

Criterios de resultados (NOC)

Resultado: (2600).Afrontamiento de los problemas de la familia

Escala(s): Nunca demostrado a Siempre demostrado Escala Likert						Puntuación Diana	
Indicadores de resultados	1	2	3	4	5	Antes	Después
260007 Expresa libremente sentimientos y emociones	X			x		1	4
260010 Busca atención para las necesidades de todos los miembros de la familia.	X			X		1	4
260016 Busca asistencia cuando es necesario.		x			X	2	5

Criterios de resultados (NOC)

Resultado: (1302).Afrontamiento de problemas

Escala(s): Nunca demostrado a Siempre demostrado Escala Likert						Puntuación Diana	
Indicadores de resultados	1	2	3	4	5	Antes	Después
130207 Modifica el estilo de vida cuando se requiere.	X			x		1	4

130218 Refiere aumento del bienestar psicológico.	X				x	1	4
130201 Identifica patrones de superación eficaces.		x			X	2	5

Intervención de enfermería (NIC):

(5290). Facilitar el duelo

Actividades

- Escuchar las expresiones de duelo.

- Incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones, si procede.

- Animar a la familia a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas a la pérdida.

- Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida

(8340). Fomentar la resistencia

Actividades

- Facilitar la cohesión familiar.

- Facilitar la comunicación familiar.

- Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.

Evaluación: Los miembros de la familia se manifiestan solidarios con cada uno de sus miembros para enfrentar el duelo por la pérdida de la abuela materna producto de un cáncer mamario, mejora de la comunicación entre sus miembros donde expresan los sentimientos durante este proceso y participan en la búsqueda de soluciones para enfrentarlo.

5.- Diagnóstico enfermero:

(00126) Conocimientos deficientes (autoexamen de mamas) r/c poca familiaridad con los recursos para obtener información.

Criterios de resultados (NOC)

Resultado: (3012) Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza

Escala(s): No del todo satisfecho a Escala de Likert Completamente satisfecho						Puntuación Diana	
Indicadores de resultados	1	2	3	4	5	Antes	Después
301203 Explicación de los cuidados de enfermería.	X			x		1	4
301207 Explicación de las razones para el tratamiento.	X			X		1	4
301215 Discusión de estrategias para mejorar la salud.		x			X	2	5

Intervención de enfermería (NIC):

(5520) Facilitar el aprendizaje

Actividades

- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión de los miembros de la familia.

- Establecer la información en una secuencia lógica.

- Fomentar la participación activa de todos los miembros de la familia.

(8340). Fomentar la resistencia

Actividades

- Facilitar la cohesión familiar.

- Facilitar la comunicación familiar.

- Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.

(6522) Exploración mamaria

Actividades:

- Evaluar en la familia los posibles factores de riesgo para el desarrollo de un cáncer de mama.

- Averiguar en la intervención familiar si han notado en las mamas algún dolor, tumor, engrosamiento o hipersensibilidad dolorosa de la mama, secreción, distorsión, retracción o descamación del pezón.

- Demostrar la técnica correcta de la autoexploración mamaria, para ello elegir a un miembro del núcleo familiar y realizar los pasos en la medida que se explican

- Animar a los miembros de la familia a realizar la autopalpación durante y después de la exploración clínica de la mama.

- Explicar la importancia de una autoexploración periódica de la mama, orientándoles el momento adecuado para realizarlo.

- Aconsejar la realización de mamografías con regularidad, según corresponda a la edad, el estado y el riesgo.

Evaluación: Los miembros de la familia muestran conocimientos adecuados en la práctica de medidas de autocuidado para prevenir el cáncer de mama, manifestado por la realización mensual del autoexamen de mamas, la adhesión a los patrones nutricionales adecuados y el seguimiento terapéutico de cada uno de sus miembros, son capaces de identificar los signos y síntomas que alertan la aparición de la enfermedad así como los factores de riesgo de la misma.

Según las concepciones psicológicas para promover medidas de autocuidado existen distintos modelos que intentan comprender y explicar cómo y porqué las personas adoptan o no conductas frente a una determinada enfermedad. del Carmen De Arco-Canoles, 2019.

En el modelo de creencias de la salud se adopta la posición de la probabilidad de que una persona adopte una conducta de salud por cuatro variables psicológicas: la vulnerabilidad percibida, donde la persona debe sentirse vulnerable a padecerla; la gravedad percibida, en la cual se debe considerar que las consecuencias de la enfermedad son graves; los beneficios percibidos, que es la necesidad de creer que la conducta de salud reducirá o eliminará la amenaza de la enfermedad y las barreras percibidas en la cual se debe considerar que los inconvenientes o los aspectos negativos (físicos, psicológicos, sociales) asociados a la acción preventiva pueden ser superados. del Carmen De Arco-Canoles, 2019; Pineda-Higuita, S. E 2017 y *Velosa Castro L, 2015*

En el caso descrito, se vio reflejado este modelo ya que el cáncer de mamas se considera una enfermedad grave, que causa situaciones de crisis en el entorno familiar y los miembros de la familia se sienten vulnerables a la enfermedad, a pesar de que al inicio no realizaban acciones para fomentar prácticas adecuadas de salud con la manifestación de factores de riesgo que los predisponen a la misma se observa tendencia a las medidas de autocuidados una vez que se elevó la percepción del riesgo de padecerla.

Las medidas preventivas en el cáncer de mama, como las modificaciones en el estilo de vida, las prácticas de autocuidado como el autoexamen, el examen clínico y la mamografía no se hacen con la periodicidad necesaria en la población y se estigma con el rol de la mujer en la sociedad, donde en muchas culturas, la mujer es la que cuida de los demás y, por lo tanto, se olvida de su propio cuidado. Vieira Da Silva, 2019; *Martínez Haro M, 2015 y Gálvez Espinosa M. 2013.*

Es por ello que los profesionales de enfermería en su rol de gestor de cuidados debe brindar mayor información respecto a las técnicas de detección temprana del cáncer de mama y favorecer la participación en programas de cribado mamográfico, mejorar la comunicación psicoafectiva y empática con la participación de la familia sobre la identificación de los factores de riesgo de la enfermedad, los signos y síntomas precoces de la misma, así como la búsqueda de ayuda e información al respecto. En la información que se le brinde a la familia de forma clara, sencilla y con un lenguaje asequible en el ámbito de la prevención es necesario, no solamente explicar cuáles son los factores de riesgo y la necesidad de realizar revisiones periódicas, sino también informar sobre el aumento de las probabilidades de tener cáncer en ausencia de autocuidado con su salud. *Martínez Haro M, 2015 y Velosa Castro L, 2015.*

Para Nola J. Pender, promover un estado óptimo de salud es un objetivo que debe anteponerse a las acciones preventivas y se articula visible entre las estrategias de cuidado en la promoción de la salud para prevenir el cáncer de mama, el quehacer del profesional de enfermería y el entorno propio de la persona, familia y comunidad. del Carmen De Arco-Canoles, 2019 y De Oliveira Silva, 2019

En la intervención familiar realizada las acciones de enfermería permitieron modificar los factores de riesgo del cáncer de mama manifestados con medidas de cuidado individual y colectivo para promover prácticas adecuadas de salud en los estilos de vida de sus miembros logrando alcanzar el objetivo de la teoría de Pender “lograr que las personas se cuiden por ellas mismas”.

CONCLUSIONES

Las estrategias del cuidado-enfermero en la prevención, promoción y detección temprana del cáncer de mama, utilizando el Modelo de Cuidado propuesto por Nola Pender con acciones de promoción y educación para la salud en la familia estudiada permitió modificar los factores de riesgo y satisfacer las necesidades afectadas manifestado en los miembros con el cumplimiento de medidas de autocuidado hacia la concientización de conductas adecuadas de salud en el entorno familiar.

REFERENCIAS

De Oliveira Silva, A. C., Pinheiro, G. O., Rodrigues, E. M., Da Silva Santos, W., Dos Santos Araújo, C. M., De Sousa Araujo, R., … CUNHA, K. J. B. (2019). Fatores Predisponentes Para O Câncer De Mama E Qualidade De Vida: Revisão Integrativa. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, *27*(2), 148–153. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=138164536&lang=es&site=ehost-live

del Carmen De Arco-Canoles, O., Puenayan Portilla, Y. G., & Vaca Morales, L. V. (2019). Modelo de promoción de la salud en el lugar de trabajo: una propuesta. *Avances En Enfermeria*, *37*(2), 230–240. https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.73145

Dooley E. (2013) Informe interagencial insta a enfocarse en la prevención del cáncer de mama. (Spanish). Salud Pública De México; 55(4): 455. Available from: MedicLatina.

Gálvez Espinosa M. (2013). Relación entre el conocimiento del autoexamen de mama y la prevención del cáncer de mama; 19(2): 1-7. Available from: MedicLatina.

Mariño Membribes, E. R., Rivera Ledesma, E., Padrón Olivares, M. E., García Ramos, D., Ávalos González, M. M., & Fornaris Hernández, A. (2018). Factores de riesgo del cáncer de mama en un consultorio médico. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *34*(2), 1–9. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=135050189&lang=es&site=ehost-live

Martínez Haro M, Quiñoz Gallardo M, Sanfeliu M. (2015) Intervención educativa sobre prevención del cáncer de mama con profesionales sanitarios del ámbito hospitalario. (Spanish). Metas De Enfermería, 18(3): 6-10. Available from: MedicLatina.

Pineda-Higuita, S. E., Andrade-Mosquera, S. M., & Montoya-Jaramillo, Y. M. (2017). Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Medellín 2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, *16*(32), 85–95. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.facv

Rodríguez-Feria P, Hernández-Flórez L, Rodríguez-Feria D. (2016), Knowledge, attitudes and practices of prevention for cervical cancer and breast cancer among medical students. Revista De Salud Pública; 18(3): 354-366. Available from: MedicLatina.

Velosa Castro L, Mejía Rojas M. (2015) Perfil social, educativo y conocimiento que tiene un grupo de profesionales de enfermería que trabaja en programas de promoción y prevención sobre el cáncer de mama. (Spanish). Medicina UPB [serial on the Internet]; 34(2): 95-101. Available from: MedicLatina.

Vieira Da Silva, M., Pereira Gomes, M. F., De Oliveira Reticena, K., Dos Santos Carvalho, V. C., Souza Santos, M., Alves De Oliveira, J. A., … Acurcio Verza Damini, N. M. (2019). Detecção Precoce Do Câncer De Mama Na Estratégia Saúde Da Família Foco Nas Ações Realizadas Pelos Enfermeiros. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, *27*(1)

ENFERMEDAD DE PARKINSON, FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

PARKINSON DISEASE, RISK FACTORS AND PREVENTION

Moraima Ruiz Márquez[1] winaga@ltu.sld.cu
Patricia del Rosario García Palomino[2]
Alejandro Gregorí Cera[3]

RESUMEN

Por la elevada mortalidad en el mundo y en Cuba unido a las consecuencias presentes y futuras de la enfermedad de Parkinson se realizó una revisión de 30 bibliografías donde predominaron estudios internacionales sobre nacionales para actualizar los conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención de esta enfermedad. Se identificaron como principales factores que incrementan el riesgo de padecer la enfermedad: edades avanzadas de la vida, antecedentes de traumatismo craneoencefálico, personalidad ansiosa y estrés, exposición a sustancias tóxicas y el consumo de alimentos lácteos bajos en grasa. Disminuyen el riesgo una alimentación rica en flavonoides, la escualamina, el consumo de vitamina B12, valores elevados de ácido úrico y la administración de fármacos antiamiloide. Se destacan como estudios preventivos para el diagnóstico la biopsia de piel, la técnica de escáner cerebral e imagen por resonancia magnética, los marcadores biológicos y la biopsia en la glándula submandibular.

PALABRAS CLAVES: Parkinson, factores de riesgo, prevención, marcadores, técnicas.

ABSTRACT

By the high mortality in the world and Cuba joined to the present and prospective consequencesof the Parkinsondiseaseit was realized a revision on30bibliographies, where predominatedinternational studies over nationals for updating the knowledgeabout the riskfactors and prevention of this disease. They were identified asprincipal factors that increase the risk in suffering that disease: advanced ages of life, injury cranium encephalic antecedent, the anxious personality and stress, toxic substances exposure and the consumptionof the foods dairies low in fat. They decrease therisk a nutriment rich inflavonoids, the escualamina, the consumption of vitamin V12, high values of uric acidand the administration of antiamiloydal drugs. the skin biopsy, the cerebral scanner technique and magnetic resonance image, the biological marks and the biopsy in the sub-mandibular gland are distinguished as preventing studies.

KEY WORDS: Parkinson, riskfactors, prevention, marks, techniques.

INTRODUCCIÓN

Los antecedentes históricos de la enfermedad de Parkinson datan desde los tiempos más remotos. La primera clara descripción de la que se conoce fue encontrada en un libro médico indio Ayurveda realizada entre 4 500 y 10 000 años a.n.e., y le daban el

[1] Licenciada en Enfermería. Profesor Instructor Master en Atención Integral al niño. Especialista en Enfermería Comunitaria.Miembro Titular de la SOCUENF.
[2] Estudiante del cuarto año de medicina.
[3] Estudiante de cuarto año de medicina

nombre a la enfermedad de ¨Kampavata¨ y como tratamiento recibían preparados de hierbas en las cuales se encontraba la Mucuna puriens o con su nombre común de ¨pica pica¨, que, posteriormente, se demostró que contenía levodopa. En 1817, James Parkinson en su ensayo sobre la parálisis agigante realizó una detallada descripción clínica de la enfermedad, en solo seis casos, la que años más tarde tendría su nombre. El cuadro clínico inicialmente descrito carecía de algunos elementos clínicos importantes y fue modificado gracias a las contribuciones de los neurólogos franceses. (Álvarez, 2014)

El PARKINSON es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente del mundo solo precedida por el Alzheimer. Es una enfermedad progresiva, incurable e incapacitante no obstante se ha observado una mejora de la calidad y la expectativa de vida con los tratamientos actuales. La mayoría de los estudios muestran una prevalencia de 100 a 300 por 100 mil habitantes. Una de cada mil personas en el mundo la padecen. La incidencia se ha descrito en 10.7 por 100 mil habitantes, considerando todas las edades; y hasta 49.5 por 100 mil habitantes tomando en cuenta únicamente a la población mayor de 50 años. Su distribución es universal, y afecta sin diferencia racial o de sexo, aunque con discreto predominio masculino. (Vicente, 2012 Ventura, 2019).

La mayoría de los reportes describen que afecta al 1% de las personas mayores de 60 años y al 2% de los mayores de 70 años. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), entre 120 000 y 150 000 personas en España padecen Parkinson. Además, cada año se detectan aproximadamente 10 000 nuevos casos en España, siendo 1500 en menores de 45 años. Entre el 24 y el 53 % de los casos son dependientes y el 50 % de los cuidadores y familiares que están a su cargo tienen que dejar de trabajar. Se estima que cada año se diagnostica Parkinson a 60 000 personas en Estados Unidos, según la Parkinson'sDiseaseFoundation. (Jankovic, 2015; Valiente,2018).

El 30% de los enfermos por Parkinson sufre demencia. Según explica Rodríguez y Cruz (2014) neuróloga e investigadora de Ikerbasque del Hospital Universitario Donostia y del Instituto Bio Donostia, "lo habitual es que el paciente pase de una función cognitiva normal a un periodo denominado deterioro cognitivo leve (…) sin llegar a ser tan intensas como para perder la autonomía en las actividades diarias. En cambio, en la demencia, esa autonomía sí se encuentra comprometida, así como su calidad de vida".

Se estima que el 70 por ciento de las personas con esta enfermedad se caerá al menos una vez al año, con más de un tercio que experimentan caídas en varias ocasiones, lo que provoca fracturas e ingresos hospitalarios. (Roca, 2013).

La población cubana presenta una tendencia al envejecimiento. De mantenerse esta tendencia, el número de pacientes con esta enfermedad se puede incrementar hasta 29 000 en dos décadas y si la asociamos a: demencia, deterioro cognitivo leve, caídas y fracturas óseas, necesidad de cuidadores sociales e ingresos hospitalarios, estaremos ante un problema de salud con importantes implicaciones económicas, por lo que el conocimiento profundo de esta enfermedad y su prevención no son una alternativa sino una necesidad impostergable para la comunidad médica cubana. (Roca, 2013).

Los datos que se advierten apoyan una etiología multifactorial, la cual podría ser resultado de los siguientes factores: envejecimiento, susceptibilidad genética y factores ambientales. Basado en estas conjeturas, se han realizado estudios para probar el efecto de determinados factores que incrementan o disminuyen el riesgo de la aparición de la enfermedad, siendo su conocimiento de vital importancia para su prevención. (Llagostera-Reverter, 2019; Valiente,2018).

Considerando esta una enfermedad que, debido a las tendencias demográficas actuales, debe sufrir un lógico incremento y, sin embargo, no se reporta acuerdo en relación a los factores etiológicos de la misma, lo que limita las posibilidades de su prevención, el objetivo de esta revisión es identificar los factores de riesgo tratados en la literatura sobre la enfermedad de Parkinson.

Enfermedad de Parkinson, factores de riesgo y prevención

La Enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno idiopático degenerativo del Sistema Nervioso Central (SNC) que sigue una progresión lenta y está caracterizado por una reducción y lentitud de los movimientos, rigidez muscular, temblor de reposo e inestabilidad postural. (Valiente,2018).

Existe una variedad de factores relacionados con el aumento o disminución del riesgo de padecer Enfermedad de Parkinson entre los se encuentran: edad, sexo masculino, raza blanca, historia familiar de EP, antecedentes de trauma craneal**,** personalidad ansiosa y estrés**,** infecciones, exposición a sustancias tóxicas(metales (Mn, Fe)**,** aguas blandas**,** aserraderos**,** herbicidas y pesticidas**,** aleaciones de acero**,** derivados meperidínicos. Los factores que disminuyen el riesgo son: dieta rica en vitaminas, en vitamina E y en aceite de hígado de bacalao la no ingesta de bebidas alcohólicas, no hábito de fumar ni de café. (Ventura, 2019, Valiente, 2018).

A continuación, profundizaremos en cada uno de los factores referidos a la luz de resultados de estudios recientes.

Edad: el Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que afecta no solo a personas mayores de 40 años de edad, pues, aunque en menor medida también hay pacientes jóvenes y en plena vida productiva. (Ramírez, 2016; Valiente, 2018).

El envejecimiento es el factor de riesgo más importante para su desarrollo porque produce alteraciones en la homeostasis del hierro, da lugar a una disminución de energía y a un aumento de las concentraciones de las especies reactivas de oxígeno, causa alteraciones del citoesqueleto e induce cambios en la cromatina. (Ventura, 2019, Valiente, 2018).

Por tanto, desde el punto de vista de la prevención sería recomendable para las personas mayores de 50 años y familiares detectar los principales síntomas de la enfermedad para solicitar apoyo médico. (Valiente, 2018; Llagostera, 2019).

Sexo masculino: tiende a afectar más a los hombres que a las mujeres, afirmó Savica. Los estudios científicos de Mayo Clinic en relación a la edad aportaron también un mayor número de hombres con la enfermedad que mujeres. (Valiente, 2018).

Historia familiar de Enfermedad de Parkinson: Rodríguez, responsable del laboratorio clínico de enfermedades neurodegenerativas del Instituto Nacional de Neurología y

Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” en México, refiere que estos antecedentes contribuyen a la presencia de este mal; sin embargo, otros estudios señalan que son menos del 10% los pacientes con enfermedad de Parkinson que tienen antecedentes genéticos, y en el resto la patología se presenta de manera esporádica. (Reyes, 2017).

Antecedentes de trauma craneal: los investigadores recogieron datos de 7 130 personas mayores (edad media: 79,9 ± 6,9 años), el 40,4 % de los cuales eran varones. Entre estas personas, 865 tenían un antecedente de traumatismo craneoencefálico con pérdida de consciencia, algunos de ellos en un momento temprano de su vida. Un total de 142 sujetos habían permanecido inconscientes durante más de una hora. Se observó que 1 537 personas sufrían demencia y 117 habían sido diagnosticadas de Enfermedad de Parkinson. (Reyes, 2017).

Los investigadores sugirieron un vínculo entre la lesión cerebral con pérdida de consciencia durante más de una hora y un riesgo más elevado de Enfermedad de Parkinson, así como también un vínculo con un riesgo más alto de microinfartos cerebrales. (Reyes, 2016).Pero no se encuentran otros reportes confirmatorios de este hallazgo.

Personalidad ansiosa y estrés: el estrés, la ansiedad y los trastornos del sueño están directamente relacionados con la aparición dela enfermedad. Los investigadores han empleado una técnica de neuroimagen para medir el nivel de dopamina hallado en la sustancia negra cerebral, responsable del aprendizaje y la armonía de movimientos. Un estudio que relaciona los trastornos de sueño en la fase REM (momento en que los músculos están paralizados por el sueño, pero el cuerpo realiza movimientos involuntarios como puñetazos, gritos, gemidos) con el Parkinson ha determinado quiénes tienen mayor predisposición a padecer la enfermedad, lo que abre una nueva vía a tratamientos preventivos con fármacos neuroprotectores. (Ramírez, 2011).

Infecciones: Se ha demostrado que algunas infecciones como la encefalitis de Von Economo y otras encefalitis virales aumentan el riesgo de padecer la enfermedad de Parkinson. (Ramírez, 2017).

Exposición a sustancias tóxicas: en los años setenta, un estudiante de química de EE. UU, sintetizó en la cocina de su casa un opioide conocido como MPPP sin darse cuenta de que la cocción originaba una peligrosa impureza, el MPTP, luego de inyectarse con el compuesto resultante comenzó a tener los síntomas característicos del mal de Parkinson. Al morir, meses más tarde, la autopsia de su cerebro mostró la destrucción de neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra. (Ramírez, 2017).

Una investigación recientemente publicada muestra una fuerte asociación entre el uso de los herbicidas y el riesgo aumentado de desarrollar Parkinson (Ventura, 2019).

Existen otros factores que aumentan el riesgo, como son:

Alimentos lácteos bajos en grasa: el hábito de tomar lácteos bajos en grasa podría vincularse con un ligero riesgo de desarrollar enfermedad de Parkinson.

Los científicos analizaron datos de dos estudios prospectivos de cohortes, el Nurses’ Health Study (n = 80.736) y el Health Professionals Study (n = 48.610), con un total de 26 y 24 años de seguimiento, respectivamente. Al término del seguimiento, 1036 personas habían sido diagnosticadas con la enfermedad. (Ramírez, 2017).

Factores que disminuyen el riesgo:

Alimentación rica en flavonoides: las manzanas, naranjas y bayas en general contienen esta sustancia, al igual que el chocolate, por eso los autores de las investigaciones recomiendan su consumo regular para prevenir esta enfermedad neurovegetativa. La ingesta habitual de antocianinas, que se encuentran principalmente en las bayas, se asoció con un menor riesgo de sufrir este trastorno. Estos descubrimientos sugieren que el compuesto podría tener efectos neuroprotectores, lo que constituye una importante línea de investigación. (Ramírez, 2017)

Fibra procedente de la cáscara de Plantago ovata:un estudio desarrollado para demostrar los efectos positivos de la planta ha observado efectos positivos tras administrarla a los pacientes (…). Se analizaron parámetros como el colesterol o los triglicéridos, en los que también se observó una reducción cuando se administraba la fibra (Oliva, 2014).

Escualamina, presente en el hígado de una especie común de tiburón (la mielga): recientemente ha sido identificado este compuesto capaz de frenar el Parkinson que podría ser la base para un nuevo medicamento que reduzca los efectos de esta enfermedad. Este compuesto inhibe los procesos iniciales que llevan a la proteína alfa-sinucleína, a formar los cuerpos de Lewy del Parkinson y reduce la toxicidad de los agregados dañinos una vez formados (Cremades, 2017).

Vitamina B12: el consumo de esta vitamina en pacientes con Parkinson puede ayudar a desacelerar la progresión de la enfermedad y los síntomas. Los pacientes con Parkinson por lo regular se les administra Levodopa para disminuir los síntomas, pero este incrementa la presencia de homocisteína, que provoca a corto plazo la muerte de un mayor número de neuronas y acelera la enfermedad. (Ramírez, 2013).

Fumar tabaco: investigadores israelíes descubrieron un mecanismo genético relacionado con que fumar tabaco evita que la enfermedad degenerativa progrese. Determinaron un vínculo entre la dependencia a la nicotina y un mecanismo protector que evita el desarrollo de la enfermedad. De acuerdo con el estudio, los genes CHRNB5, CHRNB4 y CHRBN3 se vuelven dependientes de la nicotina y al mismo tiempo son responsables de evitar el progreso de la enfermedad. Los investigadores subrayaron que las enfermedades relacionadas con el tabaco superan los beneficios y se está buscando un nuevo tratamiento enfocado en los genes que han descubierto y que no incluya al peligroso hábito. (Ramírez, 2012).

Ácido úrico: un estudio publicado en Neurology, revista de la Academia Americana de Neurología, sugiere que este podría retrasar la progresión de la enfermedad en sus primeras etapas, antes de que se observen los síntomas. (Reyes, 2016).

Terapia génica: investigadores españoles de la Unidad de Neurobiología Molecular (..) ha desarrollado dos líneas de estudio centradas en el papel de la proteína alfa-sinucleína. La primera se basa en el despliegue de una nueva terapiagénica que frene la progresión de la enfermedad, administrada por vía intravenosa, mientras que la segunda línea se centra en descubrir dianas potenciales para el desarrollo de nuevos tratamientos. (Requejo, 2014).

Recientemente científicos han llevado a cabo un diagnóstico por imagen para detectar Parkinson en pacientes con trastornos del sueño. Mediante tomografía por emisión de positrones han podido observar inflamación y falta de dopamina en la sustancia negra en pacientes con trastornos del sueño en fase REM asintomáticos. (Stokholm, 2017).

Salbutamol: un equipo investigador dirigido por científicos de la Universidad de Harvard ha descubierto que el salbutamol reduce la transcripción del gen SNCA. El hallazgo ha tenido lugar después de cribar en cultivos de células nerviosas humanas más de 1000 compuestos, entre los que se incluyen productos naturales, vitaminas, suplementos alimenticios y fármacos ya autorizados. (Ramírez, 2017).

Biopsia de la piel: una biopsia de la piel serviría para diagnosticar de forma precoz enfermedades neurodegenerativas como el Alzhéimer y el Parkinson ya que a través de la misma se pueden detectar niveles anormalmente elevados de proteínas que son característicos de estas enfermedades. (Rodríguez, 2015).

Técnica de escáner cerebral: investigadores británicos han desarrollado una técnica de escáner cerebral simple y rápida que ofrece la promesa de proporcionar un diagnóstico oportuno del mal de Parkinson, lo que genera esperanzas de enfrentar el mal antes de que empiece a causar síntomas visibles (Szewczyk, 2014).

Marcadores de la enfermedad: según datos aportados por investigadores del Centro Médico de la Universidad Rush (UR) de Chicago, el tejido del colon puede ser usado como marcador para predecir si una persona desarrollará la enfermedad de Parkinson.

El seminario Imagenómica organizado por la Fundación QUAES en el LXVIII Congreso de la Sociedad Española de Neurología (SEN), reunió a especialistas en neuroimagen y genética para analizar los últimos avances en la detección precoz de la enfermedad de Parkinson.Los autores del estudio han destacado la importancia de la vinculación entre genética y neuroimagen para una detección prematura, que permita avanzar un diagnóstico tras apreciar los primeros síntomas (prodrómicos) y adelantarse a la evolución de la enfermedad.(León, 2016).

Marcadores biológicos: la determinación de las proteínas tau y la amiloide en el líquido cefalorraquídeo, que permiten identificar con bastante probabilidad a las personas que van a desarrollar la enfermedad de Alzheimer. (León, 2016)

Existe la hipótesis de que la administración de fármacos antiamiloide en este grupo de pacientes podría prevenir la aparición de la enfermedad. Hay en marcha ensayos con anticuerpos antiamiloide en pacientes con enfermedad de Alzheimer hereditaria autosómica dominante, que podrían dar respuesta acerca de su eficacia en la prevención de la enfermedad. También se ha realizado un trabajo con células troncales para encontrar marcadores tempranos de la enfermedad de Parkinson. El autor explicó que busca reprogramar una célula, evaluar y obtener nuevos fármacos o marcadores para detectar a tiempo la enfermedad. El proceso consiste en tomar células de la piel de una persona sana, reprogramarlas y diferenciarlas hacia neuronas dopaminérgicas. Las células troncales no pueden ser tomadas del paciente que enfermó de Parkinson, puesto que se demostró que, en el momento de diferenciarlas para ser neuronas, ya tienen anormalidades. (Díaz, 2016).

CONCLUSIONES

La Enfermedad de Parkinson, es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente del mundo. Sus consecuencias y limitaciones mentales, corporales y económicas la convierten en un problema de salud. Su etiología no está totalmente precisada, pero si se ha estudiado el efecto de determinados factores que incrementan o disminuyen el riesgo de su aparición. Incrementan el riesgo de padecerla: la edad avanzada, el sexo masculino, antecedentes de traumatismo craneoencefálico, personalidad ansiosa y estrés, infecciones, sustancias tóxicas y el consumo de alimentos lácteos bajos en grasa. Disminuyen el riesgo una alimentación rica en flavonoides, la fibra procedente de la cáscara de Plantago Ovata, la escualamina presente en el hígado de una especie de tiburón, el consumo de vitamina B12, fumar tabaco, valores elevados de ácido úrico y la administración de fármacos antiamiloide. Disminuyen la progresión de la enfermedad la inmunoterapia centrada en determinados anticuerpos, la terapia génica y el uso del salbutamol. Se destacan como estudios preventivos para el diagnóstico de la enfermedad la biopsia de piel, la técnica de escáner cerebral, imagen por resonancia magnética. El tejido del colon puede ser usado como marcador, la vinculación entre genética y neuroimagen, otros marcadores biológicos como proteínas tau y la amiloide en el líquido cefalorraquídeo y la biopsia en la glándula submandibular también se emplean en la prevención de la enfermedad.

REFERENCIAS

Álvarez Sintes, R. (2014). Medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 1616.

Cremades, N. (2017). Un compuesto del hígado de los tiburones, capaz de frenar el párkinson. Recuperado de http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2017/01/20/un-compuesto-del-higado-de-los-tiburones-capaz-de-frenar-el-parkinson/

Díaz Martínez, N. E. (2016). Científico estudia células contra la EP. Recuperado de: http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2016/04/03/cientifico-estudia-celulas-contra-parkinson/

Jankovic, J. (2015). Progression of Parkinson's disease. Are we making progress in charting the course? *ArchNeurology*, 62, 351-352.

León Guijarro, J. L. (2016). Imagen y genética, claves para actualizar la detección precoz de la EP. Recuperado de http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2016/11/29/imagen-y-genetica-claves-para-actualizar-la-deteccion-precoz-de-la-enfermedad-de-parkinson/

Llagostera-Reverter, I., López-Alemany, M., Sanz-Forner, R., González-Chordá, V. M., & Isabel Orts-Cortés, M. (2019). Calidad de vida y autocuidado en enfermos de Parkinson de un hospital comarcal: estudio descriptivo. *Enfermería Global*, *18*(1), 346–358. https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.294561

Oliva Roselló, M. T. (2014). Efectos positivos de la fibra de Planta goovata en pacientes con EP. Recuperado de http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2014/11/05/efectos-positivos-de-la-fibra-de-plantago-ovata-en-pacientes-con-enfermedad-de-parkinson/

Ramírez Vázquez, H. (2012). Fumar podría desacelerar la EP. Recuperado de http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2012/09/02/fumar-podria-desacelerar-enfermedad-de-parkinson-2/

Ramírez Vázquez, H. (2013). Ayudaría vitamina B12 a disminuir progresión de EP. Recuperado de http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2013/11/07/ayudaria-vitamina-b12-a-disminuir-progresion-de-enfermedad-de-parkinson/

Ramírez Vázquez, H. (2016). Parkinson también afecta a personas jóvenes, señalan especialistas. Recuperado de http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2016/04/08/parkinson-tambien-afecta-a-personas-jovenes-senalan-especialistas/

Ramírez Vázquez, H. (2017). Algunas medicaciones para el asma podrían disminuir el riesgo de Parkinson. Recuperado de http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2017/10/12/61565/

Ramírez Vázquez, H. (2017). Vinculan los lácteos bajos en grasa con un moderado incremento del riesgo de EP. Recuperado de http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2017/07/27/vinculan-los-lacteos-bajos-en-grasa-con-un-moderado-incremento-del-riesgo-de-enfermedad-de-parkinson/

Requejo Aguilar, R. (2014). Determinada la importancia de una proteína para el desarrollo del Parkinson. Recuperado de http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2014/08/07/determinada-la-importancia-de-una-proteina-para-el-desarrollo-del-parkinson/

Reyes González, M. E. (2016). Asocian niveles altos de ácido úrico con un menor riesgo de parkinson. Recuperado de http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2016/01/20/asocian-niveles-altos-de-acido-urico-con-un-menor-riesgo-de-parkinson/

Reyes González, M. E. (2017). Menos del 10% de pacientes con Parkinson tiene antecedentes genéticos. Recuperado de http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2017/06/07/menos-de-10-por-ciento-de-pacientes-con-parkinson-tiene-antecedentes-geneticos/

Roca Goderich, R. (2013). Temas de medicina interna. 4. ed. La Habana: ECIMED.

Rodríguez Leyva I. (2015). El Alzheimer y el Parkinson podrían detectarse en la piel. Recuperado de http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2015/03/02/el-alzheimer-y-el-parkinson-podrian-detectarse-en-la-piel/

Stokholm, M. G. (2017). Diagnóstico por imagen para detectar Parkinson en pacientes con trastornos del sueño. Recuperado de http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2017/07/14/diagnostico-por-imagen-para-detectar-parkinson-en-pacientes-con-trastornos-del-sueno/

Szewczyk, K. (2014). Escáner cerebral puede detectar signos iniciales de Parkinson. Recuperado de http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2014/06/16/escaner-cerebral-puede-detectar-signos-iniciales-de-parkinson/

Valiente, R. M., Pérez, Y. P., Turro Mesa, L. N., & Caró, E. T. (2018). Conducta terapéutica en ancianos con enfermedad de Parkinson. *MEDISAN*, *22*(7), 614–629. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=131649134&lang=es&site=ehost-live

Ventura-Chávez, R., Reyna-Gil, A. I., & García, S. (2019). Factores asociados a la enfermedad de Parkinson en pacientes de la Comarca Lagunera, México. *Revista Mexicana de Neurociencia*, *20*(4), 174–179. https://doi.org/10.24875/RMN.M19000067

Vicente Peña, E. (2012). Diagnóstico y tratamiento en medicina interna. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias

CARACTERIZAR EL RIESGO GENÉTICO PRENATAL EN EL ÁREA DE SALUD DE VÁZQUEZ

GENETIC RICK PRENATAL CHARACTERIZE IN VAZQUEZ HEALTH AREA

Yaili GutiérrezGonzález[1]
Yaimaris Pérez Sosa[2]
Dayamí Chiong Pérez3[3]

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el área de salud de Vázquez de Enero a marzo del 2019, con el objetivo de caracterizar el riesgo genético prenatal en dicho periodo, comprobándose que el mayor número de las gestantes atendidas presentaron riesgo genético incrementado fundamentalmente por riesgo de defecto congénito por otras causas (los antecedentes de hijos/familiares cercanos / miembros de la pareja afectados o enfermedades crónicas asociadas), siendo en estas mismas gestantes la que representaron el mayor número de defectos diagnosticados. En mayor número se presentaron las malformaciones cardiovasculares, seguido del sistema digestivo, óseo y otros sistemas, siendo en la etapa prenatal donde se detectó el mayor número de estos defectos.

PALABRAS CLAVES: Riesgo Genético, Defecto Congénito, Malformaciones.

ABSTRACT

He/she was carried out a descriptive and retrospective study in the area of health of Vázquez from January to March of the 2019, with the objective of characterizing the prenatal genetic risk in this period, being proven that the biggest number in the assisted pregnancy presented genetic risk increased fundamentally by risk of congenital defect by other causes (the antecedents of near children/family/ members of the affected couple or associate chronic illnesses), being in these same pregnancy the one that you/they represented the biggest number of diagnosed defects. In more number the cardiovascular malformations were presented, followed by the digestive, bony system and other systems, being in the prenatal stage where the biggest number in these defects was detected, three cases were lent with interruption approach and one was intervened surgically and staying in pursuit in consultation with favorable evolution.

KEY WORDS: Genetic risk, Congenital Defect, Malformations.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa de muchos cambios en la mujer donde afluyen diversas alteraciones emocionales y sentimentales debidas a la adaptación psicológica que debe enfrentar una embarazada, para muchas es una experiencia maravillosa, fuente de alegría, realización personal y social, pero para ello es necesario estar preparado adecuadamente, por lo que la enfermera posee un roll fundamental en el control y

[1] Licenciada en Enfermería. Profesora Instructor.Master en Atención Integral al Niño. Miembro Titular de la SOCUENF.
[2] Licenciada en Enfermería. Master en Asesoramiento Genético. Miembro Titular de la SOCUENF.
[3] Licenciada en Enfermería. Miembro Titular de la SOCUENF.

seguimiento del Riesgo Preconcepcional en los Consultorios Médicos con el propósito de evitar entre otras situaciones los embarazos no deseados. Iturra-Zamorano, 2017.

En Cuba, la atención integral a la salud materno infantil es uno de los logros más sensibles de la Revolución lo que ha permitido la de reducción de la mortalidad infantil mediante el diagnóstico, prevención y manejo de las Enfermedades Genéticas y Defectos Congénitos, como las hemoglobinopatías, enfermedades por afectación de un gen (monogénicas), enfermedades cromosómicas, defectos congénitos del desarrollo y enfermedades multifactoriales, que inciden en el estado de salud de una población. (Espinoza Y. 2014)

En la actualidad la genética médica ha alcanzado un papel reconocido como la especialidad que se ocupa de la variabilidad y herencia humana a la vez que desarrolla métodos que permitan nuevos enfoques de muchas enfermedades, entre ellos los defectos congénitos (DF) , esto ha permitido brindar al individuo, los padres, la familia, y la sociedad las herramientas necesarias para el conocimientos y prevención de estas enfermedades. Lantigua Cruz, 2012.

El asesoramiento genético es un proceso de comunicación mediante una entrevista detallada y profunda antes, durante y después de la gestación a toda pareja que desee procrear, relacionados con los problemas genéticos que se asocian a la ocurrencia de afecciones hereditarias o anomalías congénitas. (MINSAP. 2018)

En cuba desde los inicios de la década de los 80 del pasado siglo se dieron los primeros pasos para la organización de los servicios genéticos con una coordinación muy estrecha con el sistema de salud, en el marco del programa de atención Materno-Infantil, en el año 2000 se dio a la tarea de implementar diplomados y maestrias en Asesoramiento Genético para establecer a nivel de la atención primaria la consulta de Asesoramiento Genético. Con la implementación de estas consultas genéticas en la comunidad se integraron a las asesoras de otras especialidades, quienes en conjunto se ocupan de la identificación y caracterización del riesgo en todas sus vertientes, además de ofrecer estudios prenatales y posnatales de diagnóstico y asesoramiento según corresponda acorde a cada caso en particular. (Lantigua Cruz 2012 y Peña Mancebo O, 2015)

Se conoce como riesgo genético al aumento de la probabilidad de la ocurrencia de daño en la salud de un individuo o un grupo de ellos por una alteración cualitativa o cuantitativa del material hereditario (Peña Mancebo O, 2015)

Se ha garantizado implementar en los servicios de salud un grupo de subprogramas de diagnóstico prenatal que en su conjunto garantizan el diagnóstico eficaz de diferentes enfermedades genéticas como las hemoglobinopatías, enfermedades por afectación de un gen (monogénicas), enfermedades cromosómicas, defectos congénitos del desarrollo y enfermedades multifactoriales, que inciden en el estado de salud de una población. (Puffer R. 2013 y Varona de la Peña 2010)

La evaluación sistemática de la gestante permite identificar factores de riesgo que incrementan la probabilidad de aparición de defectos congénitos o enfermedades genéticas en el feto, la aparición de estos es una de las preocupaciones más frecuentes en la pareja que están esperando un hijo, esto constituye un problema no solo para quien la padece sino también para los padres, la familia y la sociedad en su conjunto

por las necesidades especiales que originan, son además causa importante de morbilidad y mortalidad , por lo que representan un problema de salud. (Vásquez-Cerdas, 2018)

Dada la significación que tiene para la vida la clasificación del riesgo genético prenatal para la detección de factores de riesgo que incrementan la posibilidad de la aparición de defectos congénitos y conociendo que en la mayoría de los casos se puede intervenir con nuestra actuación y modificarlos para lograr un feliz término del embarazo y un producto sano. (Sánchez Dione Justo, 2016)

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de enero a marzo del 2019 para evaluar como influyo el riesgo genético prenatal en la mortalidad infantil del área salud de Vázquez. Con un universo 67 gestantes captadas en la consulta de genética comunitaria del policlínico, coincidiendo la población a estudiar y la estudiada. En cada caso se determinó si el riesgo era bajo o incrementado ya sea para un defecto o una enfermedad.

La información se obtuvo principalmente del Registro de Genética Comunitaria de dicho programa y con el apoyo del Departamento de Estadística Municipal. Se decidió tener en cuenta las siguientes condiciones: clasificación, tipo y causas del riesgo, incrementado o bajo, defectos congénitos por aparatos y sistemas según su etapa de detención prenatal, el criterio de interrupción o seguimiento evolutivo según fuera el caso.

Utilizando la tabulación, el porcentaje y la mediana como método estadístico representamos todos los resultados mediante las variables que se exponen a continuación

Se consideró como riesgo genético bajo cuando los progenitores no presentaban antecedentes patológicos conocidos en su patrón de herencia y se clasificó incrementado cuando existía la presencia de factores determinantes que contribuían a sospechar que el feto pudiera presentar alguna enfermedad o defecto congénito.

1- Riesgo incrementado para alteraciones cromosómicas tales como:

- Hijo anterior con cromosomopatías.
- Edad materna mayor de 35 años.
- Abortos en primer trimestre y/o abortadora habitual de causa no ginecobstetrica.

2- Riesgo incrementado por defecto congénito cuando aparecían uno o más de estos factores.

- Menores de 19 años.

*** Otras causas.

- Algún miembro de la pareja afectado por una malformación congénita.
- Hijos o familiares cercanos afectados genéticamente.
- Uso de inductores de la ovulación Enfermedades crónicas asociadas.
- Gestante con déficit marcado de ácido fólico.

3- Incrementado por afecciones hereditarias.

- Antecedente de algún miembro de la pareja afectado.
- Presencia de consanguineidad.

4- Incremento de exposición a teratógenos.

- Radiaciones, ingestión de medicamentos o fiebre alta mantenida en el primer trimestre y la presencia de alcoholismo y/o drogadicción durante la gestación
- Exposición ocupacional de cualquier miembro de la pareja a sustancias toxicas u mutagenoteratogenicas.
- Infección por sus siglas (TORCH), toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus y herpes simple.

Clasificación del riesgo genético prenatal.

En el área de salud de Vázquez perteneciente al municipio de Puerto Padre en Las Tunas durante el primer trimestre del 2019 hubo un predominio de la proporción de embarazadas con riesgo genético incrementado en 39 gestantes lo que representa el 58.2%.

Este estudio coincide con investigadores que plantean que en la consulta de asesoramiento genético a las embarazadas, en la provincia de Las Tunas, alrededor del 49 % presentan un riesgo genético incrementado, donde tres municipios superan la media provincial: Puerto Padre, Menéndez y Las Tunas. En el municipio de Puerto Padre donde se realiza el estudio 62 de cada 100 embarazadas tenían riesgo genético incrementado. (Peña Mancebo O, 2015).

Tabla # 1 Clasificación del riesgo genético prenatal. Vázquez. Enero-marzo. 2019

Año	Total de gestantes	Riesgo bajo	%	Riesgo incrementado	%
2017	67	28	41	39	58.2

Fuente: Registro de Genética Médica Comunitaria.

Comportamiento del riesgo genético prenatal incrementado

De las 39 embarazadas con riesgo genético incrementado 25 (64.1) % de ellas clasificaron para la posibilidad de presentar defectos congénitos y en menor proporción (17.9%) para mutagenicidad/teratogenicidad seguido de forma decreciente probabilidad de tener alguna afección hereditaria (10.2%)y solo el 3% presentaron riesgo de alteraciones cromosómicas.

> “No abundan los reportes que aborden la clasificación del riesgo preconcepcional. En un estudio en el municipio Segundo Frente, de Santiago de Cuba, las alteraciones cromosómicas representaron el 37,5 % de las mujeres en riesgo en una muestra de 168 casos atendidos en 8 consultorios médicos, antecedidas por las afecciones hereditarias.
>
> En tal sentido, se requiere intensificar la pesquisa en este programa a nivel primario, así como la discusión colectiva para armonizar los criterios para la clasificación del riesgo

> preconcepcional, de modo que se logre mayor homogeneidad en la inclusión de las mujeres en cada grupo." Varona de la Peña, 2010

Coincidimos con estudio realizado donde en la consulta de riesgo genético prenatal, una vez realizado el análisis de los tipos de riesgo según los criterios de clasificación, se encontró que predominó el riesgo a malformaciones congénitas. (Peña Mancebo O, 2015).

Comportamiento del riesgo genético prenatal incrementado según clasificación.

Tabla # 2 Comportamiento del riesgo genético prenatal incrementado según clasificación.

Clasificación del riesgo genético	#	%
Por defecto congénito	25	64.1
Mutagenicidad /teratogenicidad	7	17.9
Alteraciones cromosómicas	3	7.6
Afecciones hereditarias	4	10.2
Total	39	100

Fuente: Registro de Genética Médica comunitaria.

Distribución del riesgo prenatal incrementado por defecto congénito según sus causas

En el estudio realizado la causa fundamental de presentar riesgo de defecto congénito (DC) se concentra en las gestantes menores de 19 años lo que representa el 56.1% y por otras causas el 44.1% hecho que coincide con otros resultados.

> "Se han identificado en estudios el embarazo en la adolescencia como el riesgo genético más frecuente, otros estudios lo ubican entre los principales factores a considerar. Teniendo en cuenta que el embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud para lo que se hace necesario diseñar estrategias conjuntas de todos los programas implicados en su atención para perfeccionar la clasificación de sus riesgos e implementar las medidas para disminuirlos". Varona de la Peña, 2010

Tabla # 3 Distribución del riesgo prenatal incrementado por defecto congénito según sus causas.

Causas	#	%
Edad menor de 19 años	14	56.1
Otras causas	11	44.1
total	25	100

Fuente: Registro de Genética Médica comunitaria

Caracterización de los defectos congénitos por aparatos y sistemas según el riesgo genético.

En esta tabla podemos apreciar que el primer lugar es ocupado por las malformaciones de los sistemas digestivo, óseo con dos casos cada uno seguido de otros sistemas y el

sistema nervioso central con un caso cada uno respectivamente El100% de las malformaciones se detectaron el riesgo genético prenatal incrementado.

Las cardiopatías congénitas han sido los defectos congénitos más frecuentes en múltiples estudios, con prevalencia mundial general de 4,12 por 1 000 nacidos vivos. (Sánchez J. 2016)

Tabla # 4 Caracterización de los defectos congénitos por aparatos y sistemas según el riesgo genético.

Defectos congénitos por sistemas	Rgo incremt	total
Sistema cardiovascular		
Sistema digestivo		
Sistema óseo	2	2
Sistema renal	2	2
Otros sistemas	1	1
Sistema nervioso central	1	1
Sistema respiratorio		
Total	6	6

Fuente: Registro de Genética Médica Comunitaria.

CONCLUSIONES

El 69.3% de las gestantes presentaron riesgo genético incrementado y a predominio de altas probabilidades de presencia de defectos congénitos por varias causas principalmente cardiovasculares.

REFERENCIAS

Iturra-Zamorano, R. S., Badilla-Otero, M. C., & Velásquez-Muñoz, A. A. (2017). Vivencias de embarazadas de alto riesgo Obstétrico del Hospital San Juan De Dios, en Chile. *Revista CONAMED*, *22*(4), 174–178. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126681874&lang=es&site=ehost-live

Espinosa Yera Y, Gómez Jiménez DE, Espinoza Yera M, Herrera Martínez

M. 2014.Repercusión del riesgo genético en el embarazo. [CD-ROM]. Santa Clara: II Encuentro teórico Universalización y Sociedad. http://es.wikipedia.org/eiwi/Ingenier%C3%Ada-gen%C3%a9tica-humana.

Lantigua Cruz A. Introducción a la genética médica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.

MINSAP. Anuario Estadístico: La Habana. Dirección Nacional de Estadísticas, 2018.

Peña Mancebo O, Reyes Reyes E, Orive Rodríguez NM, Romero PortellesLd, Figuera Castillo A. Prevención de enfermedades genética en Las Tunas, nonestre de 2015. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2016 [citado 2018 Jun 8]; 41(5): [aprox. 0 p.].Disponible en: http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/718

Puffer R. la planificación Familiar y la mortalidad materna e infantil en los EUA. Rev. PAHO2013; 115(%):389-404

Sánchez Dione J, Ferreiro Rodríguez A, Llamos Paneque A, Rodríguez Tur Y, et al. 2016. Comportamiento clínico epidemiológico de los defectos congénitos en La Habana. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 88(1). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312016000100005&lng=es

Varona de la Peña, F., Hechavarría Rodríguez, N., & M. Orive Rodríguez, N. (2010). Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *36*(4), 565–572. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=62718546&lang=es&sitehost-live

Vásquez-Cerdas, M., Morales-Montero, F., & Cuenca-Berger, P. (2018). Características clínicas y genético-moleculares de la enfermedad de Huntington en pacientes costarricenses: experiencia de 14 años de diagnóstico molecular. *Revista Mexicana de Neurociencia*, *19*(5), 9–18. https://doi.org/10.24875/RMN.M18000003

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MUJERES SOBRE EL PROGRAMA DE CÁNCER CERVICOUTERINO, MAJIBACOA 2017-2018

INTERVENTION OF INFIRMARY IN WOMEN ON THE PROGRAM DE CANCER CERVICOUTERINO, MAJIBACOA 2017-2018

Yanny de los Angeles Bofill Mayacen[1]

Claudia B. Labrada Vidal [2]

Cynthia Imbert Muñoz[3]

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasiexperimental para evaluar la intervención de enfermería en mujeres sobre el Programa de Cáncer Cervicouterino, municipio Majibacoa durante el 2017-2018. El universo lo conformaron 108 mujeres que no deseaban realizarse la citología. Los datos obtenidos de encuestas se plasmaron en una planilla que contempla las variables: Nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvicouterino y prueba citológica, Causas por las cuales no deseaban realizarse el estudio y acciones de enfermería. Incidió la evaluación no adecuada del nivel de conocimientos del cáncer cervico-uterino en 93 féminas (86,1%) y sobre la importancia de la citología en 105 (97,2%), los motivos referidos, predominó el uso del espéculo en 71 pacientes (65,7 %) dentro de las acciones realizadas que más se destacó fue la visita al hogar al 100% de las pacientes. La intervención resulto exitosa pues permitió que el 100% de las féminas acudieran a realizarse la prueba citológica.

PALABRAS CLAVES: Cáncer Cervico Uterino, Citología, cuidados enfermero.

ABSTRACT

He/she was carried out a study cuasiexperimental to evaluate the infirmary intervention in women on the Program of Cancer Cervicouterino, municipality Majibacoa during the 2017-2018. The universe conformed it 108 women that didn't want to be carried out the cytology. The obtained data of surveys were captured in a schedule that contemplates the variables: Level of knowledge on the cancer cérvicouterino and it proves citológica, Causes for which didn't want to be carried out the study and infirmary actions. It impacted the non appropriate evaluation of the level of knowledge of the cervico-uterine cancer in 93 féminas (86,1%) and about the importance of the cytology in 105 (97,2%), the referred reasons, the use of the espéculo prevailed in 71 patients (65,7%) inside the carried out actions that more he/she stood out the visit he/she went to the home to 100% of the patients. The intervention is successful because it allowed that 100% of the féminas went to be carried out the test citológica.

WORDS KEY: Cancer Uterine Cervico, Cytology, taken care male nurse.

[1] Licenciada en Enefermería, profesora asistente Policlñinico 7 de noviembre. Miembro titular de la SOCUENF.
[2] Estudiante de segundo año de la carrera de Medicina brigada 2
[3] Estudiante de segundo año de la carrera de Medicina brigada 2

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el cáncer de cuello uterino es una de las neoplasias más frecuentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que anualmente se diagnostican aproximadamente 530.000 casos nuevos, de los cuales un 83% se dan en países en vías de desarrollo. (Malagón Montano, 2015 y Millan, 2016), por esta causa mueren 23 1000 mujeres anualmente que de haberse detectado y tratado a tiempo, se hubiesen evitado, de las cuales más del 80 % ocurren en los países en vías de desarrollo. Esta situación resulta más frecuente en América Latina y el Caribe donde se calcula se presentan alrededor de 68 000 casos nuevos cada año. (Bou Lobaina, 2015). En Colombia, este padecimiento ocupa el segundo lugar en incidencia y en primer lugar en mortalidad (Castillo Ávila, 2015 y Andrés, 2017).

El cáncer cérvico uterino constituye una de las principales causa de muerte por enfermedades malignas en las mujeres en numerosos países desarrollados y bien pudiera ser la primera en países en vías de desarrollo, según sea la presencia o la ausencia de programas de detección, y los factores sociales que condicionan en el acceso a los mismos. El control del cáncer cervical se realiza generalmente en todo el mundo por medio de la prueba citológica, desarrollada por George Papanicolaou en la década del 40 del pasado siglo, que conjuntamente con la colposcopia y la biopsia, han demostrado su efectividad cuando se realizan bajo estricto control de calidad y con periodicidad. (Padilla Fernández, 2015)

En Cuba, según el Anuario Estadístico de Salud del 2016 y a pesar del Programa de Detección Precoz, se considera la quinta causa de mortalidad por tumores malignos en la mujer, con 512 muertes reportadas, para una tasa de 9,1 × 100 000 habitantes.

La citología cervicouterina se ha convertido en el principal método de búsqueda de cáncer cervicouterino y de su agente causal, el Virus del Papiloma Humano. La neoplasia cervicouterina es muy frecuente y letal, frente a la cual los programas de tamizaje bien organizados son un método apropiado y efectivo para disminuir su incidencia y mortalidad. (Andrés, 2017)

El Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino, posee todo el apoyo de las autoridades sanitarias y no sanitarias es decir la intersectorialidad, donde además juega un papel importante las organizaciones de masa como la FMC y los CDR quienes contribuyen en la concientización de la realización de la prueba citológicas en aquellas mujeres que poseen temor de realizárselas, así mismo la familia y la comunidad posee un rol protágonico en este sentido. (Padilla Fernández, 2015; Millan, 2016 y Cordero Martínez, 2015).

El municipio de Majibacoa en Las Tunas cada año se cumple con las metas anuales propuestas para la realización de la prueba citológica, las cuales son evaluada de forma sistemática semanalmente para garantizar el éxito de este programa, a pesar de ello existen serias deficiencias que afectan la detección temprana de la neoplasia intraepitelial cervical y el cáncer, pues inciden factores biopsicosociales como son el nivel de conocimientos de las féminas y la percepción de los riesgos/beneficios en el cumplimiento de la realización de la prueba citológica con la periodicidad establecida entre otras. Por tal motivo nos propusimos evaluar la intervención de enfermería en mujeres sobre el Programa de Cáncer Cervicouterino, durante el año 2018. Para lo cual

se realizó un estudio cuasiexperimental de corte longitudinal. El universo lo conformaron 108 mujeres que no deseaban realizarse la citología durante el periodo de estudio las cuales dieron su consentimiento informado para el estudio.

Los datos se obtuvieron a partir de la realización de encuestas validadas por expertos previo consentimiento informado de las pacientes, los cuales se plasmaron en una planilla que contempló las variables:

- Nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvicouterino y prueba citológica: Variable cualitativa nominal dicotómica, Adecuado e inadecuado, Según nivel de conocimientos y conductas.
- Causas referidas por las por las mujeres que no desean realizarse el estudio: Cualitativa nominal politómica, Según las causas referidas por las pacientes.
- Acciones de enfermería. Cualitativa nominal politómica, Según las acciones realizadas por los profesionales de enfermería.

El estudio estuvo fue diseñado en tres momentos o etapas:

1. Etapa de Diagnóstica.

En esta etapa se aplicó una encuesta para identificar si tenían conocimientos sobre la prueba citológica y cáncer cervico uterino, con ítem de Si o No. Señalando que tenían conocimientos adecuados cuando sus respuestas positivas fueran del 70% sino tenían conocimientos inadecuados.

Para precisar si las causas por las que no deseaban realizarse la citología se realizó una pregunta abierta para que expusieran sus principales temores al respecto de este procedimiento.

2. Etapa de intervención.

Obtenidos los resultados de la encuesta inicial, se elaboró un plan de acción para solucionar los problemas identificados y modificar los conocimientos inadecuados sobre citología y cáncer cérvico uterino para ello se dividió el grupo de estudio por consultorios médicos de familia donde pertenecían las féminas lo cual facilitó la intervención de enfermería y aplicación del programa educativo que se realizó de forma individualizada con cada paciente, donde se realizaron visita al hogar con el propósito de vincular a la familia con esta problemática para obtener su cooperación, así mismo se contactó con las diferentes organizaciones de masa con que cuenta la comunidad, se visitaron los centros de trabajo y se brindó Educación Para la Salud donde se utilizaron diferentes técnicas participativas.

3.- Etapa de evaluación

Una vez concluida la capacitación a la pacientes y familiares, se esperó un plazo de 6 semanas para constatar la respuesta del paciente en caso de seguir sin realizarse la citología se tramitó con las organizaciones de masa de la comunidad y los centros de trabajo nuevamente.

Se reunió la información obtenida en una base de datos y se procesó con el paquete de programa estadístico Microstat. Se aplicó el método de distribución de frecuencia y contingencia y los resultados se exponen en tablas para su mejor comprensión.

Nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvicouterino y la importancia de la realización de la prueba citológica

Se puede apreciar que incidió la evaluación no adecuada del nivel de conocimientos sobre el cancer cervico uterino en 93 féminas para un 86,1 y de esta misma forma se comportó el conocimiento sobre la importancia de la citología en 105 féminas para un 97,2%.

En la literatura revisada, se evidencia que el conocimiento de la importancia del diagnóstico temprano por la población femenina y una educación sanitaria son elementos indispensables para el éxito del programa de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino ya que si esta enfermedad es detectada precozmente se podrán emplear métodos que garanticen una mejor calidad de vida de las mujeres. (Castro Carreño, 2015).

> "Existen escasos conocimientos acerca de la importancia de la prueba citológica para la detección temprana de esta entidad, lo que ha sido comprobado" Padilla Fernández, 2015.
>
> "La presencia de factores de riesgo, además de expresar desconocimiento, indica que los métodos de educación sexual no son los más adecuados y se impone un programa de intervención educativa" Millan, 2016.

En estudios realizados por otros autores encontraron que el 71.4 % del universo no tenían suficiente conocimiento sobre cáncer cérvico-uterino, lo que generó la necesidad de implementar una estrategia de intervención capacitante en las féminas, para que estas puedieran apoderarse de los conocimientos sobre este tema y que entendieran que el cáncer cérvico-uterino que según literaturas revisadas esta lesión maligna del aparato genital femenino es considerada ya en el mundo como infección de transmisión sexual por la relación que guarda con el Virus del Papiloma Humano siendo este el principal factor de riesgo. (Bou Lobaina, 2015)

Las autoras consideran que a pesar de algunas de ellas poseer conocimientos adecuados sobre el cancer cervico-uterino y la importancia de la realización de la prueba citológica como método de detección precoz de la enfermedad se deben seguir realizando acciones por el personal de enfermería para fomentar los resultados en este programa.

Tabla 1 Nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvicouterino y la importancia de la realización de la prueba citológica de las mujeres que no deseaban realizarse la citología. Municipio Majibacoa. Septiembre 2017– Noviembre 2018.

Evaluación	**Nivel de conocimiento Cáncer de cervicouterino**		**Importancia de la Citología**	
	No.	**%**	**No**	**%**
Adecuada	15	13.9	18	**316.7**
No adecuada	93	86.1	90	**83.**
Total	**108**	**100**	**108**	**100**

Fuente: Encuesta

Causas referidas por las por las mujeres que no desean realizarse la citología.

Es importante resaltar que dentro de las causas referidas por las por las mujeres que no desean realizarse el estudio, incidió fue el del espéculo en 71 pacientes para un 65,7 %.

En estudios realizados por otros autores expresan que la causa fundamental de la no realización de las tomas de muestra lo constituyó el desconocimiento de los factores de riesgos, el temor a la misma seguidas del dolor y el sangramiento fueron señalados por algunas además de la ansiedad que causan los exámenes pélvicos, la vergüenza que sienten las pacientes y el temor al proceso o temor al cáncer. (Castro Carreño, 2015 y Millan, 2016).

Así mismo otros autores en sus estudios reflejan que las principales causas de no desearse realizar la prueba citológica la constituyen la baja percepción de los beneficios para su salud, el sentir pudor al realizarse la misma, otros expresan sentir molestias y dolor durante la realización de estas, otras simplemente al no otorgarle la importancia que posee esta se le olvida. (Padilla Fernández, 2015)

Tabla 2. Causas referidas por las por las mujeres que no desean realizarse el estudio. Municipio Majibacoa. Septiembre 2017- Noviembre 2018.

Motivos Referidos	No.	%
Me provoca sangramiento	8	7,4
Por ser doloroso	21	19,4
Por el especulo	71	65,7
No es importante	3	2,7
Otras causas	5	4,7

Fuente: Encuesta.

Acciones realizadas por el personal de enfermería para contribuir con la realización del 100% de la meta de citología.

Se muestran las acciones realizadas por el personal de enfermería para contribuir con la realización del 100% de la meta de citología. Municipio Majibacoa. Septiembre 2017–Noviembre 2018, donde incidió la visita al hogar en el 100% de las pacientes.

El programa de detección precoz del Cáncer Cervicouterino en la Atención Primaria de Salud en Cuba ocupa un lugar preponderante lo que ha permitido el desarrollo de acciones y estrategias dirigidas a lograr un diagnóstico precoz de esta enfermedad, por lo que se han logrado notables resultados los cuales permiten que la mujer cubana, portadora de dicha patología mediante un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno en etapas iniciales de la enfermedad logre mantener una calidad de vida adecuada, así como mantenerse activa dentro de la sociedad logrando mantener su vinculación con el trabajo, la familia y la sociedad. Por todo ello Cuba es hoy el país de América Latina que presenta la más baja tasa de mortalidad por esta enfermedad. Padilla Fernández, 2015 y Millan, 2016.

> “Según estudios revisados se ha detectado que existe una mayoría abrumadora que no sabe la importancia de prevenir el cáncer cérvico-uterino, lo que corrobora el criterio de la autora, de que aún es insuficiente el número de acciones realizadas por el personal

de salud en los diferentes escenarios. Ello requiere incrementar una ardua labor con respeto al tema tratado“(Bou Lobaina, 2015)

Las autoras consideran que el éxito en el programa de detección precoz del cáncer cervico uterino radica en la prevención de la salud así como en su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno donde la enfermera de la familia juega un roll fundamental para incrementar la conciencia de las féminas y sensibilizar a las familias sobre la importancia de la realización de la prueba citológica en el periodo establecido como garantía de calidad de vida de las mismas. Hemos de destacar que históricamente gran parte de las enfermedades que azotaron a la humanidad fueron controladas y eliminadas mediante la prevención que así mismo el éxito de estas estrategias de prevención depende del conocimiento general y detallado de la enfermedad.

Tabla 3 Acciones realizadas por el personal de enfermería para con la realización del 100% de la meta de citología. Municipio Majibacoa. Septiembre 2017– Noviembre 2018.

No.	Acciones de enfermería
1	Realizar visitas al hogar de las pacientes que no desean realizarse la prueba citológica.
2	Mantener el 100% del universo de pacientes a realizarse la citología actualizada.
3	Brindar Educación Para la Salud a pacientes y familiares sobre la importancia de la realización de la citología.
4	Coordinar con las organizaciones de masa para que cooperen con la concientización de las pacientes sobre la importancia de la citología.
5	Visitar los centros de trabajo de las pacientes que no deseaban realizarse la citología.

Fuente: Historia Clínicas

CONCLUSIONES

En las pacientes que no deseaban realizarse la citología existió un nivel de conocimiento no adecuado sobre el cáncer cervico-uterino en el 86,1% y sobre la importancia de la citología en el 97,2% de las pacientes, el principal motivo por el cual no deseaban realizarse el estudio lo constituyó el uso del espéculo en el 65,7 % de los casos, siendo la visita al hogar la acción independiente de enfermería que más se destacó resultando exitosa esta intervención pues permitió que el 100% de las féminas acudieran a realizarse la prueba citológica.

REFERENCIAS

ARAGONA, A., SODERINI, A., MOSCHEN, H., BONAVIA, E., GARRIDO, R., & CUNEO, N. (2018). Elevada Mortalidad Por Cáncer Cérvico-Uterino en Mujeres Jóvenes Del Área Metropolitana De Buenos Aires. *Revista Medicina*, *78*(4), 234–242. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=138352537&lang=es&site=ehost-live

Andrés, M.-P., Henry, M.-O., Cesar, R.-B., James, M.-M., & Cesar, M.-P. (2017). Caracterización Sociodemográfica Y Estudio De Tamizaje De Cáncer Cérvico Uterino en Un Centro De Salud Universitario en Popayán Cauca Durante El Año 2015. *CIMEL*, *22*(2), 8–13. https://doi.org/10.23961/cimel.2017.222.774

Bou Lobaina, Y., Gámez Urgelles, Y., Blanco, L. C., Quiala Ducas, E., & Sánchez Benavides, Y. (2015). Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. Capacitación en adolescentes de un policlínico universitario. *Revista Información Científica*, *92*(4), 787–798. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126212623&lang=es&site=ehost-live

Castillo-Ávila, I. Y., Canencia-Padilla, J., Zurbarán-Lamadrid, M., Pertuz-Cantillo, D., Montes-Padilla, M., & Jiménez-Chacón, E. (2015). Calidad De Vida en Mujeres Con Cáncer Cérvico-Uterino, Cartagena (Colombia), 2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia*, *66*(1), 22–31. https://doi.org/10.18597/rcog.4

Castro Carreño, Y., Falcón Díaz, M., Valdés Iwasaky, K., Díaz Molleda, C., & Martínez Martínez, T. G. (2015). Estrategia de intervención sobre la percepción de factores epidemiológicos del cáncer cervicouterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *41*(3), 266–274. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=118551015&lang=es&site=ehost-live

Cordero Martínez, J., & García Pimentel, M. (2015). Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *41*(4), 350–364. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=118545911&lang=es&site=ehost-live

Malagón Montano, L., Pérez Sánchez, Y., Acuña Adán, A. M., & Fuentes Garabote, G. (2015). Estudio comparativo de factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *31*(3), 286–294. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=116562930&lang=es&site=ehost-live

Melo A, Vásquez AM, Andana A, Matamala M, Pino T, Guzmán P, et al(2014). [Genotyping of human papillomavirus in women under 25 years old treated in the screening program for cervical cancer]. Revista Chilena De Infectologia: Organo Oficial De La Sociedad Chilena De Infectologia [Internet]. [cited 2019 May 25];31(5):542–8. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=25491452&lang=es&site=ehost-live

Millan, Z. L. H., Polanco, E. B., Rodriguez, N. Á., López, Y. T., Araujo, J. I. T., & Santana, M. M. (2016). Nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cérvico-uterino en mujeres de Cumanayagua. *Revista Cubana de Enfermería*, *32*(2), 1. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=117024580&lang=es&site=ehost-live

Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2016 [citado Febrero 2017]. Disponible en: www.sld.cu/sitios/dne/

Padilla Fernández, A. D., Martín, D. G., Valdés, A. R., Marrero, B. B., & García, X. S. (2015). Conocimientos, percepción de riesgos y beneficios de la prueba citológica en mujeres del municipio Ciego de Ávila. *Medi Ciego*, *21*(1), 43–50. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=102138258&lang=es&site=ehost-live

ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMAS Y AUTO EXAMEN DE MAMAS

EDUCATIONAL STRATEGY ON RISK FACTORS OF THE BREAST CANCERS AND CAR EXAM OF BREASTS

Yoel González Gómez[1] yoelgg@ltu.sld.cu

Enrique Miguel Carmenate López[2] ecarmenate@ltu.sld.cu

Osquel Pérez Suárez[3] osquellgl@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó una intervención, para evaluar el conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mamas y auto examen de mamas en pacientes de la consulta de patología de cuello Hospital “Guillermo Domínguez”. Enero-Marzo 2018. Universo 417 pacientes y muestra aleatoria simple de 326 a quienes se les aplicó el cuestionario con previo consentimiento informado. En los factores de riesgos, predominó el grupo etarios de 45-49 años con 84 mujeres, nivel escolar Técnico 132 pacientes, en los conocimientos antes de intervenir incidió la Ausencia de Lactancia Materna donde solo la identificaron 12 pacientes modificándose estos conocimientos al 100% de las pacientes al concluir, el autoexamen de mama, se modificó su realización y frecuencia de 60 pacientes que lo hacían mensualmente a 326, el desconocimiento fue la principal causa, siendo los programas radiales y televisivos por donde recibieron mayor información. El programa de intervención educativa y obtuvo una evaluación de bien.

PALABRAS CLAVES: Autoexamen de Mamas, Intervención de Enfermería, Cáncer de mamas.

ABSTRACT

An intervention study was carried, to evaluate the knowledge it has more than enough factors of risk of the cancer of you suckle and car exam of you suckle in patient of the consultation of pathology of neck Hospital "Guillermo Domínguez". January-March 2018. Universe 417 patients and simple random sample of 326 to who you/they were applied the questionnaire with previous informed consent. In the factors of risks, the group 45-49 year-old etarios prevailed with 84 women, level school Technical 132 patients, in the knowledge before intervening impacted the Maternal where alone Absence of Nursing 12 patients they identified it modifying these knowledge to 100% from the patients when concluding, the autoexamen of he/she suckles, he/she modified its realization and 60 patients' frequency that made it monthly at 326, the ignorance it was the main cause, being the radial and television programs for where they received bigger information. The program of educational intervention and he/she obtained an evaluation of well.

KEY WORDS: Car exam of you Suckle, Intervention of Infirmary, Cancer of you suckle.

[1] Licenciado en Enfermería. Profesor Asistente.Miembro Titular de la SOCUENF.
[2] Licenciado en Enfermería. Miembro Titular de la SOCUENF.
[3] Licenciado en Enfermería. Profesor Asistente. Miembro Titular de la SOCUENF.

INTRODUCIÓN

El cáncer representa en la actualidad uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, siendo estadísticamente la segunda causa de muerte en muchos países, de ellos el cáncer de mamas sigue siendo en términos epidemiológicos, la neoplasia maligna que más se diagnóstica y constituye el segundo tipo de tumor más común en ambos sexos en el mundo. En el sexo femenino ocupa el segundo lugar representando el 26,9 % de todas las localizaciones. (Almagro E, González C, Espinosa E, 2016). La edad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama, afectando una de cada 8 mujeres a lo largo de su vida. (Hernández Hernández DM, Villegas Sandoval, A, Apresa García T, 2014)

Es el cáncer de mayor prevalencia en 145 países del mundo y constituye la segunda causa de muerte por enfermedad oncológica en la mujer. Según las estadísticas mundiales de 2017, anualmente se diagnostican 1,1 millones de casos. Representan más de 10% de todos los nuevos cánceres1. En Chile, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en defunciones por enfermedad oncológica en la mujer chilena, promediando 1.130 defunciones anuales. (Feigin KN, Keating DM, Telford PM, 2006)

En Estados Unidos, casi 15 millones de mujeres cada año solicitan atención médica a causa del tumor de mama y se diagnostican alrededor 190 000 casos nuevos anualmente. (Almagro E, González C, Espinosa E, 2016).

El cáncer de mama, con la excepción del cáncer de piel, es el más común entre las mujeres. Para su detección es fundamental examinar las mamas de la mujer para realizar un diagnóstico precoz, antes del inicio de los síntomas.

Dentro del programa de cáncer del sistema de salud en Cuba, para la atención primaria, existe una estrategia encaminada a detectar en cada área de salud los grupos de alto riesgo y realizar actividades de prevención del cáncer de mama. La promoción de salud está dirigida a educar a la población en el auto examen de mama mensual y promover la importancia del examen físico por un profesional capacitado, divulgar a través de los medios de difusión masiva los síntomas y signos más frecuentes de presentación de esta enfermedad, En Cuba el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer, Siendo el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón la primera causa con un 37,3%, Las características de la Morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en los últimos 30 años es alarmante, se diagnostican diariamente 6 casos de cáncer de mama en mujeres, de ellas 3 mueren, como promedio. (Almagro E, González C, Espinosa E, 2016). En el 2017 en cuba ocurrieron 1519 defunciones, por cáncer de mama, valor similar al año 2016 con 1527 defunciones, nuestra provincia ocupa el 4to lugar a nivel nacional con mayores casos diagnosticados en el 2017 con 1235 casos, siendo la segunda causa de muerte a nivel provincia y la primera en nuestro municipio fuente estadística año 2016, en ese mismo año fallecieron por cáncer 203 pacientes.

El papel del auto examen de mama es polémico; la Sociedad de Cáncer Americana (CAS, por sus siglas en inglés) ya no recomienda los autos exámenes mensuales; sin embargo, considera que todas las mujeres deben aprender sobre los beneficios potenciales, limitaciones y daños del auto examen de mama. Las mujeres deben recibir instrucciones apropiadas para realizar el auto examen y decidir individualmente la

periodicidad con que lo realizan. Otros grupos sugieren que el auto examen sistemático puede ocasionar más resultados falso-positivos y, por consiguiente, más biopsias de lesiones benignas. (Feigin, 2006, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2016)

La mamografía es el mejor método para detectar el cáncer de mama en etapas tempranas, cuando es más fácil de tratar y antes de que sea lo suficientemente grande para que se sienta al palpar o haya causado síntomas. La mayoría de las mujeres entre los 50 y 74 años deben hacerse una mamografía, al menos cada dos años, o si tiene entre 40 y 49 años y tienen factores de riesgo adicionales. (Visvanathan K, Hurley P, Bantug E, Brown P, Col NF, Cuzick J, et.al, 2013, Wörmann B, Aebi S, Greil R, Harbeck N, Overkamp F, Rick O, et al, 2012)

Tomando como premisas el ahorro económico y las implicaciones que tiene para las pacientes la detección precoz del cáncer de mama, donde destacan mejores resultados terapéuticos y la posibilidad de cirugías más conservadoras. Es innegable la utilidad de la mamografía, pero eso no invalida la pesquisa activa por parte del personal médico y de Enfermería incrementar la promoción del auto examen de mama.

Frente a lo expuesto, se plantean las siguientes interrogantes: ¿Qué conocimientos tienen las mujeres que acuden a la consulta de patología de cuello sobre los factores de riesgo del cáncer de mama y el auto examen de mama?, ¿Con qué frecuencia se lo realizan? ¿Cuáles motivos llevan a estas mujeres a la no realización del auto examen de mama? ¿Qué efectividad tendría el desarrollo de una intervención para contribuir a la modificación de la situación existente?, Con la intención de encontrar respuestas para estas preguntas nos planteamos el propósito de realizar el siguiente trabajo.

Factores de Riesgo del cáncer de mamas

(Factores de riesgos) Podemos decir que el mayor número se encontraba en el grupo de 45 a 49 años con un total de 84 mujeres para un 25,70 %, seguida por el grupo de 50-54 con 75 para un 23,00 %)

Sobre el nivel de escolaridad podemos decir que el predominante fue el nivel Técnico medio con un total de 132 pacientes para un 40,49 %, seguido del Preuniversitario con 112 mujeres para un 34,35 %

> “En los últimos años, se ha visto involucrado el compromiso de diversos factores de riesgo para cáncer de mama, sin embargo, el mismo estilo de vida, entorno social y ambiental han permitido que estos se modifiquen y aumenten la incidencia de la enfermedad; asimismo, se sabe que sólo el 5 – 10 % obedecen a causas hereditarias y el 85% se presume que son esporádicos.” Castillo-Otiniano, C. 2019.

La causa del cáncer de mama es desconocida, pero la evidencia epidemiológica indica tres factores: endocrinos, dietéticos y genéticos. Existen factores de alto riesgo para el cáncer mamario los cuales son de vital importancia en el conocimiento de toda mujer, sin embargo, en nuestro estudio al comprobar el nivel de conocimiento sobre estos factores de riesgo podemos decir que existe muy poco conocimiento por parte de las mujeres, siendo el más conocido por este grupo las enfermedades benignas no tratadas con un total de 48 para un 14.72 %, es alarmante el poco conocimiento de forma general de los factores de riesgo.

Al distribuir la muestra estudiada teniendo en cuenta la realización del auto examen de mama, se puede observar que era poco practicado, pues solo 60 se lo realizaban antes de la intervención, para un 18,40 %, cifra que alcanzó el 100 % de respuesta afirmativa a la interrogante sobre la realización después de brindarles conocimientos, las que también demostraron tener dominio sobre su técnica. En otros estudios realizados de un total de 119 mujeres estudiadas, antes de la capacitación 100 refirieron realizarse el auto examen de mamas, lo que representó el 84.3 %. (Almagro E, González C, Espinosa E.2016). Aspecto que no concuerda con este estudio

Tabla # 1. Conocimiento sobre factores de Riesgo del cáncer de mamas.

Factores de Riesgo	Antes		Después	
	#	%	#	%
Antecedentes Patológico familiares	41	12,57	326	100
Inadecuados hábitos alimenticios	21	6,44	326	100
Ausencia de Lactancia Materna	12	3,68	326	100
Enfermedades benignas no tratadas	48	14,72	326	100
Uso prolongado de anticonceptivos	16	4,90	326	100
Edad	22	6,74	326	100
Raza	15	4,60	326	100
Menarquia precoz	-	-	326	100
Menopausia precoz	-	-	326	100

Fuente Encuesta

Causas de la no realización del Auto examen de mamas

Al relacionar las causas por las cuales no se realizaban el auto examen de mama, el mayor número reconoció, antes de la intervención, que por desconocimiento, 131 para un 49,24 %, le siguió el miedo con 98 para un 36,84 %. Algunas expresaron que por pena o pudor, ya que pensaban que el médico era quien se lo iba a realizar, mostrando nuevamente la falta de conocimiento como factor influyente.

Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por la autora Carvalho sobre la Práctica del auto examen de mamas donde la mitad de las entrevistadas no se realizaban el AEM por falta de conocimiento. Para algunas mujeres, el miedo del descubrimiento del nódulo, la vergüenza de ser tocada por profesionales o por ella misma, se convierte en el principal factor para la no realización del AEM. (Wörmann B, Aebi S, Greil R, Harbeck N, Overkamp F, Rick O, et al., 2012) A juicio de la autora diseminar acciones de detección y ampliar el acceso de la población a las acciones primarias de salud, representa una importante estrategia para revertir tal realidad; teniendo en cuenta, que el tumor de mama en más del 80% de los casos es detectado por las propias mujeres.

Al analizar la frecuencia con que se realizaban el auto examen. Antes de la intervención, de las 60 mujeres que se realizan el auto examen, 41 plantean que lo

practican mensualmente, para un 52.4 % y 13 trimestral, para un 14,3 %. Después de brindarles conocimiento el 100% reconocen que se debe hacer mensualmente.

En otro estudio el 15,97 % de las pacientes reconocieron no haberlo hecho nunca y solo el 10,08 % lo realizan cada mes. Después de la intervención 100 de estas mujeres reconocieron que el auto examen debía aplicarse 1 vez al mes que representó el 84,03 %.(MedlinePlus, 2009), Instituto Nacional del Cáncer, 2010)

Al analizar los medios de a través del cual recibieron información del auto examen de mamas, 49 refieren por la Televisión y la prensa Para un 81,66%, y 21 por el médico del consultorio 6,44%.

En nuestro país se le da la difusión necesaria a aspectos tan esenciales para la salud sobre todo tratándose de un cáncer que a tiempo puede ser prevenible, Coincidiendo este resultado con un estudio donde el 60.9% del total de las mujeres encuestadas, recibieron información de cómo realizarse el auto examen de mamas, siendo la televisión y prensa el medio a través del cual se informaron el 100% de los casos, le siguió en orden de frecuencia su médico y enfermera de la familia (15), no así en el estudio realizado por Hernández donde la labor de divulgación del médico y la enfermera superó el resto de los medios de aprendizaje.(Wörmann B, Aebi S, Greil R, Harbeck N, Overkamp F, Rick O, et al.(2012)

Si la difusión de este tema fuera mayor la morbilidad y la mortalidad por cáncer de mama podría reducirse, pues coadyuvaría a que las mujeres alcanzaran el conocimiento, la motivación y la destreza.

Causas de la no realización del auto examen de mamas.

Tabla # 2 Causas de la no realización del auto examen de mamas

Auto examen de mama	#	%
Desconocimiento	131	49,24
Miedo	98	36,84
No le interesa	-	-
Otras Razones	37	13,90
Total	266	100

Fuente Encuesta

Estrategia de intervención educativa

Al realizar la evaluación final de los resultados obtenidos (Cuadro # 8) después de implementada la estrategia de intervención educativa con las 326 muestreadas del estudio, se evalúo en su totalidad de Bien, al estar los 4 indicadores de resultados construidos para hacer dicha evaluación, evaluados de Bien.

Estrategia de intervención educativa

Tabla 3. Estrategia de intervención educativa

Sesión	Actividades	temas	Participantes	Evaluación del tema
1	1	Reseña Anatómica	+ 95%	Bien
	2	Alteraciones Funcionales normales	+ 95%	Bien
	3	Alteraciones Funcionales patológicas	+ 95%	Bien
	4	Autoexploración (AEM)	+ 95%	Bien
	5	Métodos de Evaluación	+ 95%	Bien
	6	Principales tratamientos	+ 95%	Bien
	7	Secuelas	+ 95%	Bien

Evaluación de la estrategia de intervención

Indicador	Meta	Criterio de Medida	Resultado Obtenido	Evaluación
Impartir actividades planificadas.	Realizar el 100% de las actividades planificadas.	B: 5 (+90%) M: 0 (-90%)	95%	Bien
Mantener la matrícula de Inicio.	100% de las Pacientes Incorporadas a la actividad	B:5 (+90%) M: 0 (-90%)	100%	Bien
Conocimientos adquiridos	100% de las Pacientes eleven sus conocimientos	B: 5 (+90%) M: 0 (-90	95 %	Bien
Mantener la motivación de las féminas.	100% de Pacientes motivados.	B: 5 (+90%) M: 0 (-90	97 %	Bien
Evaluación Final	Promedio de la calificación obtenida	+ 80 %: 5 -80 %: 0	50/60 83.3 %	Bien

CONCLUSIONES

De todo lo antes expuesto podemos concluir que el grupo de edad que predominó entre las estudiadas fue de 45 a 49 años, el nivel de escolaridad el Técnico medio. La mayoría de las Mujeres estudiadas antes de la intervención no conocían los factores de riesgo, las enfermedades benignas fue el más conocido. Menos de un tercio de la muestra se realizaban el auto examen de mamas sin la frecuencia requerida. El desconocimiento por falta de información fue el factor que afecto la realización de esta maniobra. La televisión y la prensa fueron los factores determinantes en la difusión de

los beneficios del auto examen de mamas. Se impartió un programa de intervención con 24 sesiones, con un total de 7 actividades, incluidas las temáticas identificadas como necesidades de aprendizaje, se evaluó el programa de intervención educativa y obtuvo una evaluación de bien logrando modificar el nivel de conocimiento de las pacientes sometidas al estudio.

REFERENCIAS

Almagro E, González C, Espinosa E. (2016) Factores pronósticos en el cáncer de mama en estadio inicial. Med Clín (Barc); 146(4):167-71.

American Cancer Society. (2017) Acerca del cáncer de seno [internet]. USA: American Cancer Society; 2017 [citado 20 ago. 2017]. Recuperado de : http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada /cancer-de-seno-que-es-estadisticas-clave

Castillo-Otiniano, C. C., & Yan-Quiroz, E. F. (2019). Hipertensión arterial y diabetes mellitus como factores de riesgo para cáncer de mama. *Revista Del Cuerpo Médico Del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, *12*(1), 41–45. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=137695758&lang=es&site=ehost-live

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2016) ¿Qué puedo hacer para reducir el riesgo de cáncer de mama? [internet]. USA: División de Prevención y Control del Cáncer, CDC; [citado 20 ago. 2016]. Recuperado de: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/prevention.htm

Feigin KN, Keating DM, Telford PM.(2006) Clinical Breast Examination in a Comprehensive Breast Cancer Screening Program: Contribution and Cost. Radiology.;(240):650-5.

Hernández Hernández DM, Villegas Sandovalb A, Apresa García T.(2014) Detección de cáncer de mama en el IMSS: asociación entre uso de servicio y estadio diagnóstico. Gac Mex Oncol ;13(4):215-21.

Instituto Nacional del Cáncer. (2010). «Información general sobre el cáncer del seno (mama)». Consultado el 1 de junio de 2010.

Jardines L, Goyal S, Fisher P, Weitzel J, Royce M, Goldfarb SB.(2015) Breast Cancer Overview: Risk Factors, Screening, Genetic Testing, and Prevention [internet]. USA: CancerNetwork; Jun. 1 [citado 24 mar. 2016]. Recuperado de: http://www.cancernetwork.com/cancer-management/breast-cancer-overview-risk -factors-screening-genetic-testing-and-prevention

Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E, Esserman LJ, Grunfeld E, Halberg F, et al.(2012) Breast Cancer Follow-Up and Management After Primary Treatment: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol [internet]. Nov. 5 [citado 24 mar. 2016]; 31(7):[aprox. 5 p.]. Recuperado de: http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2012.45.9859

MedlinePlus (2009). «Cáncer de mama». *Enciclopedia médica en español*. Consultado el 2 de junio de 2010.

Visvanathan K, Hurley P, Bantug E, Brown P, Col NF, Cuzick J, et.al.(2013) Use of Pharmacologic Interventions for Breast Cancer Risk Reduction: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. J Clin Oncol [internet]. Dec. 1 [citado 24 mar. 2016];31(34):[aprox. 21 p.]. Recuperado de: http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2013.49.3122

Wörmann B, Aebi S, Greil R, Harbeck N, Overkamp F, Rick O, et al.(2012) Breast Cancer in Women [internet]. Berlín: Onkopedia Guidelines; sep. [citado 20 ago. 2016]. Recuperado de: https://www.onkopedia-guidelines.info/en/onkopedia/guidelines/breast-cancer-in-women/@@view/html/index.html

Wong SL, Balch CM, Hurley P, Agarwala SS, Akhurst TJ Cochran A, et al. (2012) Sentinel Lymph Node Biopsy for Melanoma: American Society of Clinical Oncology and Society of Surgical Oncology Joint Clinical Practice Guideline. J Clin Oncol [internet]. Aug. 10 [citado 24 mar. 2016];30(23):[aprox. 7 p.]. Recuperado de: http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2011.40.3519

REPERCUSIÓN DEL INICIO DE LACTANCIA ARTIFICIAL EN EL PRIMER AÑO DE VIDA. LAS TUNAS. 2017-2018

REPERCUSSION OF THE BEGINNING OF ARTIFICIAL NURSING IN THE FIRST YEAR OF LIFE. THE TUNAS. 2017-2018

Yunia Delgado Peña[1]

Yumilka Monjes Rodríguez[2]

Carmen Amelia Argote Viñals[3]

RESUMEN

Se realizó un estudio caso-control, retrospectivo y analítico en 132 lactantes que cumplieron su primer año de vida del 1de enero 2017 al 31 de diciembre 2018 en el policlínico Aquiles Espinosa para caracterizar la repercusión de la introducción de la lactancia artificial durante el primer año de vida. Los datos obtenidos de las historias clínicas arrojaron las variables de interés. En ambos grupos predominó las infecciones respiratorias agudas 42 niños (63,63) y 28 (42,42%) respectivamente, el grupo de estudio se demoró en recuperarse 43 lactantes en un período 8-14 días (65,15%) no así en el control que presentó 39 casos en menos 7 días (59,09%). Se concluye señalando que la introducción de la alimentación artificial en el primer año de vida constituye un evento adverso al favorecer la presencia de enfermedades infecciosas, respiratorias y digestivas las pueden evitarse con la práctica segura de la lactancia materna exclusiva.

PALABRAS CLAVES: Lactancia materna, lactantes, morbilidad, alimentación artificial, seguridad.

ABSTRACT

It was carried out a study case-control, retrospective and analytic in 132 nurslings that turned their first year of life of the 1de January 2017 at December 31 2018 in the Aquiles Espinosa´s Policlínic to characterize the repercussion of the introduction of the artificial nursing during the first year of life. The obtained data of the clinical histories threw the variables of interest. In both groups it prevailed the infections breathing sharp 42 children (63,63) and 28 (42,42%) respectively, the study group took a long time in recovering 43 nurslings in one period 8-14 days (65,15%) I didn't seize in the control that presented 39 cases in less 7 days (59,09%). You concludes pointing out that the introduction of the artificial feeding in the first year of life constitutes an adverse event when favoring the presence of infectious, breathing and digestive illnesses they can be avoided them with the sure practice of the nursing maternal sole right.

KEY WORDS: Maternal nursing, nurslings, morbility, artificial feeding, security.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna durante los primeros años de vida protege a los niños de las infecciones, fundamentalmente las de origen gastrointestinal; sin embargo, muchas madres la suspenden demasiad pronto (antes de los 6 meses de edad) y presionan

[1] Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente. Miembro Titular de la SOCUENF.
[2] Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente. Miembro Titular de la SOCUENF.
[3] Licenciada en Enfermería Profesora Auxiliar. Miembro Titular de la SOCUENF.

para cambiar a leches industriales, las cuales pueden contribuir a un menor crecimiento, así como al déficit de micronutrientes y contaminación si no se dispone en el hogar de agua limpia y de condiciones higiénico sanitarias adecuadas. Kindelan Guillard, 2016.

A pesar de esta evidencia, de los beneficios que posee la lactancia materna exclusiva (LME) la realidad es muy diferente, se plantea que sólo el 74% de las madres inician la lactancia materna tras el parto; al finalizar del segundo mes sólo la mantienen el 39% de las madres, y al quinto mes sólo el 9% de las mujeres siguen lactando. Así mismo en un estudio realizado en México mostró que una disminución de la prevalencia de la LME en un 14.4%. En tanto en Sonora, un estudio reportó una prevalencia de LME de 82% en niños atendidos en consulta externa de un hospital pediátrico12. Blanco-Cervantes, 2015; Rangel-Flores, 2018 y Romero Viamonte, 2018.

Por otra parte, con la incorporación activa de la mujer al trabajo y las no existencias de políticas económicas y sociales que pudieran servir de un apoyo para el adecuado cuidado del niño también repercutieron en forma negativa contra una lactancia efectiva. Kindelan Guillard, 2016.

En Cuba existen leyes que protegen a la mujer y al niño por lo que las madres pueden gozar de un año de licencia materna para que puedan atender adecuadamente al niño y proporcionar una lactancia materna eficaz. Debido a la importancia que cobra dicho tema y en especial en el medio que nos desarrollamos donde los enfermeros tenemos una gran responsabilidad para que las madres lacten el mayor tiempo posible y así frenar en alguna forma la creciente tendencia del destete precoz

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que señala que en la actualidad en ningún país del mundo se cumple a cabalidad con las normas de lactancia materna recomendadas, En este informe se enfatiza el bajo porcentaje de infantes que reciben lactancia materna exclusiva en el periodo de edad comprendido entre los 0 y 6 meses de vida. Se aborda además que de los 194 países solo 23 poseen índices de lactancia materna exclusiva por encima del 60%. Buitrago-Rodas, 2019.

Estudios realizados en diferentes países corroboran lo expresado por la UNIFEF por ejemplo, en Europa específicamente en España la mayoría de los niños abandonan la lactancia materna exclusiva antes de los 4 meses y la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses es del 15,4%. En de Australia solo el 2% llegan a los 6 meses con lactancia materna exclusiva. En América en Estados Unidos la lactancia marteña exclusiva se reduce hasta el 16 %. En América Latina y el Caribe específicamente México, se reporta un deterioro en el nivel de lactancia materna exclusiva, ya que pasó de 22,3 % a 14,5 %, en Colombia la lactancia exclusiva bajo de 2,2 meses a 1,8 meses, en Cuba la lactancia materna exclusiva se mantuvo de 4 a 6 meses en un 48,6 % a pesar de la creación de programas en los diferentes niveles de atención médica que incentivan esta práctica, las tasas de lactancia aún permanecen por debajo de los niveles deseados. Buitrago-Rodas, 2019; Rangel-Flores, 2018 y Bustos, 2019.

La leche materna es superior a las fórmulas derivadas de la leche de vaca y de otras fuentes, ya que los nutrientes que contiene: proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y agua están en cantidad y proporción adecuados para lograr una

máxima biodisponibilidad en el lactante menor de 1 año, le aporta al niño inmunoglobulinas IgG e IgM y, especialmente, SIgA, que es el anticuerpo dominante y que se sintetiza en la glándula mamaria. El niño recibe 0,5 g diarios de SIgA por la leche materna, la cual es resistente a la destrucción por enzimas proteolíticas y se une a bacterias, virus y antígenos, constituyendo un tipo de defensa local muy importante Basain Valdés, 2018 Romero Viamonte, 2018 y Perpiñán, 2013

> "La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento y la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses. Esta es la forma de alimentación óptima para los lactantes, pues "la lactancia natural es una forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano del lactante." Basain Valdés, 2018

En la provincia hay pocos estudios sobre el tema, pero el alto índice de infecciones respiratorias y diarreicas en el primer año de vida nos llama la atención y nos lleva hacernos esta interrogante. ***¿Constituirá un método seguro de alimentación en los infantes menores de un año la lactancia artificial?*** Esta interrogante nos permite realizar la siguiente investigación con la finalidad de caracterizar la repercusión de la introducción de lactancia artificial en el primer año de vida y establecer cómo se comportan determinadas afecciones tales como: infecciones respiratorias agudas, síndrome febril agudo y enfermedades diarreicas agudas, además de precisar la recuperación de los pacientes en los diferentes grupos que se les aplicó proceso de atención de enfermería.

Se realizó un estudio caso control, retrospectivo y analítico a 132 familias que tenían lactantes, pertenecientes a los consultorios del área de salud del policlínica Aquiles Espinosa y cumplieran su primer año de vida entre el 1 de enero 2017 al 31 de diciembre 2018, con el objetivo de caracterizar la repercusión de la introducción de la lactancia artificial en el primer año de vida.

El universo de estudio estuvo constituido por 132 familias del policlínico Aquiles Espinosa que poseían en su composición familiar un lactante.

Criterio de inclusión: Todos los lactantes nacidos en el periodo antes mencionado en dicha área de salud.

Criterio de exclusión: Lactantes que se encontraban fuera de su área de salud o de tránsito, malformados.

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas se vaciaron en una planilla de recolección de la información. Los mismos se procesaron estadísticamente por el método manual simple y en una computadora IBM, utilizando el sistema MICROSTAT y analizados en medidas porcentuales, también se les aplicó razón de probabilidad ajustada (RR)(6) para conocer el riesgo de enfermar de diferentes afecciones teniendo como factor de riesgo la introducción de otras leches, para ello se calculó teniendo en cuenta la fórmula RR es igual a p_1 / p_2, donde es la probabilidad (frecuencia) de desarrollar una enfermedad (p_1) respecto a la probabilidad (frecuencia) de desarrollar la enfermedad en ausencia de factores de riesgo (p_2), donde si el valor es mayor que 1 significa que existe un mayor riesgo de padecer la enfermedad. Los resultados se presentaron en tablas.

Morbilidad en el primer año de vida. Las Tunas, enero 2017-diciembre 2018

Según se observa en la tabla 1 La sustitución de la lactancia materna por la artificial puede conllevar a la predisposición de diferentes enfermedades como las que se presentaron durante los 12 meses en los lactantes de la muestra, en el grupo estudio 42 padecieron de infecciones respiratorias agudas (63,63%), en el control 28 (42,42%). Al aplicar la razón de probabilidad ajustada (RR). Obtuvimos los siguientes resultados: el riesgo relativo para las infecciones respiratorias agudas fue 12 en el grupo de estudio y 8 en el control, para los síndromes febriles agudo fueron 8 y 6,85 respectivamente en ambos grupos y por último las enfermedades diarreicas agudas representó el 6,85 y 5,71 en dichos grupos.

Actualmente se reconocen tantas bondades a la leche materna desde el punto de vista nutricional, inmunológico, afectivo y económico; tanto para el niño, como para la madre, la familia y la sociedad en su conjunto, que con estos pobres resultados, no podemos cejar en la promoción de la misma y más teniendo en cuenta las fortalezas que brinda estar enmarcados en un Policlínico Docente cubierto por médicos de familia y que la mayoría de nuestros nacimientos se producen en un Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Basain Valdés, 2018 y Romero Viamonte, 2018.

> "En lo referente al tema de las enfermedades asociadas, es importante tener en cuenta la opinión existente de que, el crecimiento de niños alimentados con leche materna es más adecuado que el observado en los que reciben fórmula alimentaria, además de que los protege contra las principales causas de morbi-mortalidad infantil como muerte súbita, enterocolitis necrosante, diarreas, infecciones respiratorias y dermatitis, gracias a la composición única de la leche humana, con factores inmunológicos, nutriológicos y hormonales" Romero Viamonte, 2018.

Las autoras consideran que se deben continuar desarrollando y realizando estrategias de enfermería para la prevención del destete precoz por la importancia y los beneficios que esta aportan tanto para la madre como para el hijo, así mismo se debe vincular a la familia cómo célula fundamental de la sociedad en todas estas acciones para lograr mejores resultados, pues debemos tener presente que la madre necesita de un ambiente de confort y amor para poder llevar a cabo una lactancia materna exitosa.

Tabla 1: Morbilidad en el primer año de vida. Las Tunas, enero 2008-diciembre 2009

Morbilidad	**Casos Estudios**		**Casos Controles**	
	# %		**# %**	
Infecciones respiratorias agudas	42 RR:12	63.63	28 RR: 8	42.42
Síndrome febril agudo	28 RR: 8	42.42	24 RR: 6.85	36.36
Enfermedades Diarreicas agudas	**24** **RR: 6.85**	**36.36**	**20** **RR: 5.71**	**30.30**

Fuente: Historias Clínicas.

Estadía de recuperación mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería

La estadía de recuperación mediante el proceso de atención de enfermería según se observa en la tabla 2 en el grupo se demoró en recuperarse 43 lactantes en un período 8-14 días (65,15%) no así en el control que presentó 39 casos en menos 7 días (59,09%) su recuperación.

Coincidimos con otro estudio que plantea que el apoyo del profesional de la salud en las etapas tempranas del embarazo y post parto influye de manera positiva y directa en la intención de la madre para amamantar. González-Droguett, 2019. En algunos estudios revisados plantean: Que el personal sanitario la enfermera utiliza el proceso de atención de enfermería para proporcionar cuidados de calidad centrados en el paciente. Se puede inferir en el estudio gracias al cuidado y la aplicación del proceso de atención de enfermería a dichos pacientes, su estadía en recuperarse principalmente en el grupo control fue rápida lo que ayudó al enfermo a restaurar su equilibrio con el medio ambiente acelerando su entorno el bienestar físico, mental y social Rangel-Flores, 2018; González-Droguett,

2019 y Blanco-Cervantes, 2015.

Tabla 2: Estadía de recuperación mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería.

Estadía (Días)	**Casos Estudios # %**		**Casos Controles # %**	
5-7	20	30.30	39	59.09
8-14	43	65.15	25	37.87
15-21	3	4.54	2	3.03
Total	66	100	66	100

Fuente: Historias Clínicas.

CONCLUSIONES

La introducción de la alimentación artificial en el primer año de vida constituye un evento adverso al favorecer la presencia de enfermedades infecciosas respiratorias y digestivas el cual puede minimizarse si instamos a la madre y familia a la práctica segura de la lactancia materna exclusiva.

REFERENCIAS

Basain Valdés, J. M., del Carmen Valdés Alonso, M., Álvarez Viltres, M., Miyar Pieiga, E., & Tase Pelegrin, T. S. (2018). Exceso de peso y obesidad central y su relación con la duración de la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Pediatría*, *90*(4), 137–150. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=134438230&lang=es&site=ehost-live

Blanco-Cervantes, P., Hoyos-Loya, E., Álvarez-Hernández, G., & Ramírez-Rodríguez, C. A. (2015). Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva en el Servicio de Neonatología de un Hospital Pediátrico de Sonora, México. *Boletin Clinico Hospital Infantil Del Estado de Sonora*, *32*(1), 3–9. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=102767195&lang=es&site=ehost-live

Buitrago-Rodas, G., Betancurt-Díaz, T., & Sánchez-Peña, M. (2019). Diseño e implementación de una estrategia pedagógica que fomentó los conocimientos de gestantes sobre lactancia materna y su relación con el desarrollo dentomaxilofacial en el Hospital Santa Mónica (Dosquebradas, Risaralda), durante el 2017. *Revista Nacional de Odontología*, *14*(28), 1–24. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=137371506&lang=es&site=ehost-live

Bustos, G. M., Lora, L., Rincón, A., Bermúdez, M., Ardila, L., & Pedrozo, K. (2019). Efecto del programa “Madre Canguro” sobre la postura y la lactancia materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *44*(2), 1–11. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=136528858&lang=es&site=ehost-live

González-Droguett, A., Henríquez-Konings, F., & Baeza-Weinmann, B. (2019). Sala cuna como facilitador de lactancia materna. Experiencia de madres en la región de la Araucania, Chile. *Revista Facultad de Medicina de La Universidad Nacional de Colombia*, *67*(2), 279–283. https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.66956

Kindelan Guillard, R., & Tamayo Reus, C. M. (2016). Pacientes ingresados a causa de enfermedad diarreica aguda según tipo de lactancia. *MEDISAN*, *20*(2), 187–192. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=113201194&lang=es&site=ehost-live

Perpiñán, M. P., Ricardo Falcón, T. R., & Fernández Díaz, R. R. (2013). Factores de riesgo relacionados con la obesidad en niñas y niños menores de 5 años. *MEDISAN*, *17*(7), 1065–1071. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=92944426&lang=es&site=ehost-live

Rangel-Flores, Y. Y., Martínez-Plascencia, U., & Rodríguez-Martínez, E. (2018). Percepciones y experiencias de usuarias sobre las limitaciones sanitarias para la promoción de lactancia materna. *Revista de Salud Pública*, *20*(3), 308–313. https://doi.org/10.15446/rsap.V20n3.62580

Romero Viamonte, K., Salvent Tames, A., & Almarales Romero, M. A. (2018). Lactancia materna y desnutrición en niños de 0 a 6 meses. *Revista Cubana de Medicina Militar*, *47*(4), 1–12. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=136109689&lang=es&site=ehost-live

UNICEF. Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna. [online]. [Citado el 23 de abril de 2016]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/detail/01-08-2017-babies-and-mothers-worldwidefailed-by-lack-of-investment-in-breastfeeding

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA RELACIÓN HÁBITO DE FUMAR Y COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

THEORETICAL FOUNDATIONS OF THE HABIT REPORT OF SMOKING AND COMPLICATIONS OF THE ARTERIAL HYPERTENSION

Yuniet Mecías Saborit[1] yuniet30638@nauta.cu

Idalmis Acosta Figueroa[2]

María Dolores Santana Carmenate[3]

RESUMEN

La Hipertensión Arterial se origina como resultado de disturbios en los mecanismos que regulan y mantienen la tensión arterial y es la más común de las condiciones que afectan la salud de individuos y poblaciones en todas partes del mundo y representa en sí misma una enfermedad. Se estima que 691 millones de personas padecen de Hipertensión Arterial. Además de ella uno de los problemas de salud por los que atraviesa el mundo es el tabaquismo por las enfermedades que puede desencadenar, en gran manera asociado a las complicaciones en quienes son hipertensos.

PALABRAS CLAVES: Hipertensión Arterial/ Tabaquismo/ Complicaciones/ Prevención.

ABSTRACT

The arterial hypertension is originated as a result of disturbances in the mechanisms that regulate and keep the arterial tension and it is the but common of the conditions that affect the health of individuals and populations in all parts of the world and represents in herself an illness. It has a height opinion of oneself that 691 millions of peoples suffer of arterial hypertension. Besides it one of the problems of health that goes through the world are the tobacconist for the illnesses that can unchain, in great way associated to the complications in whom are hypertense.

KEY WORDS: arterial hypertension/ Tobaccoism/ complications/ Prevention

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en el mundo. Aunque la mayoría son prevenibles, su prevalencia sigue aumentando. La Hipertensión Arterial (HTA) se origina como resultado de disturbios en los mecanismos que regulan y mantienen la tensión arterial y es la más común de las condiciones que afectan la salud de individuos y poblaciones en todas partes del mundo y representa en sí misma una enfermedad. (Ramírez, 2015 y Quinzán, 2015)

Es considerada como el indicador independiente de enfermedad vascular de mayor incidencia y prevalencia en las sociedades occidentales. Se observa en el contexto de dismetabolismos, carbohidratados, lipídicos y desregulaciones hormonales que parecen

[1] Lic. Enfermería y Profesora Instructora. Policlínico Docente "Gustavo Aldereguía Lima"
2 Lic. Enfermería y Profesora Instructora. Policlínico Docente "Gustavo Aldereguía Lima"
[3] Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora. Policlínico Docente "Gustavo Aldereguía Lima"

constituir un paquete precondicionado y existente al nacer (García, 2010 y Anuario, 2016).

El consumo de tabaco es (al igual que la hipertensión arterial) constituye un problema de salud pública y es además una epidemia mundial, ya que es responsable de la muerte de seis millones de personas cada año, de las cuales 600 000 no son fumadores, pero más del 80%, mueren a causa del humo de tabaco ajeno. Esas muertes prevenibles fueron en personas pertenecientes a estratos medios y bajos. Mantilla, 2016 y Medina Martin, 2015

El tabaquismo constituye actualmente un serio problema de salud pública, ocasionando más de cuatro millones de muertes evitables anualmente, por ello, según la Organización Panamericana de la Salud, será la primera causa de mortalidad a nivel mundial para el año 2030. Iglesias Carbonell, 2017

> "Según la OMS, al iniciarse el siglo XXI el tabaquismo alcanzó proporciones de epidemia: la edad de inicio del tabaquismo se había reducido y el 29 % de la población mundial mayor de 15 años fuma. Investigaciones recientes indican que el consumo de tabaco suele iniciarse entre los 14-15 años de edad. "Iglesias Carbonell, 2017

A partir de las ideas anteriores en Cuba seguido de lo que se hace a nivel mundial se trabaja con un enfoque preventivo señalando el papel que juegan el médico y la enfermera de la familia como ejecutores de la medicina familiar. Montequín J. 2016

En la provincia de Las Tunas al igual que en otras provincias se han realizado varias investigaciones sobre hipertensión así como tabaquismo, y se han publicado artículos sobre las causas de muertes atribuibles al tabaco donde se expone que la prevalencia del hábito de fumar entre fallecidos fue elevada, con 51,9 %, lo que aun no se evidencian investigaciones donde se aborden la influencia del tabaquismo sobre la hipertensión arterial aun cuando se conoce todos los efectos negativos a los que conlleva el primero. Medina Martin, 2015

Se observa que en la población dispensarizada en el CMF 16 del municipio Las Tunas el número de pacientes hipertensos diagnosticados es del 28.3%, lo que demuestra un subregistro de los mismos, en el área de salud del Policlínico Gustavo Aldereguía Lima el por ciento de hipertensos asciende a 28,4%, por presentar un alto por ciento de pacientes diagnosticados, así como por desconocer la influencia que puede traer el tabaquismo sobre las complicaciones en la población hipertensa.

Por lo planteado anteriormente se decidió realizar una revisión de los principales aspectos teóricos relacionados con las complicaciones de la hipertensión arterial y la influencia del hábito de fumar, como sustento para la realización de una intervención en esta población.

Hipertensión arterial. Un importante problema de salud

La HTA es un importante problema de salud debido a su alta afectación poblacional, su incremento progresivo con la edad, ser un factor de riesgo vascular mayor (FRV) y el alto grado de descontrol de los pacientes, constituye hoy día una de las primeras enfermedades en el mundo, por lo cual se realizan infinidad de estudios en busca de un mejor diagnóstico y tratamiento. Los avances en este campo han sido notables, sobre todo, al encontrar gran cantidad de factores de riesgo modificables asociados a ella,

que permiten controlar la enfermedad y evitar sus graves complicaciones cuando el paciente interioriza la importancia de su prevención. (Montequín, 2016)

Esta se presenta cuando existe una elevación de la presión arterial por encima de determinados valores establecidos como "normales". Aunque años atrás se consideraban cifras variables según los grupos de edades, en la actualidad todo adulto al que se le compruebe cifra de 140 mm/Hg o más de presión sistólica, y 90 mm/Hg o más de presión diastólica al menos en 2 ocasiones consecutivas en un período de tiempo de 6 horas, se diagnostica como hipertenso. No se trata solo de una enfermedad, sino que constituye un factor de riesgo establecido de otras enfermedades de gran letalidad que afectan al individuo y a grandes poblaciones, y por ello es uno de los más importantes factores para elevar la esperanza de vida. Por este motivo, su control es punto de partida para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por afecciones cardiovasculares y cerebro vasculares. (Tonina, 2017) .
Es deber del Médico de Familia, como vigilante de la salud, desarrollar a plenitud acciones educativas de promoción y prevención de salud frente a este factor de riesgo, y se considera que elevando el conocimiento que el propio paciente y el familiar tenga sobre la HTA como enfermedad crónica no transmisible, se le dota de un arma de inestimable valor en su control poblacional, debido a que la educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, facilitándole una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida. Ministerio de Salud Pública, 2018 y Oficina Nacional para el control del tabaco, 2014

No caben dudas que la HTA es uno de los problemas de salud más importantes de la medicina contemporánea y su control es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir la morbilidad y la mortalidad. (DNE-MINSAP. Anuario Estadístico de salud, Cuba 2017)

Factores de riesgo de la hipertensión arterial

Los factores de riesgo constituyen circunstancias o situaciones que aumentan las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Relacionados con la Hipertensión se tienen los siguientes: La Enfermedad renal crónica, Enfermedad renovascular, (HTA curable), Coartación aórtica (HTA curable), Aldosteronismo primario (HTA curable), Síndrome de Cushing (HTA curable), Feocromocitoma (HTA curable), Anticonceptivos orales (HTA curable). Estos son denominados factores de riesgo no modificables ante los cuales podemos hablar de una Hipertensión arterial secundaria. Muchas de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles se relacionan causalmente con patrones de vida y/o adicciones que favorecen su desarrollo, ejemplo: tabaquismo, dieta, inactividad física, alcoholismo, entre muchas otras. Comentaremos las relacionadas con la HTA, así como los beneficios al revertir esta situación Ministerio de Salud Pública, 2018.

La HTA, como factor de riesgo vascular, es una variable endógena o exógena al individuo, controlable, que precede e incrementa la probabilidad de padecer o morir de una enfermedad cardiovascular cuando están presentes. Si la variable no es controlable se convierte en un marcador de riesgo. Los principales factores de riesgo vascular detectados han sido la HTA, la hiperlipidemia, la diabetes mellitus, el estilo de vida,

tabaquismo y la predisposición hereditaria. Ellos pueden modificar de forma independiente la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular. Oficina Nacional para el control del tabaco, 2014

Complicaciones de la hipertensión arterial y daños a órganos diana

Se destaca que mientras más severa sea la HTA mayor probabilidad de aparición de complicaciones causadas por aceleración de la ateroesclerosis y hemorragia cerebral; en general se aumenta la mortalidad en ambos sexos a medida que se eleva la presión arterial. La HTA Sistólica se relaciona con la aparición de complicaciones y la mortalidad por ateroesclerosis se incrementa al igual que la cardiopatía Isquémica, las Enfermedades cerebro-vasculares y la Enfermedad Renal Crónica. Pequeñas elevaciones de la presión arterial ocasionan un aumento del riesgo de padecer Cardiopatía Isquémica, asumiéndose que la HTA es estadísticamente el factor de riesgo vascular más frecuente y que el riesgo de padecer Cardiopatía Isquémica es muy grande entre los hipertensos, los dislipidémicos y los diabéticos. Ministerio de Salud Pública, 2017; Oficina Nacional para el control del tabaco, 2014 y Robayo-González, 2017

El hábito de fumar como factor de riesgo independiente de primer orden para la Hipertensión arterial

El tabaco es reconocido por la civilización occidental desde finales del siglo XV en que se inició su uso, durante el descubrimiento, por la costumbre que de él tenían los aborígenes en el Caribe, rápidamente comenzó su extensión por Europa y otras partes del mundo aunque su cultivo, procesamiento y comercialización tuvieron un proceso de desarrollo relativamente lento comparado con la explotación de su producto y consumo actual. El incremento del hábito de fumar en el recién finalizado siglo estuvo íntimamente relacionado con el incremento de la industrialización del tabaco, la accesibilidad del producto y la propaganda cuidadosamente dirigida hacia el aumento de su consumo. Por sus implicaciones individuales y sus consecuencias sociales y económicas, el uso del tabaco en sus diversas presentaciones, es uno de los principales determinantes de las tendencias globales de salud humana, haciendo énfasis en condicionar la aparición de complicaciones relacionadas con la Hipertensión arterial. El hábito de fumar constituye un factor de riesgo independiente de primer orden para el ataque cardiaco. Es uno de los hábitos tóxicos socialmente adquiridos que interviene en un grupo numeroso de entidades como la cardiopatía coronaria. El tabaquismo incrementa también el riesgo de recurrencia de ataques cardiacos entre los supervivientes de un infarto del miocardio. Está demostrada la asociación entre el consumo de cigarrillos y el infarto agudo del miocardio, porque los fumadores presentan una tasa de mortalidad por enfermedad coronaria de un 70 % mayor que los no fumadores, y en el caso de los que fuman más de 2 cajas al día el riesgo es de hasta 200 % superior. El consumo de cigarrillos duplica el riesgo de enfermedad del corazón, pues contiene sustancias que dañan directa e indirectamente la pared de los vasos, efecto importante en el desarrollo de la aterosclerosis, y en la producción de eventos tromboembólicos. Robayo-González, 2017 y López Sáenz, 2016. López Sáenz, 2016 Ramírez 2015.

Acercamiento a un enfoque preventivo del tabaquismo

La Organización Mundial de la Salud (OMS), quien considera al tabaquismo como la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte prematura, ha señalado que cada día mueren en el mundo cerca de 14 000 personas (aproximadamente 6 millones al año) por alguna de las múltiples enfermedades asociadas a este, tanto por el uso directo de los productos del tabaco, como por la exposición al humo de tabaco ajeno. La OMS después de tener en cuenta el potencial de los factores de riesgo por su impacto global y posibilidad de ser modificados, así como la alta probabilidad de asociación causal con enfermedades, ha declarado que entre los principales riesgos para la mortalidad en el mundo se encuentra el tabaquismo, responsable del 9 % de las muertes totales. López Sáenz, L, 2016 y Montequín J, 2016.

> "El tabaquismo constituye un problema de salud mundial, que se agrava cuando se presenta en adolescentes, los cuales se encuentran en desventaja, producto de las características sociopsicológicas que marcan esta etapa del desarrollo del ciclo vital. Diversas investigaciones han demostrado que frecuentemente el consumo de tabaco comienza en la adolescencia temprana." Iglesias Carbonell, 2017

En el país se consolida la vigilancia del consumo de tabaco como componente cardinal del Programa de Prevención y Control (actualizado en el año 2010), a la que ha contribuido a escala de país las I y II Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo de ENT, conducidas por el INHEM y la ONE. Ministerio de Salud Pública, 2017

Dado el enfoque preventivo que tiene el trabajo del médico y la enfermera en Cuba, la práctica de recomendar a los fumadores que abandonen la adicción es aún poco frecuente. Esto expresa que no hay total compresión de la necesidad de sistematizar con mayor frecuencia, la conducta preventiva antitabáquica desde las edades más tempranas, en atención a que los adolescentes y jóvenes fumadores de hoy serán los enfermos y fallecidos prematuramente de mañana.

CONCLUSIONES

Las evidencias teóricas obtenidas muestran que existe una estrecha relación entre el hábito de fumar y las complicaciones de la Hipertensión arterial. Ante lo cual se trabaja con un enfoque preventivo con la perspectiva futura de un mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes hipertensos.

REFERENCIAS

DNE-MINSAP. Anuario Estadístico de salud Cuba 2016. MINSAP, Cuba [internet] 2017 Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/dne/anuarioestadísticosalud/cuba.2016.pdf.

García Nápoles JE. Atención al Adolescente. En: Álvarez Síntes R. Temas de Medicina General Integral. Salud y Medicina. Atención Integral de Salud. La Habana:ECIMED; 2010. P.159-60.

Iglesias Carbonell, S., Mendiluza Nazco, Y., & Arteaga Prado, Y. (2017). El tabaquismo en adolescentes preuniversitarios de la ciudad de Pinar del Río, Cuba. *Revista Cubana de Pediatría*, *89*(4), 1–11. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=129268780&lang=es&site=ehost-live

López Sáenz, L. M., Pérez Hernández, A. J., Sisa Álvarez, M. E., & Téllez López, L. N. (2016). Factores De Riesgo Cardiovascular en Funcionarios De Una Institución Gubernamental en Tunja, Colombia. *Revista Cuidarte*, *7*(2), 1279–1287. https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.324

Mantilla Toloza SC, Villamizar CE, Peltze K. Consumo de alcohol, tabaquismo y características sociodemográficas en estudiantes universitarios. Rev Univ salud [Internet]. 2016 Abr [citado 2018 Feb 17];18(1):7-15. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000100002&lng=pt

Medina Martin, A. R., Hernández Márquez, Y., Márquez Socarrás, C. J., Torres Guevara, N. C., & Ramos Ramos, L. (2015). Presencia de consumo de tabaco en un grupo de adolescentes. *Gaceta Médica Espirituana*, *17*(1), 51–56. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=102857447&lang=es&site=ehost-live

Ministerio de Salud Pública. Programa para la prevención y el control del tabaquismo en Cuba. 2017 [citado Feb 14, 2018]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/luchantitabaquica/progtabaquismo.pdf

Montequín J. Combatir el hábito de fumar, es también prevenir. Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2016 Jul [citado Feb 17, 2018];7(2):120. Disponible en: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=2b3693ec-025d-44f5-a5cb-47aef3508e2a%40sessionmgr4010

Oficina Nacional para el control del tabaco. Epidemiología del tabaquismo en México. Salud [Internet]. 2014 Mar [citado Feb 14, 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/MEx/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=technical-documentation&alias=885-667-18-01&Itemid=493

Quinzán Luna Ana María, Solano Quinzán Yailen, López Vantour Ana Caridad, Pérez Prada Lucia Antonia, Ramón Jiménez Ruth. Prevalencia del tabaquismo en adolescentes de la Secundaria Básica "Argenis Burgos". MEDISAN [Internet]. 2015 Oct [citado 2018 Ene 15] ; 19(10): 1232-1237. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001000008&lng=es

Ramírez Esteva Osmay Ediberto, Cáceres Diéguez Aglae, Benítez Alcántara Gisela, Núñez Bourón Ana Ibis, Reyes Mediaceja Reinaldo, Morales Lovaina Carlos Enrique. Repercusiones hepática, pancreática y alveolar y homeostasis alteradas del zinc, vitaminas en tabaquismo y alcoholismo asociados. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Ene 15] ; 34(2): 187-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002015000200008&lng=es

Robayo-González, C. X., & Uribe-Caputi, J. C. (2017). Estudio de corte transversal sobre el estado de conocimientos, actitudes y prácticas de médicos colombianos ante el tabaquismo. *MedUNAB*, *20*(3), 327–337. https://doi.org/10.29375/01237047.2422

Tonina E, Garcete T, Samaniego M, Aveiro R, Aranda A, Franco de Diana D, et al. Test del cometa en sangre periférica de estudiantes fumadores de la facultad de ciencias de la salud, universidad católica nuestra señora de la asunción. Cimel [Internet]. 2017 Ene [citado Feb 17, 2018];22(1):26-31. Disponible en: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=f420192e-8ef0-4202-9571-8ecfe004730d%40sessionmgr4008

LABOR DE LA ENFERMERA EN LA PESQUISA ACTIVA PRECOZ DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO

WORK OF THE NURSE IN THE PRECOCIOUS ACTIVE INVESTIGATION OF PATIENT WITH DIABETIC FOOT

Zenaida Margarita Díaz Ramírez[1]

Odalis Fonseca Ochoa[2] josold219@ltu.sld.cu

José Luis Solís Licea[3]

RESUMEN

El pie diabético constituye la complicación crónica de mayor morbimortalidad de la diabetes mellitus. Con la finalidad de resaltar la importancia de la labor de la enfermera en la pesquisa activa precoz en pacientes con pie diabético, se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo donde se estudiaron los pacientes según las variables de edad, localización de la lesión y resultado del tratamiento según la clasificación de Wagner. Se evidenció que en su mayor porciento la lesión se localiza en los artejos grado III en la clasificación de Wagner, el tratamiento con el uso del Heberprot-P fue favorable. Se concluye resaltando la importancia de la pesquisa activa precoz en pacientes con pie diabético, para de esta forma disminuir el índice de amputación y lograr una mayor calidad de vida en estos pacientes.

PALABRAS CLAVES Pie diabético, clasificación de Wagner, Diabetes Mellitus

ABSTRACT

The diabetic foot constitutes the chronic complication of bigger cause of death and illness of the diabetes mellitus. With the purpose of standing out the importance of the nurse's work in the precocious active investigation in patient with diabetic foot, he/she was carried out a retrospective and descriptive study where the patients were studied according to the age variables, localization of the lesion and result of the treatment according to Wagner's classification. It was evidenced that by their biggest percent the lesion is located in the artejos grade III in Wagner's classification; the treatment with the use of the Heberprot-P was favorable. You conclude standing out the importance of the precocious active investigation in patient with diabetic foot, for this way to diminish the amputation index and to achieve a bigger quality of life in these patients.

KEY WORDS: diabetic foot, classification of Wagner, diabetes mellitus

INTRODUCCIÓN

La Asociación Americana de la Diabetes (ADA, siglas en inglés) reportó que alrededor de 8,1 millones del total personas no se encuentran diagnosticadas y 11,8 millones son adultos mayores de 65 años, [4] alertó sobre la anecesidad de encauzar acciones en pos de disminuir la incidencia de esta enfermedad y la prevención de las complicaciones

[1] Profesor Instructor. Policlínico Docente Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima
[2] Especialista de Ier grado en Enfermería Materno infantil. Profesor Asistente. Policlínico Docente Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima
[3] Profesor Asistente. Investigador Agregado. Especialista de 2do grado en angiología y cirugía vascular.

que cada año causan muertes en personas mal controladas y con no adherencia al tratamiento. (Hadaka, 2016)

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica no transmisible endocrino metabólica caracterizada por alteración de la secreción de insulina que afecta el metabolismo de glúcidos, grasas y proteínas, su mal control si perdura en años condicionan un sinnúmero de complicaciones, especialmente vasculares. (Green, 2016) Dentro de sus manifestaciones se encuentran:

a) un síndrome metabólico consistente en hiperglucemia, glucosuria, polifagia, polidipsia, poliuria y alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de la insulina;

b) un síndrome vascular que puede ser macroangiopático y microangiopático y que afecta todos los órganos, pero especialmente el corazón, la circulación cerebral y periférica, los riñones y la retina, y

c) un síndrome neuropático que puede ser a su vez autónomo y aunque su frecuencia ha descendido claramente en algunos medios, la cetoacidosis diabética (CAD) constituye todavía una causa importante de morbilidad en pacientes diabéticos mal tratados o inadecuadamente instruidos. (Steed, 2017)

Por lo que se puede considerar que la Diabetes Mellitus más que una enfermedad es un síndrome en cuya producción se involucran factores genéticos, ambientales, virales, inmunológicos y metabólicos relacionados con diferentes factores de riesgo (Armstrong, 2017)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

> 422 millones de personas en el mundo son diabéticos, su prevalencia alcanza el 8,5 % en personas mayores de 18 años, la cual ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingreso medio y bajo.[2] Esta enfermedad se comporta como una pandemia y se estima que ascenderá a 592 millones en el año 2035. (OMS, 2017)

En Cuba, la Diabetes Mellitus se comportó en el año 2016 con una tasa de prevalencia 56,7 x 1 000 habitantes y aumentó a 157,7 x 1000 habitantes en las personas con 65 años o más; (MINSAP, 2015) condicionando complicaciones de origen vascular, neurológica e infecciosa. Un ejemplo de ellas es el pie diabético que constituye un serio problema de salud en Cuba y en el mundo sobre todo en la tercera edad, el cual ocasiona alteraciones anatómicas, estructurales y funcionales que culmina en la mayoría de los casos con la mutilación de la extremidad.

En Cuba, el sistema nacional de salud permite brindar un elevado nivel de atención a la población y han sido múltiples, prolongadas y bien dirigidas las acciones para prevenir esta enfermedad con cuya atención y manejo están responsabilizados todos los trabajadores de la salud en los tres niveles de atención. La atención primaria de salud es el escenario principal para prevenir esta enfermedad y así evitar, reducir o minimizar el daño social, económico y laboral ocasionado por ella, refrendados por el programa de prevención de enfermedades vasculares periféricas. (Catalá, 2018)

Se han probado diversos tratamientos para tratar el pie diabético tanto preventivos, como médicos y quirúrgicos, aunque aún hoy no han logrado reducir las mutilaciones por esta causa, sobre todo en las úlceras grado IV de la clasificación de Wagner (Metzmacher, 2017 y Wireman, 2016)

Según el Consenso Internacional sobre Pie Diabético considera que:

> es una infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores que afecta a pacientes con diabetes mellitus. (ADA, 2014)

En este sentido sale a la luz del desarrollo científico tecnológico el Heberprot-P como una alternativa de tratamiento para el pie diabético, siendo muy importante la detección temprana de la lesión para lograr mejores resultados del tratamiento, (CIGB, 2016) lo cual nos motivó a realizar el presente trabajo con la finalidad de resaltar la importancia de la labor de la enfermera en la pesquisa activa precoz en pacientes con pie diabético en el área de salud del policlínico "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" del municipio Las Tunas, de la Provincia Las Tunas, en el período comprendido entre el 1ro de Enero de 2017 al 31 de Enero de 2018.

Para ello se estudiaron los pacientes según las variables de edad, localización de la lesión y resultado del tratamiento según la clasificación de Wagner, los criterios de inclusión establecido fueron úlcera fuera grado I al IV de la clasificación de Wagner, ausencia de enfermedad neoplásica, no signos de isquemia renal y el consentimiento informado, se excluyeron los casos de insuficiencia renal.

Caracterización de los pacientes con pie diabético en el área de salud

La edad es un factor de riesgo no modificable de la Diabetes Mellitus, se considera de que a medida que se incrementa hay mayor predisposición de padecerla sobre todo en aquellas personas que tienen factores de riesgo, una vez que el individuo es diabético el riesgo de tener un pie diabético también se incrementa con la edad (Ververs, 2017), en este sentido en los casos estudiados se pudo evidenciar que predominó la lesión en los pacientes de 66 y más años de edad con un 61,60%, seguido por los pacientes de 50 a 65 años, con un 33%.

En este sentido se debe destacar que en el adulto mayor la Diabetes Mellitus se manifiesta de una forma peculiar afectando mayormente al sexo femenino, siendo muy frecuente que se manifieste una o dos caracteristicas clínicas, va muy ligada a los trastornos nutricionales por exceso, no se controla de forma adecuada por lo que la incidencia de infecciones es mucho mayor al igual que las amputaciones lo cual va muy unido a los estilos de vida y los sistemas de apoyo con que cuente el anciano, la presencia o no de otras enfermedades crónicas que empeoran su estado de salud, la adherencia al tratamiento médico, el cumplimiento de medidas de autocuidado.

Es de destacar el papel que juega la familia como factor protector del cuidado del paciente diabético sobre todo si es adulto mayor. (Curran, 2016) El medio familiar contribuye a la recuperación del paciente y de este modo la adaptación a la enfermedad, adoptando un estilo de vida saludable que contribuye a una mejor calidad de vida para el paciente y su familia. La familia es la célula básica de la sociedad la cual debe cumplir sus funciones esenciales propiciando la reproducción y desarrollo de la

especie, fomentando los valores culturales bajo principios de unidad y humanismo, con conductas protectoras capaces de enfrentar problemas de salud-enfermedad.

El pie diabético como complicación de la diabetes y resultados con el Heberprot-p

La localización de la lesión fue en los artejos con un 49.1%, seguido de la planta del pie con un 25%, es bueno destacar que también se trataron lesiones en el calcáneo en un 18,75 %.

En cuanto al resultado del tratamiento según la clasificación de Wagner obtuvimos en 80 pacientes con Wagner I resultados satisfactorios para un 83,3% y sólo en 11 pacientes con la misma clasificación resultados no satisfactorios para un 68,75, por lo que podemos observar la importancia de la labor de la enfermera en la pesquisa activa precoz de pacientes con pie diabético, donde se detecta un estadio más precoz de esta enfermedad y de esta manera se disminuye el número de amputaciones y se mejora la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 1. Resultados del tratamiento según la clasificación de Wagner.

Tipo de úlcera	Satisfactorio		No satisfactorio	
	No	%	No	%
Wagner I	80	83.3	11	68.75
Wagner II	12	12.5	3	18.75
Wagner III	4	4.1	0	0
Wagner IV	2	2	0	0
Total	**96**	**100**	**16**	**87,5**

Fuente: Datos tomados de la encuesta

La participación de los profesionales de enfermería en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y la valoración inicial del paciente, unida a otros miembros del equipo de asistencia, contribuye a identificar los problemas de salud, son los responsables de practicar muchas de las pruebas diagnósticas que ayudan a establecer la naturaleza exacta de los problemas; se encargan de una gran parte de las medidas terapéuticas, participa en la valoración de la eficacia de las medidas terapéuticas. Suelen tener un contacto más frecuente con los pacientes que otros miembros del equipo de salud y su presencia inmediata, le da la oportunidad única de observar las reacciones del enfermo al tratamiento, estas observaciones son de gran utilidad para valorar el plan total de cuidados y modificarlo si es necesario.

Para lograr bienestar físico y espiritual del paciente es necesario día a día elevar la sensibilidad y el humanismo y así mejorar la calidad humana que caracteriza al profesional de enfermería, la incondicionalidad en la labor diaria; compartir con el paciente sus sentimientos , emociones y lograr un alto nivel de relación y comunicación con el paciente son algunas de estas manifestaciones; para ello se hace imprescindible una estrecha comunicación e interrelación enfermero-paciente lo cual permite conocer a cada individuo , llegar a sus sentimientos , trasmitir confianza seguridad , lograr que ellos sientan que realmente existe un interés hacia su bienestar y su pronta recuperación.

En este sentido, la competencia y desempeño en el ámbito profesional de los enfermeros garantiza la formación y desarrollo de capacidades humanas en el acto de cuidado las habilidades se sustentan en conocimientos personales, clínicos, sociales, interpersonales, técnicos y del intelecto con aplicación de las normas de la comunicación social. Se materializan los saberes con un enfoque integral de las acciones de Enfermería que contribuye a orientar al individuo sano o enfermo, con la participación de la familia y el entorno comunitario a un autocuidado capaz de modificar conductas, cambiar la visión y sentido del conocimiento, mediante acciones de educación para la salud desde el punto de vista profiláctico y la orientación detallada de autocuidado por déficit, que se puede obtener mediante la relación del estilo de vida, su salud, las influencias del entorno sobre la persona y la orientación hacia un autocuidado consiente y personalizado que el enfermero debe responsabilizar al enfermo en el período cuando no esté presente el personal de Enfermería.

Dentro de las acciones llevadas a cabo por el profesional de Enfermería para la pesquisa del pie diabético y control de la Diabetes Mellitus se pueden resaltar:

Información:

- Brindar información sobre el comportamiento de la Diabetes Mellitus y los factores de riesgo asociados en la provincia, municipios, áreas de salud y hospitales a decidores políticos del sector salud y otros sectores y organizaciones involucrados en Consejos de la Administración, Consejos de Salud, Estrategias, etc.
- Ofrecer información por todas las vías a la población sobre los factores de riesgo asociados a la Diabetes Mellitus así como la importancia de la prevención de la misma.

Educación:

- Capacitación al personal de salud de los diferentes niveles de atención (primaria y secundaria) sobre la Diabetes Mellitus su prevención y factores de riesgo.
- Capacitación a diferentes factores sociales en aspectos de salud como síntomas y signos de la enfermedad, factores de riesgo, autocuidado, etc.
- Formación de promotores con capacitación periódica en talleres con la finalidad de modificar estilos de vida y promover salud en la comunidad y centros.
- Ofrecer educación sanitaria a los enfermos y familiares para lograr en ellos un adecuado manejo y control de la enfermedad y autocuidado.
- Promover acciones educativas de conjunto con las comunidades y centros laborales y la participación de otros sectores (INDER, MINED, etc).

Comunicación:

- Trabajar con los pacientes familiares y en la comunidad utilizando la comunicación interpersonal y grupal con el objetivo de modificar estilos de vida.
- Intervenir con la familia utilizando actividades grupales con técnicas participativas y medios audiovisuales.

- Incrementar la labor de consejería en los consultorios médicos y consultas médicas eficaz para lograr un mejor control de la enfermedad y cambio de actitudes en los individuos.
- Diseño de materiales educativos y su ubicación en lugares visibles como afiches, plegables, carteles, volantes según condiciones y necesidades existentes.
- Confección de mensajes educativos para la radio y televisión como spot, testimonios, soportes, crónicas, etc.

CONCLUSIONES

La importancia de la pesquisa activa precoz en pacientes con pie diabético es un factor fundamental para disminuir el índice de amputación y lograr una mayor calidad de vida en los pacientes diabéticos, los cuales se verán favorecidos con la aplicación del Heberprot-P en los estadios iniciales del pie diabético sobretodo en la clasificación de Wagner I.

REFERENCIAS

(ADA): 2014. Datos sobre la diabetes. Washington, D. C.: American Diabetes Association Acceso: 2 Mar 2017. Disponible en: http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/datos-sobre-la-diabetes

Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic foot ulcers and their recurrence. N Engl J Med. 2017;376:2367-75. doi: 10.1056/NEJMra1615439

Cavorts J, Vicar F, Within DJ, Ennis W, Kiser R, O'Connell SM, et al. (2016). Best-practice algorithms for the use of a bleared living cell therapy (Epigraph) in the treatment of lower-extremity ulcers. Wound Repair Regent. 2016;14(2):102-9.

Catalá Sardiñas E, Albanes García A, Sardiñas Díaz I, García Cabrera Y, Pinillos Viera P. A. 2018. Características de los diabéticos tratados con Heberprot-p® ® en el municipio de Colón Rev Cubana Angiol Cir Vasc. 2018;19(1). http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol19_1_18/ang04118.htm

CIGB; 2016. 7to Aniversario del inicio del Programa de Atención Integral al Paciente con Úlcera del Pie Diabético (PAIUPD) con el uso del Heberprot-P®. La Habana:. Acceso: 6 Mar 2017. Disponible en: http //www.cigb.edu.cu/index.php./es/

Curran MP, Plusher GL.(2016). Bleared bioengineered skin substitute (Epigraph): a review of its use in the treatment of venous leg ulcers and diabetic foot ulcers. Bedbugs. 2016;16(6):439-55.

Estadísticas de salud en Cuba-Anuario Estadístico 2015. La Habana: Dirección de registros médicos y estadísticas de salud; 2016. Acceso: 6 Mar 2017. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf

Green MF, Aliabad Z, Green BT. (2016).Diabetic foot: evaluation and management. South Med J. 2016;95(1):95-101.

Hadaka JV, et al. (2016). Efficacy of recombinant human platelet-derived growth factor (hedge) based gel in diabetic foot ulcers: A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study in India. Wounds. 2016;17(6):141-52.

Metzmacher I, Ruth P, Abel M. (2017). In vitro binding of matrix metalloproteinase-2 (MMP-2), MMP-9, and bacterial collagens on collagen us wound dressings. Wound Repair and Regeneration. 2017;15(4):549-55.

OMS (2016). Informe mundial sobre la diabetes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2016. Acceso: 2 Mar 2017. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/global-report/es/

Steed DL, Goshen JB, Holloway GA, Malone JM, Bunt TJ, Webster MW. (2017). Randomized prospective double-blind trial in healing chronic diabetic foot ulcers. CT-102 activated platelet supernatant, topical versus placebo. Diabetes Care. 2017;15(11):1598-604.

Verves A, Sheehan P, Pham HT. (2017). Randomized, controlled trial of promo ran (a collagen/oxidized regenerated cellulose dressing) vs. standard treatment in the management of diabetic foot ulcers. Arch Surg. 2015;137(7):822-7.

Wireman TJ, Smile JM, Su Y. (2016). Efficacy and safety of a topical gel. Formulation of recombinant human platelet-derived growth factor-B B (Becaplermin) in patients with chronic neuropathic diabetic ulcers. A phase III randomized placebo-controlled double-blind study. Diabetes Care. 2016;21(5).

OZONOTERAPIA: TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS SUBPROTESICA GRADO I. AÑO 2019

OZONOTHERAPY, ALTERNATIVE TREATMENT OF STOMATITIS SUBPROTHESIS GRADE I

Arianna Ivette Méndez Ochoa[1] ariannaivette@nauta.cu

Lisett Paz Quiñones[2]

Marianne Sims Rodríguez[3]

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención para determinar la efectividad de la ozonoterapia en pacientes con Estomatitis Subprotésica Grado I en la Clínica Estomatológica del Hospital Docente Guillermo Domínguez, de Puerto Padre en el período de enero de 2018 a enero de 2019. El universo estuvo constituido por 34 pacientes en edades comprendidas entre 60 años y más que acudieron a la consulta con dicha enfermedad. Se conformó una muestra simple aleatoria de 17 pacientes, incorporando los restantes al grupo control. Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario, en su procesamiento se utilizó el análisis porcentual. Se determinó un predominio del sexo femenino, las edades entre los 60 y 70 años y los pacientes portadores de prótesis entre 6 a 10 años en ambos grupos, existió un alto porciento de curados en la escala de evolución de la lesión y se constató la efectividad de la ozonoterapia.

PALABRAS CLAVES: Ozono, Estomatitis Subprotésica, diagnóstico, ozonoterapia.

ABSTRACT

An intervention study was conducted to determine the effectiveness of ozone therapy in patients with Grade I Subprothetic Stomatitis at the Stomatological Clinic of the Guillermo Domínguez Teaching Hospital, in Puerto Padre during the period from January 2018 to January 2019. The universe consisted of 34 patients aged between 60 years and over who attended the consultation with said disease. A simple random sample of 17 patients was formed, incorporating the remaining ones into the control group. A questionnaire was used to collect the information, the percentage analysis was used in its processing. A predominance of the female sex was determined, the ages between 60 and 70 years and the patients carrying prostheses between 6 to 10 years in both groups, there was a high percentage of cured in the scale of evolution of the lesion and the effectiveness was verified of ozone therapy.

KEY WORDS: Ozone, Subprotic stomatitis, diagnosis, ozone therapy

[1]Residente de Segundo año de Estomatología General Integral. Clínica Estomatológica del HGD "Guillermo Domínguez López". Puerto Padre. Las Tunas.

[2] Especialista en Primer Grado de Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Master en Salud Bucal Comunitaria. Clínica Estomatológica del Policlínico Romárico Oro Peña. Puerto Padre. Las Tunas.

[3] Licenciada en Psicología. Profesor Asistente. Aspirante a Investigador. Romárico Oro Peña. Puerto Padre. Las Tunas.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es el fenómeno social más importante del siglo XXI. No es un problema, es un desafío. El comportamiento del envejecimiento en Cuba está al nivel de los países más desarrollados y constituye un logro de las políticas de salud implementadas desde el triunfo de la Revolución; siendo una de las implicaciones demográficas y sociales más importantes derivadas del descenso de la fecundidad, la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. (Malagón, Guevara, & Brenes, 2015).

Una de las características relevantes del proceso de envejecimiento en el mundo es la rapidez con que se ha producido. El desafío de una ancianidad saludable ha dejado de ser una excepción y privilegio para convertirse en una oportunidad en países como Cuba, con una esperanza de vida muy cercana a los 75 años y programas que apuntan a una calidad de vida cada vez mejor. (MINSAP, 2011)

Aunque la mejor alternativa para la atención a los ancianos es la que se desarrolla en la comunidad, en ocasiones resulta estrictamente necesario acudir a la hospitalización, ya que a medida que se incrementa la edad aumenta el deterioro de las funciones biológicas, psicológicas y de adaptación al medio social.

Dado que la mayoría de las condiciones de salud de las personas mayores son crónicas en vez de agudas, y progresivas en lugar de regresivas, esta demanda también podría implicar un marcado aumento de los costos de atención de la salud. (Gutiérrez Alcalá, 2016)

La función masticatoria está relacionada con las actividades esenciales como: la alimentación y la comunicación, además tiene un papel fundamental en las relaciones del individuo con otras personas en la conservación de la autoestima, siendo el complejo bucal componente indesligable e importante del organismo en el ser humano. Por lo tanto, se considera el deterioro bucal de vital importancia en la salud general de la persona. (Moya, Chappuzeau, Caro, & Monsalves, 2016)

El envejecimiento de la cavidad bucal genera modificaciones en los dientes, sus tejidos de soporte, los músculos, las glándulas salivales y las mucosas. En los adultos mayores la mucosa bucal generalmente presenta un aspecto brillante, la encía pierde su punteado, hay menor resistencia a las presiones y menor capacidad para responder a las influencias externas, siendo dañadas más fácilmente. (Moya, y otros, 2016)

Los sustitutos artificiales–prótesis completa- deben no solo reponer los dientes y el hueso de soporte perdidos, y los tejidos blandos sino que además deben restauran las funciones deteriorada y la apariencia. Es evidente que las prótesis completas deben cumplir su cometido dentro de un activo medio ambiente muscular. Si van a restaurar las funciones alteradas, no deben presentar ni impedir las actividades musculares englobadas en esa función. Sin embargo, la restauración de la función y de la apariencia representa solo la mitad del problema; la otra mitad radica en asegurar que las prótesis no tendrán efectos nocivos sobre los tejidos remanentes. En muchos portadores de prótesis completas suelen desarrollarse alteraciones en la mucosa bucal como consecuencia de su presencia en la boca. (Nápoles González, Rivero Pérez, García Nápoles, & Pérez Sarduy, 2016)

Los estudios relacionados con la cavidad bucal muestran una incidencia relativamente alta de enfermedades, que van desde simples procesos inflamatorios hasta alteraciones leucoplásicas, y resultan cada vez más preocupantes para las autoridades sanitarias encargadas de la salud de la comunidad. (Nápoles González, y otros, 2016)

La reacción inflamatoria consiste en una serie de fenómenos fisiológicos y morfológicos en los que forman parte principalmente los vasos sanguíneos, elementos figurados de la sangre y tejidos conectivos adyacentes, en respuesta a la agresión de las bacterias y sus productos, con el propósito de destruir el agente extraño, iniciándose simultáneamente procesos de reparación en el área dañada. (Bernal Balaez, Torres Márquez, Bychko Trujillo, Martín Jiménez, & González García, 2016)

Dentro de las alteraciones comúnmente observadas en la cavidad bucal encontramos la Estomatitis Subprotésica que muestra una alta prevalencia tanto en nuestro país como en el resto del mundo y que además por los procesos degenerativos se puede acompañar de otras como: hiperqueratosis, queilitis angular y hiperplasia penfigoides. (Bernal Balaez, y otros, 2016)

A menudo llegan a la consulta estomatológica pacientes afectados por Estomatitis Subprotésica. Basados en la premisa de que el personal de salud debe mostrar su empeño en sanar al doliente y seguir investigando con técnicas alternativas, nos dimos a la tarea de emplear la terapia antiinflamatoria con el ozono, que constituye un método sencillo, económico, que además de beneficiar al paciente, garantiza un ahorro de recursos al incrementar su eficacia y por los efectos biológicos del tratamiento.

Por la importancia del tema nos motivamos a realizar la presente investigación de intervención terapéutica para determinar la efectividad del ozono en pacientes portadores de prótesis y que presentaban la Estomatitis Subprotésica.

Ozonoterapia

La ozonoterapia es considerada una medicina natural por los conocimientos que deben tener los profesionales para la aplicación de este gas y es aleatoria a cualquier otra aplicación médica. Se utiliza en la prevención, el tratamiento y rehabilitación de varias enfermedades y especialmente tiene un espectro importante en el tratamiento de la estomatitis subprotesis. La ozonoterapia es muy eficaz, evita la cirugía que es costosa, tiene alta efectividad, y además incrementa la calidad de vida. (Brevis, Cancino, & Contin, 2008)

El ozono medicinal se compone de ozono y de oxígeno puro, puede utilizarse como gas o unirse con agua y obtenerse agua ozonizada con gran poder desinfectante, o unirse aceite y formar aceite ozonizado. Para la terapéutica con ozono se han utilizado los aceites de origen vegetal. El más usado a nivel mundial es el aceite de oliva. (Jegonathan, 2011; Llikhonen, 2009)

Beneficios de la Ozonoterapia

- Bactericida
- Fungicida
- Virucida

- Antiinflamatorio
- Analgésico
- Inmunosupresor
- Revitalizante y regenerador
- Antioxidante
- Antivírico y germicida (Llikhonen, 2009)

Propiedades del Ozono:

Facilita la actividad reológica de la sangre, es decir, da elasticidad al eritrocito, favoreciendo su mayor penetración.

Estimula procesos o ciclos bioquímicos e incrementa la capacidad de reabsorción del oxígeno a los tejidos.

La Ozonoterapia se basa en el ozono médico, que es una mezcla de oxígeno y ozono que se genera gracias a unos aparatos específicos, los generadores. El especialista en Ozonoterapia determina la concentración, la dosis y la vía de administración según la patología, la indicación clínica y las condiciones de cada paciente. (James, 2004)

Las diferentes vías de administración de este tratamiento pueden ser:

- Infiltraciones (subcutánea, intramuscular, intraarticular, intradiscal y paravertebral, entre otras).
- Autohemoterapia (mayor y menor)
- Aplicaciones transcutáneas
- Aplicaciones tópicas mediante aceites y cremas ozonizadas
- Insuflaciones rectales y vaginales (James, 2004)

La incidencia de la Estomatitis Subprotésica y el escaso conocimiento que existe sobre la aplicación del remedio homeopático con este medicamento para tratar estas lesiones y las bondades del uso de este producto, ha motivado al investigador a dedicar este trabajo al tema.

Se realizó un estudio de intervención, en pacientes mayores de 60 años, portadores de Estomatitis Subprotésica Grado I, que acudieron a la Clínica Estomatológica del Hospital Guillermo Domínguez, provincia Las Tunas, en el periodo comprendido entre octubre 2018 y octubre 2019. La población de estudio estuvo constituida por los 34 pacientes de 60 años y más, con diagnóstico de Estomatitis Subprotésica Grado I.

A los pacientes se les realizó un examen físico bucal exhaustivo con espejo plano y luz artificial en el sillón dental, para diagnosticar la enfermedad, además de una entrevista para lograr el compromiso a realizar el tratamiento sin fallos. Para la obtención del dato primario se confeccionó un formulario, el cual se llenó diariamente con los resultados del interrogatorio y el examen clínico, la información se fue consolidando sistemáticamente a partir del séptimo, décimocuarto, y vigésimo primer día, evolucionando en la historia clínica individual.

Para el procesamiento y análisis de la información se presentaron los datos en tablas de distribución de frecuencias, tanto absolutas como relativas. Para determinar la efectividad de la ozonoterapia en pacientes con Estomatitis Subprotésica Grado I, se aplicó la prueba t de Student para dos muestras independientes, comparando las medias de dichas poblaciones. Para realizar el análisis y discusión de los resultados se expusieron los mismos y se establecieron comparaciones con los estudios precedentes disponibles sobre la base de un análisis inductivo-deductivo que posibilitó dar salida a los objetivos propuestos, así como emitir las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

Efectividad de la ozonoterapia en el tratamiento de la Estomatitis Subprotésica Grado I en personas de 60 años y más en Puerto Padre, en el periodo de enero de 2018 y enero de 2019

El **cuadro 1** muestra la distribución de los pacientes según sexo de los pacientes estudiados donde se observa un predominio del sexo femenino tanto en el grupo estudio como en el de control para un 64,71% y 70,59% respectivamente, resultados similares a los de Bernal que en sus respectivos estudios obtuvieron un 70% y 80% de predominio de este sexo. (Bernal Balaez, y otros, 2016)

“Las féminas en la sociedad reflejan una mayor preocupación por la estética, donde la sonrisa juega un papel importante para la cual los dientes ya sean naturales o artificiales son imprescindibles, motivo por el cual mayor cantidad de mujeres usan prótesis dental, por lo tanto, están más expuesta al examen bucal y por consiguiente a detectarse la afección con más posibilidad que el sexo masculino”. (Martínez Almanza, y Menéndez Jiménez, 2009)

CUADRO. 1. Distribución de los pacientes según sexo. Puerto Padre

Sexo	Grupos			
	Estudio		Control	
	No.	%	No.	%
Femenino	11	64,71	12	70,59
Masculino	6	35,29	5	29,41
Total	17	100,00	17	100,00

En el **cuadro 2** se observa la distribución de los pacientes según edad, predominando el grupo de pacientes entre los 60 y 70 años con 52,94% en el grupo estudio y 64,71% en el grupo de los controles.

En los estudios analizados los grupos de edades no coinciden para establecer comparaciones.

La Estomatitis Subprotésica es una patología asociada al uso de prótesis dentales removibles. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y se basa en el reconocimiento de sus lesiones. (García Alpízar, Capote Valladares, & Morales Montes de Oca, 2016)

“El uso de la prótesis de forma continuada, da lugar a un mayor acúmulo de placa bacteriana entre la base de la prótesis y la mucosa oral, debido al entorno ácido y

anaeróbico que se produce al disminuir la circulación sanguínea por la presión ejercida por la prótesis. Este aumento de placa y de microorganismos provoca una mayor predisposición a la estomatitis". (García Alpízar, y otros, 2016, p180)

CUADRO. 2. Distribución de los pacientes según edad. Puerto Padre

Edad	Grupos			
	Estudio		Control	
	No.	%	No.	%
60-70	9	52,94	11	64,71
71-80	5	29,41	5	29,41
81-90	3	17,65	1	5,88
Total	17	100,00	17	100,00

En el **cuadro 3** se constata la distribución de los pacientes según tiempo de uso de la prótesis, donde se encontró un predominio de pacientes en los portadores del aparato por 6 a 10 años con un 52,94% en el grupo estudio y 64,71% en los controles.

Según autores como Bernal Balaez y otros (2016), "no se debe tener más de cuatro años de uso de la prótesis, por los daños que esto acarrea a la mucosa bucal ya que los tejidos sufren transformaciones y si añadimos no darle el reposo requerido a la mucosa bucal y tejidos de soporte, la prótesis se va desajustando a medida que pasa el tiempo lo que contribuye a que aparezca la lesión."

En los estudios analizados los autores no coinciden con esta escala para establecer comparaciones.

CUADRO. 3. Distribución de los pacientes según tiempo de uso de la prótesis. Puerto Padre

Tiempo de uso de la prótesis	**Grupos**			
	Estudio		**Control**	
	No.	**%**	**No.**	**%**
1-5 años	5	29,41	4	23,53
6-10 años	9	52,94	11	64,71
11-15 años	2	11,76	1	5,88
16 -20 años	1	5,88	1	5,88
Total	**17**	**100,00**	**17**	**100,00**

En el **cuadro 4** se muestra la distribución de los pacientes según evolución de la lesión notándose números superiores en la escala de los curados tanto en el grupo estudio como en el de los controles para un 82,35% y un 70,59% respectivamente, coincidiendo con la respuesta final al tratamiento donde se tomó como satisfactoria cuando se logró la cura total de la lesión.

Varios son los factores que influyen en que la afección no remita, entre ellos podemos citar la higiene de la prótesis dental, los factores traumáticos principalmente ocasionados por prótesis desajustada, la negativa de los pacientes a retirarse el aparato protésico, las reacciones alérgicas, los factores sistémicos así como el

tabaquismo y etilismo como factores influyentes en el desarrollo de lesiones. (Espasandín González, Reyes Suárez, Soler Gil, & Pérez Acosta, 2016)

CUADRO. 4. Distribución de los pacientes según evolución de la lesión. Puerto Padre

Evolución	Grupos			
	Estudio		Control	
	No.	%	No.	%
Curada	14	82,35	12	70,59
Mejorada	3	17,65	5	29,41
Total	17	100,00	17	100,00

La distribución de los pacientes según tiempo de desaparición de la lesión se muestra en el **cuadro 5,** se observó una diferencia con respecto a la evolución de la patología, demostrándose la superioridad en efectividad para el tratamiento en el que se agregó el ozono ya que el 82,52% de los pacientes que integraron la muestra objeto de estudio rebasó la lesión en, a lo sumo, 14 días, mientras que en el grupo control solo lo rebasó el 52,96% en ese mismo periodo de tiempo.

No se establecen comparaciones por no existir estudios con variables similares.

CUADRO. 5. Distribución de los pacientes según tiempo de desaparición de la lesión. Puerto Padre.

Tiempo de desaparición de la lesión	**Grupos**			
	Estudio		**Control**	
	No.	**%**	**No.**	**%**
1-7 días	**4**	23,52	**4**	23,52
8-14 días	**10**	59,00	**4**	23,52
15-21 días	**3**	17,48	**9**	52,96
Total	**17**	**100,00**	**17**	**100,00**

CONCLUSIONES

En el estudio realizado predominaron los pacientes del sexo femenino, tanto en el grupo estudio como en el grupo control y las edades comprendidas entre 60 y 70 años.

El mayor número de pacientes usaba prótesis entre los 6 y 10 años en ambos grupos.

Se pudo constatar que la introducción de la ozonoterapia en la Estomatitis Subprotésica Grado I es efectiva en la cura de esta enfermedad, evidenciado en que la cura de las lesiones propias de la enfermedad y el tiempo de desaparición de las mismas fue significativamente superior en el grupo de estudio que en el grupo de control.

REFERENCIAS

Bernal Balaez H, Torres Márquez PA, Bychko Trujillo N, Martín Jiménez M, González García DE., (2016). Funcionabilidad de las prótesis y su relación con las lesiones de mucosa. Recuperado de http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/protesis-lesiones-de-mucosa/

Brevis P, Cancino J, Cantín L. M., (2008). Estomatitis subprótesis: estudio clínico y microbiológico de Candida. Odontostomat 2(1):101-108.

Espasandín González S, Reyes Suárez VO, Soler Gil M, Pérez Acosta K., (2016). Factores de riesgo asociados a la aparición de la estomatitis subprótesis. Recuperado de http://revcmhabana.sld. cu/index.php/rcmh/article/view/709

García Alpízar B, Capote Valladares M, Morales Montes de Oca TJ., (2016). Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Recuperado de http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99

Gutiérrez Alcalá R., 2016. Salud bucal en adultos mayores. Recuperado de http://www.eluniversal.com.mx/articulo/cultura/patrimonio/2016/01/29/salud-bucal-en-adultos-mayores

James WLS., (2004). Complementary and alternative medicine: Impact on dentistry. Med Management Update;98(2):47-55.

Jeganatham S., (2011). Lince dentures stomatitis a review of the etiology diagnosis and managements. Aust Dent; 50(43):163-9

Llikhonen M., (2009). Prevalence of oral mucosal lesions associated with wearing removable dentures in finish adults. Conm Dent Oral Epidemiol; 12: 191.

Malagón Y, Guevara A. Brenes L., (2015). El envejecimiento demográfico y la atención al adulto mayor en Cuba. GEROINFO RNPS [Internet] Recuperado de: www.sld.cu/galerías/sitios/gericuba.

Martínez Almanza L, Menéndez Jiménez J, Cáceres Manso E, BalyBaly M, Vega García E., (2009). Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. RESUMED; 12 (2): 77-90.

MINSAP. Anuario Estadístico de Salud., (2011). Dirección Nacional de Estadísticas. República de Cuba. La Habana: 2009. [Internet] Recuperado de http//www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/anuario_2008_3e.pdf.

Moya P, Chappuzeau E, Caro JC, Monsalves MJ., (2016). Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. Rev Estomatol Herediana. Recuperado de http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/85/70

Nápoles González IJ, Rivero Pérez O, García Nápoles CI, Pérez Sarduy D., (2016). Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. RevArchMed Camagüey. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2016/amc162h.pdf

EFECTIVIDAD DE UN ESTUDIO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCODENTAL EN ESCOLARES DE EDUCACIÓN PRIMARIA

EFFECTIVENESS OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION ABOUT ORAL HEALTH OF ELEMENTARY SCHOOL STUDENTS

Beatriz Ramona Troncoso Rodríguez[1] beatriztr93@nauta.cu

Kenya Casanova Sales[2] kenya@ltu.sld.cu

Yudenia Coca García[3] coca@ltu.sld.cu

RESUMEN

El trabajo trata sobre un estudio experimental de intervención educativa realizado en la Escuela Primaria Perucho Figueredo de la localidad de Vázquez, durante el periodo comprendido desde septiembre de 2018 a mayo de 2019, para evaluar la efectividad de un programa educativo sobre salud bucodental. La muestra del estudio estuvo constituida por 59 niños. La investigación se desarrolló en cuatro etapas: organizativa, diagnóstico, diseño de la estrategia e intervención y evaluación. Inicialmente se aplicaron encuestas y realizaron controles de placa dentobacteriana, se evaluó el nivel de conocimiento e higiene bucal. Fue diseñada y aplicada una estrategia educativa, puesta en práctica durante diez meses, se realizó la evaluación de estos aspectos nuevamente comparando los resultados finales con los iniciales. Para recolectar la información se utilizaron encuestas e historia clínica individual. Incrementó el nivel de conocimientos sobre salud bucal y contribuyó a que los niños mejoraran la higiene bucal.

PALABRAS CLAVES: intervención educativa, niños, higiene bucal.

ABSTRACT

It was carried out an experimental study of educational intervention in the Primary School Perucho Figueredo from Vázquez's town, during the period from September 2018 to May 2019, to evaluate the effectiveness of an educational program about oral health. The study sample was constituted by 59 children. The investigation was developed in four stages: organizational, diagnosis, design of the strategy and intervention and evaluation. Initially surveys were applied and were carried out controls dental-bacterial plaque to evaluate the level of knowledge and the oral hygiene. It was designed and applied an educational strategy during ten months, and it was carried out the evaluation of all these aspects again comparing the final results with the initials. As instruments to gather the information, surveys and the clinical individual history were used. The level of knowledge about oral health was increase in the students and they improved the oral hygiene as well.

KEY WORDS: educational intervention, children, oral hygiene

[1] Residente de Estomatología General Integral.

[2] Especialista de segundo grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias estomatológicas, Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Policlínico 28 de Septiembre. Puerto Padre. Las Tunas. Cuba.

[3] Licenciada en Gestión de la Información en Salud. Profesor instructor. Policlínico 28 de Septiembre. Puerto Padre. Las Tunas. Cuba.

INTRODUCCIÓN

En el sistema de salud en Cuba se tiene en cuenta la salud bucal, al respecto se ha considerado:

> Desde hace más de cuatro décadas en el país se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social, basados en la equidad y derecho de todas las personas a la salud y el bienestar, que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la promoción de la salud y prevención de enfermedades. (Colectivo de autores, 2009, p.492)

Como parte de la prevención para evitar la instalación de enfermedades bucales, en nuestro país:

> Desde 1969 se inició la aplicación de laca flúor en los niños de 2 a 5 años de edad en los Círculos Infantiles y en sus propios hogares. Así mismo se comenzaron a realizar actividades educativas con la población para crear hábitos correctos de higiene bucal e incrementar sus conocimientos. Paralelo a ello se fueron modificando los planes de estudio, enfatizando en la Promoción de Salud y la integralidad de las acciones, capacitándose a profesionales y técnicos en técnicas educativas y afectivo – participativas que posibilitaron el trabajo con la población. Se trabajó en la integración con otros sectores, fundamentalmente educación, capacitando a profesores y educadores y a los líderes formales e informales de las Comunidades en temas de interés común. (Sosa Rosales, Mojaiber de la Peña, González Ramos, Gil Ojeda, 2013, p.111)

La promoción de salud constituye un proceso político social y una estrategia que puede contribuir efectivamente a mejorar la calidad de vida y la construcción de una sociedad de bienestar. Su enfoque se basa en la concepción de la salud como un proceso social, resultante de las condiciones e interacciones de las personas con su medio local.

Algunos autores plantean que “la promoción de salud trasciende el marco del Sistema Nacional de Salud, pues incorpora diferentes sectores, como cultura, deporte, educación, comunales y salud pública, e involucra a la comunidad, sus líderes y a la población en general, todo lo cual demanda de la participación social para lograr mejorar sus condiciones de salud”. (García, Gálvez Moya, Ramos Hurtado, 2018, p.1).

La promoción de salud es la más social e integral, la que más impacto tiene en las raíces de la salud y la que menos depende de los servicios de la salud por sí solo. (Lugo Angulo, García Cabrera, Gross C, 2013, p.3).

Tiene tres componentes fundamentales: Educación para la Salud, Comunicación e Información, todas sustentadas en un elemento fundamental que es la Participación Social, tanto de la Población como del resto de los Sectores de la Sociedad.

> La Educación para la Salud representa una acción ejercida sobre los individuos para llevarlos a modificar su comportamiento. En general, pretende hacerles adquirir y conservar hábitos de vida sanos, enseñarles a utilizar adecuadamente los servicios sanitarios de los que disponen y conducirlos a tomar por sí mismos, individual y colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y de la salubridad del medio en el que viven. (Hechavarría Martínez, Venzant Zulueta, Carbonell Ramírez, Carbonell Gonsalves, 2013, p.2).

Salud bucal

Las enfermedades más frecuentes de dientes y encías son la caries y las periodontopatías y su principal causante es la placa dentobacteriana producto de una deficiente higiene bucal. Por ello en Cuba, desde mediados de los 60 se iniciaron las campañas educativas para la población destacándose en ellas la importancia de un correcto cepillado.

Por medio de observaciones realizadas, se comprobó que existe una problemática que afecta a los niños y niñas en cuanto a la higiene bucal, ya que existe un bajo nivel de educación para la salud, por lo que resulta importante para la modificación de esta problemática de la practica social estudiar ¿Cómo contribuir a incrementar el nivel de educación para la salud que poseen los niños de la escuela primaria Perucho Figueredo?

Por la importancia que reviste mantener la salud bucodental desde edades tempranas para llegar a la adolescencia y la adultez con una bella sonrisa y una boca sana, se decidió hacer un proyecto de intervención e insertar opiniones personales sobre un asunto de gran interés para todos, habida cuenta que es preciso insistir fuertemente para lograr los objetivos trazados en esa dirección por el Estado y Gobierno cubanos. De lo anteriormente propuesto se planificó evaluar la efectividad de un programa educativo sobre salud bucodental.

Diseño de la intervención educativa sobre salud bucodental en escolares.

Para el desarrollo de la intervención se trabajó con una muestra de 59 escolares entre 5 y 11 años del Centro Escolar Perucho Figueredo de la localidad de Vázquez.

Para su mejor comprensión el estudio se desarrolló en cuatro etapas:

- 1ra: Etapa de diagnóstico.
- 2da: Etapa de diseño del programa educativo.
- 3ra: Etapa de ejecución del programa educativo.
- 4ta: Etapa de evaluación de los resultados del programa.

Etapa de diagnóstico

Se utilizó como instrumento para detectar las necesidades reales de aprendizaje un cuestionario para los niños.

Los estudiantes se citaron a la clínica estomatológica perteneciente al Policlínico 28 de septiembre para su examen bucal en el sillón estomatológico. Luego se pasaron a la consulta de consejería de salud bucal para realizarle a cada uno de ellos el control de placa dentobacteriana. Se evaluó la higiene bucal de cada uno mediante el Índice de Higiene Bucal de Love y colaboradores, que se calificó como aceptable cuando era menor del 20%, y no aceptable cuando era superior al 20% de superficie dentarias teñidas.

Se realizaron grupos focales con los niños como método cualitativo para explorar la percepción que poseen los estudiantes sobre salud bucal, higiene bucal y caries dental lo que permitió profundizar en el problema.

Etapa de diseño del programa educativo

Teniendo en cuenta las necesidades reales y sentidas que se detectaron en los niños, se diseñó un programa de intervención educativa titulado Mi muelita feliz, teniendo en cuenta la edad y característica de los escolares, así como los conocimientos que debían adquirir, planificando actividades educativas con la utilización de técnicas afectivo–participativas y diferentes medios de enseñanza que propiciarían la adquisición de conocimientos.

Etapa de ejecución del programa educativo

El programa educativo se comenzó a implementar a partir del mes de noviembre del 2018 hasta mayo del 2019 para el cual se trazó un plan de actividades con la utilización de técnicas afectivo–participativas y diferentes medios de enseñanza.
Primeramente se informó de las características de este a los directivos de la escuela, docentes y padres de los niños.
Se repartieron marcadores a los niños sobre los factores de riesgo de la caries dental y se impartieron charlas educativas sobre la importancia del correcto cepillado y la dieta cariogénica a los niños y docentes, se repartieron poesías que se leyeron en voz alta por los alumnos. Fueron escogidos algunos niños que dramatizaron la poesía ‘’Los valientes mosquedientes’’.Con la ayuda de los estudiantes se realizó un mural con información sobre los factores de riesgo de la caries dental y se realizar demostración a los niños y docentes sobre los medios auxiliares para la higiene bucal con ayuda de un Type- odont y un cepillo. Fue realizado un taller de dibujo donde los niños expresaron sus conocimientos sobre salud bucal. Por último se aplicó nuevamente el cuestionario a los niños para comprobar los conocimientos adquiridos y se determinó el Índice de Higiene Bucal de Love y colaboradores.

Los datos obtenidos fueron procesados y se expresaron los resultados en cuadros y gráficos para mejor análisis y comprensión.

Análisis de los resultados

Tabla 1. Evaluación del estado de salud bucal de los niños del centro escolar Perucho Figueredo según la clasificación epidemiológica. Septiembre de 2018 –mayo de 2019.

Clasificación	Nro.	%
Sano	0	0
Sano con riesgo	35	59,3
Enfermo	26	44,0
Deficiente discapacitado	0	0
Total	59	100

Fuente: Historia clínica individual.

La tabla 1 muestra el estado de salud bucal de los niños del centro escolar Perucho Figueredo según la clasificación epidemiológica donde podemos observar un predominio

de los sanos con riesgo, representado por un 59,3%. Estos resultados no coinciden a los alcanzados en estudio referente al estado de salud bucal de los escolares de 12 y 15 años de la Secundaria Sara A. Bullón De Lambayeque, Perú, en el que predominaron los pacientes enfermos. (Pomar-Sáenz, Vargas-Rosado,2016, p.5)

Tabla 2. Comparación del nivel de conocimiento de los niños del centro escolar Perucho Figueredo antes y después de aplicado el programa de intervención educativo. Septiembre de 2018 –mayo de 2019.

Nivel de conocimientos sobre salud bucodental				
Nivel	**Antes**		**Después**	
	Nro.	**%**	**Nro.**	**%**
Bueno	10	16,9	41	69,5
Regular	23	38,9	18	32,1
Malo	26	44,0	0	0,0
Total	59	100	59	100

Fuente: Cuestionario

En la tabla 2 se realiza una comparación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de los alumnos antes y después de aplicado el programa educativo. Como se aprecia, antes del programa educativo, un 38,9% de los niños tenía un nivel de conocimiento regular y un 44% lo tenía malo. En cambio, al aplicar la estrategia de intervención este fue modificado a bueno en un 69,5%, lográndose un incremento del 49,6%.

En una Intervención educativa sobre salud bucal en estudiantes de la escuela primaria Rodney Coutin Correa se obtuvieron similares resultados. (Nicot Navarro, Martínez Vidal, Matos Cantillo, Fernández Matos, Correa Ruiz, 2018, p.4)

Así mismo Torres Mahy realizó una intervención educativa en 40 estudiantes de la Secundaria Básica Orlando Fernández Badell de Santiago de Cuba donde después de toda la labor educativa programada, se modificaron los conocimientos en 37 jóvenes 94,9 %. (Torres Mahy, Pérez Campos, Pascual Casamayor , Noa Deyá ,2015,p.6).

Tabla 3. Comparación del estado de higiene bucal de los niños del centro escolar Perucho Figueredo antes y después de aplicado el programa de intervención educativo, según el Índice de Higiene Bucal de Love y colaboradores. Septiembre de 2018 –mayo de 2019.

Estado de Higiene Bucal

Estado	Antes		Después	
	Nro.	%	Nro.	%
Aceptable	14	23,7	49	83,5
No Aceptable	45	76,2	10	16,9
Total	59	100	59	100

Fuente: Historia clínica individual.

En la tabla 3 se compara la higiene bucal de los alumnos antes y después de aplicado el programa educativo. Antes de la intervención el 23,7% de los niños tenían higiene bucal aceptable, mientras que el 76,2% era no aceptable. Después de poner en práctica el programa educativo el estado de higiene bucal aceptable aumentó a un 83,5%. En el estudio realizado por Matos Cantillo, antes de la intervención prevalecía la higiene bucal inadecuada en el 70% de los niños y después de la intervención, primó la higiene bucal adecuada en un 86% de los casos. (Mavis Matos Cantillo, Matos Matos, Carcases Obana , Yanet Pita Laborí , Nicot Navarro, 2013, p.6)

Mantener una correcta higiene bucal es la clave para evitar la instalación de enfermedades como la caries dental.

> El hábito de higiene bucal se refiere a las conductas que rutinariamente realiza una persona con el objetivo de remover placa bacteriana y residuos alimenticios. El método básico realizado por la mayoría de la población como hábito de higiene bucal para la remoción de la placa bacteriana es el cepillado dental manual. Los hábitos de higiene bucal alcanzados por un individuo dependen de la técnica, motivación, habilidad y perseverancia. (Giraldo-Zuluaga, Martínez-Delgado, Cardona-Gómez, Gutiérrez-Pineda, Giraldo-Moncada, y otros, 2017, p.5)

Tabla 4 Evaluación del programa de intervención educativa.

El programa fue evaluado de satisfactorio, pues se cumplió con los objetivos propuestos.

Criterio	Valor propuesto	Valor obtenino	Evaluacion
Nivel de conocimientos sobre salud bucodental	> 90% de los niños evaluados de bueno y regular	69,5% bueno 32,1% regular	Satisfactorio

Higiene bucal	> 80% de los niños evaluados de aceptable	83,5%	

CONCLUSIONES

Al evaluar el estado de salud bucal de los niños del centro escolar Perucho Figueredo según la clasificación epidemiológica observamos que existió un predominio de los sanos con riesgo, representado por un 59,3%. El nivel de conocimientos sobre salud bucodental al inicio de la investigación estuvo calificado mayoritariamente entre regular y mal, pero después de aplicado el programa educativo se elevó considerablemente a bueno. Al comenzar el estudio el estado de higiene bucal y eficiencia del cepillado según el Índice de Love y Colaboradores en los escolares fue de no aceptable, lográndose con el desarrollo de nuestra labor educativa llevar a aceptable al mayor porciento de los niños. La evaluación final de este trabajo fue de satisfactorio pues se lograron cumplir los objetivos propuestos.

REFERENCIAS

Colectivo de autores. (2009). *Guías Prácticas de Estomatología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

García AJ, Gálvez Moya M, Ramos Hurtado I. (2018). La promoción de salud bucal en los adolescentes. *Medicentro Electrónica*. 22(2),169–72. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=128938182&lang=es&site=ehost-live

Giraldo-Zuluaga MC, Martínez-Delgado CM, Cardona-Gómez N, Gutiérrez-Pineda JL, Giraldo-Moncada KA, Jiménez-Ruíz PM.(2017). Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. *CES Odontología*. 30(2), 23–36. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=130994678&lang=es&site=ehost-live

Hechavarría Martínez BO, Venzant Zulueta S, Carbonell Ramírez M de la C, Carbonell Gonsalves C.(2013). Salud bucal en la adolescencia. *Medisan*. 17(1),129–38.Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=86893918&lang=es&site=ehost-live

Lugo Angulo E, García Cabrera L, Gross C. (2013). La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. *Medisan*. 17(4), 677–85. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=87521998&lang=es&site=ehost-live

Mavis Matos Cantillo D, Matos Matos M, Carcases Obana Y, Yanet Pita Laborí L, Nicot Navarro AM.(2013). Intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes venezolanos. *Revista Información Científica*, 96(3), 415–23. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126352462&lang=es&site=ehost-live

Nicot Navarro AM, Martínez Vidal A, Matos Cantillo DM, Fernández Matos AR, Correa Ruiz E. (2018). Intervención educativa sobre salud bucal en estudiantes de la escuela primaria Rodney Coutin Correa. *Revista Información Científica,* 97, 457-65. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=132453943&lang=es&site=ehost-live

Pomar-Sáenz A, Vargas-Rosado C.(2016). Estado De Salud Bucal en Escolares De 12 Y 15 Años De Edad Del 1° Y 4° Grado De Secundaria De La I.E. “Sara A. Bullón” De Lambayeque, Perú 2015. *RevistaKiru.* 13(1), 31–7. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=133435505&lang=es&site=ehost-live

Sosa Rosales M de la C, Mojaiber de la Peña A, González Ramos RM, Gil Ojeda E. (2013). *Programa nacional de atención estomatológica integral a la población*. La Habana: MINSAP.

Torres Mahy L, Pérez Campos YE, Pascual Casamayor D, Noa Deyá Y (2015). Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adolescentes de la Secundaria Básica Orlando Fernández Badell. *Medisan*, 19(3), 365–73. Recuperado de : http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=101593701&lang=es&site=ehost-live

SALUD BUCODENTAL EN EL ADULTO MAYOR. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

ORAL HEALTH IN THE ELDERLY. A PROPOSAL FOR EDUCATIONAL INTERVENTION

Dr. Borys Moisés Barolo Peña maritza61@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en adultos mayores pertenecientes a la casa de abuelos: “Juan Almeida Bosques”, del municipio Jesús Menéndez en el período comprendido desde septiembre de 2015 a octubre 2016, con el propósito de diseñar una estrategia de intervención educativa para adultos mayores. La población y la muestra coincidieron trabajando con 41 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión. La información se obtuvo mediante una encuesta de conocimientos, la historia clínica individual y grupos focales y se utilizó el cálculo porcentual como medida de resumen. Los resultados obtenidos mostraron que predominó el sexo femenino y el grupo de 60_64 años, el nivel de conocimientos en salud bucodental fue bajo, la enfermedad bucal de mayor prevalencia fue la disfunción masticatoria por desdentamiento y el índice CPO-D fue alto, fundamentalmente a expensas de los dientes perdidos, se identificaron como principales necesidades de aprendizaje: hábitos adecuados de higiene bucal, factores de riesgo de las enfermedades bucodentales así como uso y cuidado de las prótesis. Con estos elementos se diseñó una intervención educativa.

PALABRAS CLAVES: Adulto mayor, higiene bucal, estrategia de intervención, disfunción masticatoria,

ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study was carried out in older adults belonging to the grandparents' house: “Juan Almeida Bosque’s”, from Jesús Menéndez municipality in the period from September 2015 to October 2016, with the purpose of designing an educational intervention strategy for older adults. The population and the sample coincided working with 41 older adults who met the inclusion criteria. The information was obtained through a knowledge survey, individual medical history and focus groups and the percentage calculation was used as a summary measure. The results obtained showed that the female sex and the group of 60_64 years predominated, the level of knowledge in oral health was low, the most prevalent oral disease was the masticatory dysfunction due to toothlessness and the CPO-D index was high, mainly at the expense of lost teeth, the main learning needs were identified: adequate oral hygiene habits, risk factors for oral diseases as well as use and care of prostheses. With these elements an educational intervention was designed.

KEY WORDS: Elderly, oral hygiene, intervention strategy, masticatory dysfunction,

INTRODUCCIÓN

La gerontología es una ciencia multidisciplinaria que se nutre de diferentes especialidades, tanto en el terreno técnico como práctico, algunas de ellas ya están

reconocidas y otras se incorporan debido al desarrollo científico como la psicología, sociología y la estomatología, entre otras.OPS. El envejecimiento. Cómo superar mitos,2011}. El adulto mayor representa un grupo poblacional de gran importancia por lo que es necesario brindarle una atención especial desde el punto de vista estomatológico debido a todos los procesos degenerativos que se observan a esta edad y a que en ocasiones se despreocupan, en su mayoría, por mantener una adecuada higiene bucal. Red para el desarrollo cultural de los adultos mayores en Iberoamérica [en línea] 2012 junio [citado 22 dic 2015]. Disponible en URL: http://www.comminit.com/la/lapdslatamerica/sld584.html. Elestado de salud bucodental con que se llega a la tercera edad es consecuencia directa de los cuidados en la salud oral que se han tomado a través de toda la vida. Los adultos mayores son el grupo más dañado en su salud bucal por no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos, lo que les ha dejado diferentes secuelas, como por ejemplo: gran desdentamiento, caries dental; especialmente cervicales; enfermedades gingivales y periodontales y en algunos casos lesiones de la mucosa bucal. Además, se producen también cáncer bucal y se observan manifestaciones orales de enfermedades sistémicas. Es necesario identificar los factores de riesgos de problemas bucales, así como desarrollar planes de cuidados y descripción de prácticas de higiene bucal para prevenir patologías bucales. Son varias las organizaciones y autores que han abordado el tema del envejecimiento poblacional y del individuo, pero han sido pocos los que han tratado temas sobre aspectos preventivos en la salud bucal, entre los trabajos consultados se menciona el realizado por: Paulander y col (2006) en un estudio para evaluar la asociación entre el nivel educativo y la enfermedad dental, necesidad de tratamiento y hábitos de higiene bucal.Szokej y Petersen P.E (2007) para conocer la situación oral de la población anciana en el (2008)Simunkovia S.K, et realizó un trabajo con el objetivo de conocer el estado de Salud Oral de los ancianos, también en el mismo año Roisinblint, buscó la posible asociación entre el nivel de educación y un incremento de la caries dental en ancianos.

El trabajo que se defiende corresponde a un proyecto de investigación descriptivo transversal en los adultos mayores pertenecientes a la casa de abuelos:" Juan Almeida Bosques". del Municipio Jesús Menéndez, por una Estomatólogo General Básico residente en segundo año en la especialidad de Estomatología General Integral, en el período comprendido de septiembre de 2015 a octubre de 2016. Con universoconstituido por 41 ancianos vinculados a Casa de los Abuelos y la muestra quedó integrada por el total del universo.Los métodos teóricos permitieron al autor la construcción y desarrollo del fundamento sobre el que se sustenta la tesis dentro de ellos se utilizaron los siguientes: Análisis histórico y lógico.Este método fue esencial en el desarrollo de la investigación, pues el estudio histórico permitió un análisis de la trayectoria real en el tiempo de la transición demográfica en el mundo, América Latina y Cuba.El análisis lógico permitió ver en un plano teórico la relación del envejecimiento de la población como expresión de las transiciones demográficas y epidemiológicas y su contextualización y pertinencia al objeto de la investigación que está centrada en el estudio de los niveles de conocimiento sobre salud bucal de los adultos mayores.Análisis y síntesis.El análisis y la síntesis son dos procesos cognoscitivos que cumplieron funciones muy importantes en la investigación. Mediante el análisis el autor

pudo abordar los principales cambios en el estado de salud bucal que experimenta el individuo al convertirse en un adulto mayor. La síntesis permitió integrar estos elementos en el estudio de la muestra seleccionada con una mejor comprensión de la relación entre adulto mayor, conocimientos sobre salud bucal y el estado de salud bucal de los mismos.

Los métodos empíricos utilizados en la investigación fueron: la observación y la encuesta. La observación se materializó mediante el examen bucal en la confección de la historia clínica individual; utilizada en los servicios de estomatología; a cada uno de los adultos mayores para poder evaluar su estado de salud bucal en el momento del estudio.

Se diseñó y aplicó una encuesta para conocer el nivel de conocimientos de los adultos mayores.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	OPERACIONALIZACIÓN		
	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN
Edad (años)	Cuantitativa Continua	60 – 64 65 – 69 70 – 74 75 – 79 80 y más	Se utiliza esta distribución de edades teniendo en cuenta la fecha nacimiento .Tomando como referencia estudios en Cuba del Centro de Referencia Nacional para el Adulto Mayor[17].
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Según característica de género.
Nivel de conocimientos	Cualitativa Ordinal	Bien: de 90 _ 100 puntos Regular: de 80_70 puntos Mal: menos de 60 puntos	Según resultados de la encuesta.
Enfermedades bucales	Cualitativa nominal	- Caries dental. - Leucoplasia. - Épulis fisurado. - Estomatitis	Según criterio establecido en las Guías Prácticas de Estomatología

		subprotésica. - Trastorno temporomandibular - Disfunción masticatoria por desdentamiento. - Enfermedad periodontal.	
Índice CPO_D	Cuantitativa discreta	- Según valores en el campo de los números naturales. Una sumatoria el individual y un promedio el colectivo.	Según criterio establecido en las Guías Prácticas de Estomatología - C: cariados - P: pérdidos - O: obturados

Criterios para identificar las patologías bucales

CARIES DENTAL: Se consideró cuando había un proceso o enfermedad dinámica crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y por causa del desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejido duro.

LEUCOPLASIA: Si existía una lesión fundamentalmente blanca de la mucosa oral, asociada al paciente fumador, y que no puede caracterizarse con otra lesión.

EPULIS FISURADO: Cuando presentaba unrodete alargado de tejido blando, de color rojo, situado en el surco vestibular donde contornea el reborde alveolar.

ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA: Si existía enrojecimiento de la mucosa en zonas localizadas o en toda la superficie que cubre la base protésica, la respuesta a los tejidos a la agresión mecánica por sobrecarga inadecuada de prótesis que no reúnen los requisitos para la adaptación biológica.

TRASTORNO TEMPOROMANDIBULAR: Cuando habíaalteraciones del complejo cóndilo-disco, incompatibilidad de las superficies articulares y los trastornos articulares inflamatorios, clínicamente se escucha un ruido como “clic”, en la apertura, o puede producirse tanto en la apertura como en el cierre, según la amplitud normal de los movimientos.

DISFUNCIÓN MASTICATORIA POR DESDENTAMIENTO: En pacientes desdentados portadores de prótesis mal confeccionadas, mal ajustadas o por los años de uso, los desdentados parciales dados por la presencia de grandes brechas en una o en ambas hemiarcadas o falta de antagonistas y los desdentados totales.

ENFERMEDAD PERIODONTAL: Si había afecciones en los tejidos de protección y sostén de los dientes; aunque clínicamente pueden tener algunas manifestaciones

semejantes, en realidad comprenden varias, entre ellas las más frecuentes pueden ser agrupadas en gingivitis o periodontitis.

Técnicas y procedimientos realizados en la investigación

1. De recolección de la información: Se realizó examen bucal a toda la población estudiada para identificar las enfermedades bucodentales. Para indagar algunos detalles relacionados con los conocimientos sobre salud bucal se confeccionó una encuesta, elaborada por el propio autor con un total de 10 preguntas cerradas, la misma fue aplicada por el autor de la investigación residente de segundo año de la especialidad de Estomatología General Integral y fue consultada a un psicólogo.

Para identificar las necesidades de aprendizaje se tuvo en cuenta las principales dificultades en las respuestas a la encuesta y se realizó un grupo focal. A partir del diagnóstico educativo obtenido se propuso el diseño de una estrategia de intervención educativa apoyada en la utilización de técnicas afectivo participativas.

2. De procesamiento, análisis y presentación de los resultados

Se utilizó el porcentaje como medida de resumen para variables, por ser el más usado en las investigaciones médicas. Las formas más usadas para organizar la información fueron las tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas, así como gráficos.

Se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel donde se introdujo los datos del modelo de recolección del dato primario. Los resultados se procesaron en Microsoft Excel. Se utilizó una computadora Pentium IV, las tablas y gráficos se realizaron con Excel XP, la base de datos y el cálculo de las variables descriptivas se expresaron en números absolutos y porcientos.

Los resultados obtenidos se presentaron en tablas que permitieron concentrar la información en pequeños espacios y además fueron imprescindibles para el procesamiento estadístico.

3. De discusión y síntesis

Se realizó una extensa revisión bibliográfica para comparar los resultados con los obtenidos por otros autores lo que permitió arribar a conclusiones y emitir recomendaciones. Se aplicaron los Principios Bioéticos: beneficencia, no maleficencia, respeto a las personas (autonomía) y justicia.

A todos los adultos mayores seleccionados se les explicó el objetivo del estudio y les solicitamos su consentimiento de voluntariedad para participar en la investigación, se les informó que la misma no constituía riesgo ni daño para su salud. Se les garantizó la confidencialidad de la información que ellos aportarían y la posibilidad de abandonar el estudio si así lo deseasen, sin repercusión alguna ante la necesidad de atención estomatológica posterior. La aceptación de los pacientes a participar en el estudio se solicitó verbalmente y por escrito. Se estableció un clima de respeto, cooperación y profesionalidad entre los adultos mayores y el autor de este proyecto.

Cuadro 1. Distribución por sexo y grupos de edades de las personas estudiadas

Grupos de Edades	SEXO					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	6	40	9	60.0	15	36.6
65-69	4	36.4	7	63.6	11	26.8
70-74	3	42.8	4	57.1	7	17.1
75-79	3	60.0	2	40.0	5	12.2
80 y más	1	33.3	2	66.6	3	73
Total	17	41.5	24	58.5	41	100

Fuente: Encuesta de Salud Bucal

La distribución de las personas según sexo y edad se observa en el cuadro 1, del total de personas estudiadas el 58.5% fueron del sexo femenino, mientras que el 41.5% del sexo masculino, predominando el grupo de personas de 60-64 años de edad con un 36.6%.

Estos resultados coinciden con los datos extraídos del Censo Poblacional del 2000, para la proyección del 2005 en Venezuela, donde el grupo de edad que predominó fue el de 60-64 años de edad con un 33.90 %. El autor coincide con lo expresado por Velarde Almenares y Col que debido a que las mujeres viven más que los hombres, las mujeres son mayoría entre las personas de edad. Los resultados del estudio coincidieron con lo expuesto de Berenguer G. en cuanto al predominio del sexo femenino, no siendo así con el grupo de edad, donde predominó el de 65-69 años, también coincidimos con el estudio realizado por Velarde Almenares y col. donde el 86.9% de los ancianos pertenecían al sexo femenino, resultado que pudiera ser atribuibles a la sobremortalidad masculina.

En la actualidad hay unos 70 millones más de mujeres que de hombres con 60 años o más. Entre las personas de 80 años o más, hay cerca de 2 veces más mujeres que hombres, y entre los centenarios hay entre 4 y 5 veces más mujeres que hombres. Este notable aumento de la diferencia entre géneros, tiene varias causas: por un lado, la mortalidad femenina es sensible al desarrollo del sistema sanitario, especialmente en cuanto al riesgo obstétrico, y por el otro, el proceso de modernización, con elementos como la urbanización y la industrialización, provoca un aumento ostensible de la

mortalidad masculina, referida fundamentalmente a los accidentes (de tránsito, industriales).La esperanza de vida de los cubanos al iniciarse los años noventa era de 70 años. Esto representa un aumento apreciable comparado con el comienzo de los años cincuenta, cuando tal indicador de salud se situaba en torno a los 55 años. También podemos decir que la mayoría de los adultos mayores son mujeres pues en este caso son por lo general señoras que han enviudado y sus hijos trabajan por lo que las llevan a este centro donde son muy bien atendidas.

Cuadro 2. Conocimientos sobre salud bucal de las personas estudiadas

Nivel de conocimientos						Total	
Bien		Regular		Mal			
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
3	7.3	14	34.1	24	58.5	41	100

Fuente: Encuesta de salud bucal.

En el cuadro 2 se muestran los resultados del conocimiento sobre salud bucal, donde se observa que el 58.5 % del total de adultos mayores encuestados obtuvieron resultados de mal. En la investigación solo el 7.3 % de la población objeto de estudio obtuvo resultados de bien en la encuesta aplicada.Se evidenció que los encuestados tenían pobre información sobre la salud de la cavidad bucal, esta situación no solamente es percibida en nuestro estudio, sino que también investigaciones realizadas en otros países detectaron desconocimiento acerca de los cuidados de la salud bucal en los gerontes.Szoke J, Petersen PE. State of oral health of adults and the elderly in Hungary. Fogorv. Sz. 2010; 97: 219-29. González E. Aspectos Principales de la Salud Bucal del Adulto Mayor en el consejo popular Guillermón Moncada¨ Municipio Santiago de Cuba [tesis de maestría]. Enero-Junio 2010. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Estomatología. Ciudad Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2011. En el estudio realizado por Núñez A y col se encontró también que la mayoría de los ancianos fueron evaluados de mal.La primacía de la evaluación insatisfactoria con referencia al nivel de información higiénico- sanitaria bucal es reflejo del gran desconocimiento en materia de salud bucal que presentan los ancianos, razón por la cual deben incrementarse y sistematizarse las acciones de salud, a fin de que las generaciones futuras lleguen a los 60 años conscientes de que las enfermedades de la cavidad bucal son procesos evitables del envejecimiento. Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. Santiago: Minsal. Mayo 2010.La información higiénico-sanitaria insatisfactoria en gran medida está dada porque en la práctica diaria la educación para la salud en esta población es insuficiente, la autora considera que muchas veces la misma sociedad subestima a estas personas y no las cree capaces de recibir e interiorizar mensajes que contribuyan al beneficio de su bienestar social. Los adultos mayores son fieles receptores y con actividades educativas podemos modificar estilos de vidas inadecuados, generar oportunidades y mejorar condiciones para que colaboren en los procesos de aprendizaje, enriqueciendo

el entorno educativo. Los datos obtenidos en el estudio sugieren que programas preventivos y educativos son necesarios en estos grupos de población, pues existe poca información en cuanto a la importancia de una adecuada salud bucal.

En la actualidad se han incrementado los esfuerzos en el trabajo con este grupo,pero no ha sido suficiente, razón por la cual debemos dedicar esfuerzos y trazar acciones de promoción ya que este constituye uno de los grupos priorizados en nuestro sector.

REFERENCIAS

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Estomatología. Ciudad Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2011.

Encuentro Mundial de Adultos Mayores en la Red. INFOGER. [serie en internet]. 2001[citado 8 sept 2015]. Disponible en: http://cencomed.sld.cu/infoger/presentacion.html.

García TA. La educación de adulto mayor. Antecedentes y perspectivas. Univ. Cent. de las Villas. Cuba.Trabajo publicado el 25 de junio de 2009.

González E. Aspectos Principales de la Salud Bucal del Adulto Mayor en el consejo popular ¨ Guillermón Moncada¨ Municipio Santiago de Cuba [tesis de maestría]. Enero-Junio 2010.

Peláez M, Palloni A, Albala C, Alfonso JC, Ham-Chande R, Hennis A, et al. SABE: encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2010.

Velasco Ortega E. Envejecimiento bucal. Odontoestomatología geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: Editorial IM&C, 2011: 159 – 69.

OPS. Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Tercera Edición. Enero. 2010

Organización Mundial de la Salud. Ageing and Health at WHO, 2014. [citado dic 2015]. Disponible en: www.who.int.

Organización Mundial de la Salud. Hombres envejecimiento y salud. [en línea] [citado 15 ener 2016]. Disponible en URL: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD008.pdf

OPS. El envejecimiento. Cómo superar mitos,2011.

Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2010. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (A/CONF.197/9). 2007[citado jun 2016]. Disponible en: http:/ /www.imsersomayores.csic.es.

Rodríguez L. La integración regional en el desarrollo del capital humano. La experiencia de la academia latinoamericana del adulto mayor (ALMA). CITED/2012.

Szoke J, Petersen PE. State of oral health of adults and the elderly in Hungary. Fogorv. Sz. 2010; 97: 219-29.

SISTEMA ESTOMATOGNATICO. CAMBIOS MORFOLOGICOS QUE INTERVIENEN EN EL TRATAMIENTO PROTESICO DEL ADULTO MAYOR

SYSTEM ESTOMATOGNATICO MORPHOLOGIC. CHANGES THAT INTERVENE IN THE OLDER ADULT'S PROSTHETIC TREATMENT

Carmen de los Milagros García Alguacil [1] carmendelalma@ltu.sld.cu

Dra.Daimarilis Pérez García [2]

Tomas de la Paz Suárez [3] trdpaz@ltu.sld.cu

RESUMEN

Los ancianos constituyen el segmento de la población con más rápido crecimiento del mundo, fenómeno que conlleva a un gran desafío seguido por un aumento en la proporción de personas de edad avanzada constituye esta la transformación demográfica más importante de la sociedad cubana actual, lo cual para poder realizar un diagnóstico y tratamiento de los trastornos en su aparato bucal para entender su significado y aplicación, es necesario conocer los cambios que ocurren con la edad. Se realizó la presente revisión de la literatura para actualizar los aspectos principales del envejecimiento del sistema estomatognático. Desarrollando una revisión bibliográfica en las bases de datos Medline Scielol e Infomed, teniendo como propósito proporcionar a los estomatólogos información actualizada, necesaria para su desempeño, por ser el adulto mayor un grupo poblacional con características específicas. Hay que recordar que para disfrutar de un alto grado de salud general es necesaria también la salud bucal.

PALABRAS CLAVES: sistema Estomatognático, cambios morfológicos, adultos mayores

ABSTRACT

The old men constitute the segment of the population with more fast growth of the world that bears a great challenge followed for an increase in people's late in years proportion, phenomenon the demographic more important transformation of the society constitutes this present-day Cuban, which to be able to accomplish a diagnosis and treatment of the upsets in his buccal appliance to understand his significance and application, it is necessary to know the changes that happen with the age. It came true present it revision of the literature to update the major issues of the aging of the system estomatognático.

---

[1] Doctora en Estomatología. Especialista de Primer grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista en Segundo Grado en EGI, Investigador Agregado. Profesor Auxiliar Clínica Estomatológica Docente municipio Amancio, Las Tunas.

[2] Doctora en Estomatología, Residente de 3 año de EGI municipio Amancio, Las Tunas.

[3] Doctor en Estomatología Especialista de Primer grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de Segundo Grado en EGI. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar .Clínica Estomatológica Docente municipio Amancio, Las Tunas.

Developing a bibliographic revision in the data bases Medline Scielol and Infomed, having like purpose to provide the stomatologists updated, necessary information for his performance, to be the older adult a group poblacional with specific characteristics. The buccal health is necessary to it is necessary also to remember that to for to enjoy a loud grade of general health.

KEY WORDS: Odontologist System, morphologic changes, adult elders

INTRODUCCIÓN

El sistema estomatognático es definido como el grupo anatomo-fisiológico de órganos y estructuras que realizan la función de masticación, deglución y fonación (Blanco M.y Col 2017)).Está conformado por músculos, huesos y demás estructuras de cabeza y cuello. Pueden destacarse tres funciones sustantivas del sistema estomatognático: **habla, alimentación y defensa**. Tomando en cuenta siempre el componente psicológico que acompañará las funciones de esta región toda la vida. (Blanco M.y Col 2017)

Si bien en las estructuras orales se dan cambios propios del envejecimiento, la **edentación** (pérdida parcial de piezas dentales) y **adoncia** (pérdida total) no son propios de la edad, sino un indicativo de mal estado de salud oral del paciente (Allen, P. Fy Col 2019)

Es bien conocido que las personas con más de 60 años, producto del paso del tiempo, de factores relativos al estado nutricional, enfermedades sistémicas, uso de medicamentos y de aspectos relacionados con los procesos fisiológicos de modificación y adaptación de las estructuras bucales, sufren cambios en la cavidad oral que incrementan la posibilidad de deterioro. (García Cabo y Col 2016)

En ese sentido, en la literatura nacional e internacional consultada se han demostrado que las prótesis, sobre todo cuando son viejas, desajustadas, incorrectamente confeccionadas o están en mal estado, producen daños que junto a inadecuados estilos de vida, contribuyen aun más al deficiente estado de la cavidad bucal y afectan, en todos los aspectos, las alud de las personas, principalmente la de los ancianos. (Oliveira M.B y Col) y(Milagres C .S y Col 2018)

El tratamiento de los problemas bucales de los ancianos no depende del desarrollo de nuevas técnicas, sino del conocimiento de aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez. (Ardenghi, D. M y Col 2011)

El comandante en jefe Fidel castro al referirse al adulto mayor expreso en su discurso (en el acto clausura del VII Congreso de la ANAP,1987)

> (…) lo que importa no es solo que las personas vivan muchos años, sino que vivan bien, que se sientan bien, que se sientan saludables, que se sientan atendidas, que se sientan seguras, que se sientan dignas".(p.11).

Asimismo, se contribuirá a alargar la vida y la calidad a un grupo poblacional de acelerado crecimiento en los últimos tiempos y a partir del conocimiento que se pueda obtener con esta investigación ayudando a dar cumplimiento al Programa de Atención del Adulto Mayor y conjuntamente al Programa de Salud Bucal de Estomatología.

Teniendo en cuenta que Cuba es ya un ejemplo de país en desarrollo con un envejecimiento importante de su población. En términos relativos, la proporción de adultos mayores en nuestro país es superior a la de los países subdesarrollados. Para el año 2030 el envejecimiento, que hoy es de un 18,3 % de nuestra población, será de un 30,3 %, momento en el cual Cuba se unirá a Argentina y Uruguay, como uno de los tres países más envejecidos de latinoamerica. Ya en el 2050 estas cifras podrán alcanzar hasta un 36,5 % de la población total más año. (Blanco M y Col 2017)

La siguiente revisión y estudio abordará en particular los cambios a nivel del sistema estomatognático, el cual nos motivó, considerándolos a nivel de los distintos tejidos y funciones, con la finalidad de mejor comprensión del tema.

Efectos del envejecimiento en la cavidad bucal

En la población que envejece se ha encontrado que la frecuencia de la patología oral es muy elevada. En consecuencia, le corresponde al estomatólogo identificar las enfermedades generales que se manifiestan en la boca y están en constante relación con las medidas para lograr un enfoque funcional en la atención de la salud.(Leon S y Col 2016)

Con el tiempo ocurren cambios morfofisiológicos en todos lostejidos, incluyendo el sistema estomatognático, y si en el paciente existen ausencias de piezas dentarias se producen alteraciones aún más complejas, ya que la metamorfosis se propaga e involucra también los tejidos periorales (Esquivel R y Col 2018) y (Arellano G y Col 2011)

Cambios en la piel

Con la edad, la piel envejece, su superficie pierde el patrón fino y su elasticidad, la atrofia de las estructuras por debajo de la piel origina aun cambios más notorios en la cara. Los músculos, la grasa y el tejido conectivo reducen su volumen. Esto trae como consecuencia la formación de pliegues, con lo que se intensifican las arrugas y se hacen más notables (Pinedo L.F y Col 2016)

La pérdida del turgor de la piel con aparición y progresiva profundización de las vetas cutáneas debe relación arse principalmente con el envejecimiento intrínseco o cronológico causado por factores genéticos y procesos metabólicos que están estrechamente relacionados con modificaciones hormonales que aparecen con el tiempo, las mismas llevan una atrofia progresiva de la dermis, hipodermis y de las estructuras de sostén sobre las cuales actúa un continuo desgaste de las fuerza de gravedad (GarcíaCabo y Col 2016)

Cambios en el Tejido de Revestimiento

La mucosa bucal también presenta una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, lo que origina en ella una mayor vulnerabilidad ante agentes traumáticos e infecciosos, la mucosa es cada vez más fina, lisa, y su aspecto esedematoso presenta perdida de elasticidad y de punteado siendo más propensas a las lesiones (), con respecto al tejido de revestimiento las alteraciones en piel y mucosa bucal se deben básicamente a cambios en el epitelio y tejido conectivo. (Hechavarria A y Col 2018)

La piel disminuye su grosor, especialmente en las superficies planas, se observa deshidratación y reducción en suvascularización y en la cantidad de tejido adiposo, lo que lleva a la pérdida de resistencia y elasticidad. (Oliveira M.B y Col 2018)

Cambios en la lengua

Se presenta una atrofia del epitelio superficial sobre todo a nivel del dorso presentando un aspecto liso, con pérdida de papilas filiformes, además se pueden presentar problemas con el sentido del gusto, debido a una disminución en el número y densidad de las terminaciones nerviosas sensitivas y una disminución de los corpúsculos gustativosen algunos casos se pueden determinar la presencia de várices linguales. (Pinedo, Ly Col 2016)

Las alteraciones del gusto

Estas pueden estar relacionadas concambios estructurales y con la atrofia de los corpúsculos, también a cambios en la dieta y en la eficacia de la masticación (Allen P.F y Col 2019).

- **La hipogeusia** (disminución de la percepción desabores) y la disgeusia (mal sabor persistente) pueden relacionarse con enfermedades sistémicas (neuropatías, trastornos cognitivos, infecciones de vías respiratorias altas),uso dedrogas (anfetaminas y el consumo de ciertos fármacos (antihistaminicos, anticonvulsionantes, antiparkinsonianos,etc) sin embargo la gran mayoría está vinculada con la higiene y el estado general de la boca (Prêcheur I y Col 2015).
- **Ageusia**, comienza por lo salado, después lo dulce. Lo amargo persiste. Así se explica la preferencia de las personas de edad por lo dulce, ya que los alimentos salados pierden su sabor. Esta ageusia viene de la disminución de los receptores, así como la carencia de fierro, vita-mina B12, folatos (lengua depapilada) por carencia de níquel, cobre, zinc, estrógenos, así como por la hiposialia y la acidez bucal que se produce. (Prêcheur I y Col 2015)

A nivel de las glándulas salivales

Estudios histológicos demuestran unapérdida gradual de los elementos acinares, un aumento relativo de la proporción de los elementos ductales, un aumento del infiltrado inflamatorio y del tejido fibroadiposo. (Roberts L y Col 2018)

Estos cambios no solo están presentes en la glándula submandibular, donde hasta la mitad de los acinos pueden perderse desde la juventud hasta la vejez, sino además en la glándula sublingual, en la parótida yen glándulas salivales menores, aunque aún se discute los efectos del envejecimiento en la tasa de flujo salival (Masot, Oy Col 2018).

Otro de los cambios bucales encontrados, la sequedad bucal puede ser producto del envejecimiento o como consecuencia de la acción de agentes farmacológicos como antihipertensivos, anticolinérgicos, antipakirsoniano, psicotrópicos y sedantes, capaces de disminuir la secreción salival. (Robert L y Col 2018)

Por este motivo, cuando un paciente adulto mayor presenta síntomas de xerostomía, no debe considerarse como consecuencia del envejecimiento, sino que es necesario valorar su estado general, oral y farmacológico, para diagnosticar la causa de la hipofunción salival. (Oliveira, M. B y Col 2018) y (Ramón J y Col 2015)

Se plantea que en el sexo femenino se nota más el cambio de la reducción de la velocidad del flujo salival después de la menopausia y la reabsorción ósea, también es mayor por adelgazamiento e incremento de la porosidad entre 40 y 80 años, siendo este más afectado con mayor frecuencia porque sufre cambios hormonales y metabólicos. (Gutzwiller, J.-P y Col 2018)

Cambios en el Tejido Dentario.

- Aumenta la concentración de ácido aspártico, lo cual sirve como marcador de envejecimiento, y se produce un aumento de la cantidad de nitrógeno (oscurecimiento del esmalte.)
- Se engruesa en zona apical como mecanismo compensatorio a la atrición dentaria.(Gutzwiller, J.-P y Col 2018)

Cambios en el Tejido Periodontal

El ligamento periodontal disminuye su grosor, hasta en un 50% aproximadamente. (Melo, L. A y Col 2016) Se observa que la corona clínica coincide con la corona anatómica, o la corona clínica es mayor que la anatómica

Hueso alveolar

Si observamos los cambios a nivel de hueso alveolar y en la articulación mandibular, esto dependerá si existe pérdidas dentarias, ya que esto conlleva a la atrofia del hueso alveolar, reducción de la altura de la cara y cambios característicos a nivel del perfil facial. (Gutzwiller, J.-P y Col 2018)

Autores como (Misrachi Cy Col 2015) y (Ramón J y Col 2015)principalmente en el hueso alveolar, la presencia de diente o no determina si se mantiene o no el hueso alveolar, pero sí se produce desdentamiento, el hueso comienza a perderse por hipofunción y por la acción directa de las fuerzas masticatorias sobre él, confirmando así el resultado arrojado en la revisión.

Esto explica que autores como(Gutzwiller, J.-P y Col 2018) plantean que en los pacientes desdentados totales la reabsorción del hueso se relaciona con perturbaciones en el metabolismo del calcio, alteraciones metabólicas, y observan que en los maxilares ocurren cambios como descenso de la altura, disminución del contenido de agua, disminución del trabeculado, mostrándose separación en las trabéculas sin interconexión, lo que trae como consecuencia que el reborde se reduzca el volumen y densidad ósea.

La reabsorción en filo de cuchillo ocurre con más frecuencia en las mujeres que en los hombres, y es mayor en mujeres post menopáusicas, aunque es independiente de la edad. (Masot, O y Col 2018)

Desórdenes Miofuncionales y Articulares.

Todas aquellas alteraciones que inducen cambios en la posición de los dientes o cambios posicionales mandibulares generan problemas miofuncionales consistentes en alteraciones de la tonicidad de los músculoso inflamación de ellos, que se traducen en miositis y mialgias. Se sabe que estos desórdenes ocasionalmente se ven potenciados

por factores emocionales que muchas veces actúan como desencadenantes. (Rodríguez C y Col 2018)

En la articulación Temporomandibular las patologías están condicionadas por cambios adaptativos que a través del tiempo no fueron atendidos y por su relación con disfunciones a edad temprana, cambio de hábitos, pérdida paulatina de los dientes, traumatismos y la propia senescencia (Ramón J y Col 2015).

A nivel articular se pueden producir discrepancias del complejo disco-condilar, con remodelación de estructuras articulares. Estos cambios estructurales no presentan sintomatología, e incluso, muchos autores sostienen que las personas con desórdenes temporomandibulares presentan una disminución notoria de los síntomas a medida que envejecen. (Ramón J y Col 2015)

La articulación temporomandibular se vuelve más susceptible a cambios degenerativos; aplanamiento de la superficie articular que se acompaña de una reducción del tamaño del cóndilo mandibular, con la producción de mayor laxitud en los movimientos articulares. El disco articular tiende a perforarse con la edad, lo que supone un trastorno por el desgaste natural. (León, S y Col 2016) y(Silva, A. y Col 2019)

La musculatura facial pierde elasticidad y resistencia debido a la deshidratación y a un aumento del tejido fibroso, con un descenso de la capacidad del trabajo muscular. (Hechavarría Á.M y Col 2018)

Se describe la dificultad masticatoria como cambios en la prolongación del tiempo de contracción y la pérdida isométrica y dinámica de la tensión muscular, donde observamos que los adultos mayores tienden a triturar menos alimentos, disminuye el tamaño de las partículas, tienen menor habilidad para masticar, lo que es mayor si hay desdentamiento. (Hechavarría Á.M y Col 2018)

Quizás el cambio motor oral más frecuente reflejado en el anciano es el relacionado con la masticación,debido a que la digestión comienza en la boca con la trituración de los alimentos los ancianos desdentados totales tienen menor habilidad para acondicionar los alimentos para la deglución(Roberts, y Col 2018),

Existe una disminución de la capacidad motora que se traduce a nivel bucal por una prolongación en el tiempo masticatorio y la deglución de los alimentos. (Ardenghi, D y Col 2017).

Se observa además a nivel de miembros superiores e inferiores un enlentecimiento en los movimientos de los músculos y articulaciones, ocasionado por la pérdida de algunos elementos contráctiles y el desplazamiento por el tejido adiposo. (Allen, P. y Col 2019)

Cambios Oclusales

En el paciente geriátrico se producen migraciones dentarias, rotaciones, intrusiones, extrusiones, inclinaciones, crecimientos alveolares segmentarios (ej.segmento antero inferior generalmente.(Ardenghi, D y Col 2011.)

También se produce la pérdida de dimensión vertical que puede ser compensada por varios mecanismos de compensación alveolar y colapso de la mordida posterior, en la cual por pérdida de varios órganos dentarios se produce un cambio general en la morfología y funcionalidad de los arcos dentarios. (Ardenghi, Dy Col 2011)

Esto señala que en este sentido se debe tener presentes algunos factores que mejoran la satisfacción del anciano en el servicio estomatológico como tal :(Silva, A y Col 2019)

- Habilidad en la comunicación.
- Capacidad de resolución de problemas.
- Habilidad en el diagnóstico.

Una actitud amistosa, la impresión inicial de la consulta puede afectar o favorecer las actitudes subsiguientes

Tratamientos protésicos al adulto mayor

Finalmente las prótesis estomatológicas pueden comportarse como tal si tenemos en cuenta que actúan como factor traumático local, que de forma mantenida adquiere contacto con los tejidos, que de por sí muestran ciertos cambios fisiológicos marcados por los años. Y otros sobreañadidos por padecimientos crónicos de la persona; en ocasiones, se adicionan factores de carácter local que se potencian unos con otros.

En la literatura revisada autores como (Esquivel R y Col 2018,) (León, S y Col 2016) encontraron que la autopercepción de salud oral mejora significativamente luego de una rehabilitación protésica, principalmente respecto a la función de masticación, el habla y la preocupación por el estado de los dientes.

En ese sentido, varias investigaciones realizadas por (Misrachi y Col 2015) y (Melo, L. A y Col 2016) y (Allen P. F y Col 2019) han demostrado que las prótesis, sobre todo cuando son viejas, desajustadas, incorrectamente confeccionadas o están en mal estado, producen daños que junto a inadecuados estilos de vida, contribuyen aun más al deficiente estado de la cavidad bucal y afectan, en todos los aspectos, las salud de las personas, principalmente la de los ancianos.

CONCLUSIONES

Actualmente surge la necesidad de preparar estomatólogos para tratar la salud bucodental de los ancianos con un enfoque geriátrico, buscando el óptimo cuidado de los adultos mayores a través de la prevención, tratamiento y rehabilitación de las alteraciones bucodentales inherentes al envejecimiento, tomando en cuenta los cambios producidos a nivel del sistema estomatognático y su conocimiento.

REFERENCIAS

Allen, P. F., Da Mata, C., & Hayes, M. (2019). Minimal intervention dentistry for partially dentate older adults. *Gerodontology*. https://doi.org/10.1111/ger.12389.

Arellano-Gamez, L., & Zambrano-Vergara, R. (2011). Salud Bucal Y Factores Protectores en La Población Institucionalizada De La Tercera Edad, Estado Mérida, Venezuela. *MedULA*, *20*(1), 11–16. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=70310181&lang=es&site=ehost-live

Ardenghi, D. M., & Wyatt, C. (2017). Exploring the views of relatives of frail elderly patients about participating in a geriatric dentistry program. *Special Care In Dentistry: Official Publication Of The American Association Of Hospital Dentists, The Academy Of Dentistry For The Handicapped, And The American Society For Geriatric Dentistry*, *37*(3), 140–146. https://doi.org/10.1111/scd.12220

Blanco Mederos, Félix M. (2017). Consideraciones actuales sobre la Estomatología Geriátrica y su importancia para una longevidad saludable. *Revista Médica Electrónica*, *39*(1), 70-83. Disponible en 02 de agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242017000100009&lng=es&tlng=pt

Cabo García, Rogelio, Grau León, Ileana, & Lorenzo Uribazo, Adriana. (2016). Apuntes sobre el envejecimiento del sistema estomatognático. Revisión de la literatura. *MediSur*, *14*(3), 307-312. Disponible en 02 de agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2016000300013&lng=es&tlng=es

Discurso pronunciado en el acto clausura del VII Congreso de la ANAP, efectuado en el teatro "Karl Marx", 17 de mayo de 1987

Esquivel R, Jiménez J. Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. Revista Asociación Dental Mexicana. 2018;67(3):127-32.JAMA Dent Assoc 2018;13(8):1183-9.

Gutzwiller, J.-P., Richterich, J.-P., Stanga, Z., Nydegger, U. E., Risch, L., &Risch, M. (2018). Osteoporosis, diabetes, and hypertension are major risk factors for mortality in older adults: an intermediate report on a prospective survey of 1467 community-dwelling elderly healthy pensioners in Switzerland. *BMC Geriatrics*, *18*(1), 115.https://doi.org/10.1186/s12877-018-0809-0

Hechavarría Ávila, María Margarita, Ramírez Romaguera, Melba, García Hechavarria, Hebert, & García Hechavarria, Albert. (2018). El envejecimiento. Repercusión social e individual. *Revista Información Científica*, *97*(6), 1173-1188. citado en 07 de agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601173&lng=es&tlng=es

León, S., &Giacaman, R. A. (2016). [Reality and challenges of the oral health for older adults in Chile and the role of a new discipline: geriatric dentistry]. *Revista Médica De Chile*, *144*(4), 496–502. https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000400011

Melo, L. A. de, Sousa, M. de M., Medeiros, A. K. B. de, Carreiro, A. da F. P., & Lima, K. C. de. (2016). Factors associated with negative self-perception of oral health among institutionalized elderly. *Ciencia&SaudeColetiva*, *21*(11), 3339–3346. https://doi.org/10.1590/1413812320152111.08802015

Milagres, C. S., Tôrres, L. H. do N., Neri, A. L., & Sousa, M. da L. R. (2018). [Self-perceived oral health status, chewing ability and longevity in the elderly]. *Ciencia &SaudeColetiva*, *23*(5), 1495–1506. https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14572016

Masot, O., Iglesias Millán, A., Nuin, C., Miranda, J., Lavedán, A., &Botigué, T. (2018). [How to improve hydration and fluid intake in institutionalized older people? A scientific literature review]. *NutricionHospitalaria*, *35*(6), 1441–1449. https://doi.org/10.20960/nh.1885

Ortega Velazco D. Envejecimiento oral. En: Bollón Fernández, P, Velazco Ortega D. Odontoloestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: Coordinación Editorial IMC; 1996. pp.159, 164-6.

Oliveira, M. B., Lopes, F. F., Rodriguez, V. P., Alves, C. M. C., & Hugo, F. N. (2018). Association between socioeconomic factors, behavioral, general health and oral mucosa status in elderly. *Ciencia &SaudeColetiva*, *23*(11), 3663–3674. https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.26182016

Prêcheur, I., & Chevalier, M. (2015). [The fight against malnutrition in older adults: new aproaches in dentistry *GeriatrieEtPsychologieNeuropsychiatrie Du Vieillissement*, *13*(1), 22–30. https://doi.org/10.1684/pnv.2015.0515

Pinedo, L. F. V. (2016). Salud Y Calidad De Vida en El Adulto Mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *33*(2), 199–201. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196

Roberts, L., McCahon, D., Johnson, O., Haque, M. S., Parle, J., & Hobbs, F. R. (2018). Stability of thyroid function in older adults: the Birmingham Elderly Thyroid Study. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*, *68*(675), e718–e726. https://doi.org/10.3399/bjgp18X698861

Rodríguez Chala, H. E., & Cázares de León, F. (2018). Efectos negativos de la ansiedad al tratamiento estomatológico. *Revista Cubana de Estomatología*, *55*(4), 1–11. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=136109721&lang=es&site=ehost-live

Rodríguez Fuentes Marcilia, Arpajón Peña Yunier, Herrera López Isis Bárbara. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 Feb [citado 2019 Junio 06] ; 15(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2016000100007&lng=es.

Silva, A. E. R., Kunrath, I., Danigno, J. F., Cascaes, A. M., Castilhos, E. D. de, Langlois, C. de O., & Demarco, F. F. (2019). [Is oral health associated with the presence of depressive symptoms among the elderly?]. *Ciencia &SaudeColetiva*, *24*(1), 181–188. https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.12662017

CARACTERIZACIÓN DE LOS DIENTES CANINOS ECTÓPICOS EN NIÑOS DE 9 A12 AÑOS

CHARACTERIZATION OF ECTOPIC CANINE TEETH IN CHILDREN AGED 9 TO 12 YEARS

Dailyn González Aguilera[1] bibliodel@ltu.sld.cu

Yaima de los Ángeles Hidalgo Torres[2]

María Isabel Reyes Padín[3]

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, en el Policlínico Docente "Eusebio Rafael Izquierdo Ramírez", en el período comprendido entre septiembre del 2017 a marzo 2019 con la finalidad de caracterizar a los niños de 9 a 12 años con caninos ectópicos pertenecientes al CMF# 2. La población estuvo constituida por 105 niños de 9 a 12 años; la muestra quedó conformada por 33 niños. La prevalencia de caninos ectópicos fue de 31.4%. El sexo más afectado fue el femenino con 63,6% y la edad que predominó fue 11años con un 36,4%. El maxilar superior fue el más afectado 63,8%, presentándose con mayor frecuencia en la hemiarcada izquierda con un 51,7% y en cuanto al lugar por donde erupcionan fue por vestibular con un 100%. Los hábitos bucales deformantes estuvieron presentes en la mayoría de la muestra, siendo la succión digital la más practicada con un 45,4%.

PALABRAS CLAVES: Caninos ectópicos, Maloclusión, Hábitos.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out in the "Eusebio Rafael Izquierdo Ramírez" Teaching Polyclinic, in the period from September 2017 to March 2019 in order to characterize the children of 9 12 years old with ectopic canines belonging to CMF # 2. The population consisted of 105 children aged 9 to 12 years; The sample was made up of 33 children The prevalence of ectopic canines was 31.4%. The sex most affected was the female with 63.6% and the predominant age was 11 years with 36.4%. The upper jaw was the most affected 63.8%, presenting more frequently in the left hemiarchy with 51.7% and in terms of where they erupted it was due to vestibular with 100%. Deforming oral habits were present in most of the sample, with digital suction being the most practiced with 45.4%.

KEY WORDS: Ectopic canines, Malocclusion, Habits.

INTRODUCCIÓN

La salud bucodental es un componente de la salud general del hombre. La boca es importante e imprescindible por todas las funciones que realiza en el organismo. La alimentación, desde su primera forma, la lactancia materna, la comunicación, permite

[1] Residente de 2do año de Estomatología General Integral

[2] Especialista en 2do grado en Ortodoncia. Profesora Auxiliar

[3] Ingeniera Informática

relacionarnos por medio de la palabra y los gestos y la estética, componente indispensable de un rostro armónico (Mayoral, Mayoral y Mayoral, 1986).

La maloclusión en un niño, sea morfológica o funcional, predispone la predisposición del crecimiento de las estructuras vecinas, pues esto ejerce influencia en el posterior desarrollo oclusal. Al conocimiento del proceso normal de crecimiento y desarrollo ofrece las bases para el diagnóstico correcto de una anomalía dentomaxilofacial y por tanto de un requisito para el tratamiento ortodóncico (Lugo, 2014).

Los hábitos son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y, al repetirse, llegan a convertirse en inconscientes. Estos pueden ser beneficiosos (cuando sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, ejemplo de ello es la acción normal de los labios y la adecuada masticación) o perjudiciales (cuando interfieren con el patrón regular de crecimiento facial y pueden llegar a producir anomalías dentomaxilofaciales). Entre estos casos se destacan la succión digital y del tete, la interposición lingual en reposo y en deglución, así como la respiración bucal.

Considerando la importancia de los trastornos de la oclusión desde el punto de vista de la salud del aparato estomatognático porque participa en las funciones principales de este sistema, es necesario definir con claridad los aspectos que conduzcan al logro de una oclusión dentaria funcional y estable (Arocha, Aranda, Pérez y Granados, 2016).

La prevalencia de maloclusiones según la Organización Mundial de la Salud indica que aproximadamente un tercio de la población tiene una oclusión que puede considerarse como “normal” o “casi normal” mientras que dos tercios tienen algún grado de maloclusión (Arocha et al., 2016; Pérez, 2014).

La maloclusión ha sido definida, como desarmonía oclusal que requiere tratamiento ortodóncico, y contempla los siguientes aspectos según Mora et al. (2014): “estética inaceptable, reducción de la función masticatoria, situación traumática que presupone destrucción de tejidos, afectación en la pronunciación y falta de estabilidad en la oclusión” (p.844).

La práctica de hábitos deletéreos, de no ser tratados adecuadamente y a tiempo, puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático, y como consecuencia de ello, anomalías tanto morfológicas como funcionales. Estos hallazgos pueden indicar, además, que debe incrementarse la atención preventivo interceptiva desde edades tempranas y alertan sobre la importancia de la correcta y oportuna realización de actividades profilácticas para disminuir su incidencia, puesto que las maloclusiones tienden a empeorar progresivamente a lo largo de la vida, si no son tratadas a tiempo (Díaz, Ochoa, Paz, Casanova y Coca, 2015).

Dentro de la etiología de la maloclusión, los hábitos bucales deletéreos de la musculatura orofacial son puntos clave, por lo que se considera necesaria la prevención, interrupción y tratamiento interceptivo precoz mediante su modificación (Ruiz et al., 2014).

Numerosos investigadores plantean que la mayoría de las maloclusiones no tienen una causa específica conocida, sino que son “variaciones más o menos acentuadas del

crecimiento y desarrollo del individuo, donde juegan un papel relevante la herencia, las anomalías congénitas, factores endocrinos, metabólicos, traumáticos y nutricionales".

Conocer e identificar mejor su etiología permitirá actuar de forma precisa en su prevención, lo cual, cobra gran importancia en la actualidad pues con el decursar de los años la maloclusión continúa en aumento (Proffit, Fields y Sarver, 2015).

La prevalencia de hábitos bucales deformantes y su forma de prevenirlos y eliminarlos en edades tempranas, ha sido estudiada por numerosos investigadores, los que plantean que, por lo general, estos hábitos comienzan en la niñez y son de suma importancia en la etiología de las maloclusiones (Fuguet et al., 2014).

Esta anomalía se presenta con más frecuencia en unos dientes que en otros, el orden de prevalencia aproximada el siguiente: caninos superiores, incisivos inferiores, bicúspides, terceros molares, caninos inferiores, incisivos superiores, primeros molares, segundos molares (Marchena, 2015).

Los caninos ectópicos dependerá de la cantidad de espacio disponible para acomodarlos, la relación de los dientes maxilares con los mandibulares y del patrón de erupción y de edad del paciente, muy importante localizar un canino ectópico o impactado ya que puede ser muy riesgo o para los dientes adyacentes. Algunas veces la extracción de los caninos deciduos es suficiente para permitir que erupcionen espontáneamente (Vellini, 2015).

En Cuba los estudios epidemiológicos de salud bucodental para conocer la prevalencia y severidad de las maloclusiones constituyen un instrumento importante para el control de los problemas que pueden ocasionar alteraciones estéticas y de las funciones: masticación, deglución, fonación, respiración; además, su presencia hace al individuo susceptible a traumas dentarios, caries, enfermedades gingivales, periodontales, disfunciones musculares y articulares (Valladares, 2008).

Según el Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 2014) en la literatura se describen diversos, índices epidemiológicos de maloclusión o índice de prioridad de tratamiento, para conocer el nivel de necesidad en grupos poblacionales: ninguna, leve, moderada, severa; que puede estar influenciado por diversos factores: geográficos, sociológicos, étnicos, entre otros.

Las anomalías dento-máxilo-faciales ocupan un alto grado como problema de salud bucal, siendo el apiñamiento el que constituye la anomalía más frecuente (MINSAP, 2014).

En la provincia Las Tunas se han realizado estudios relacionados con caninos ectópicos, no siendo así en nuestra área de salud; donde este problema sigue siendo una de las causas que afecta la estética del individuo y las funciones del sistema masticatorio. Se ha detectado que existe una gran cantidad de niños con caninos ectópicos en el área de Salud de Delicias, lo cual constituye un problema social por su repercusión estética y funcional, principalmente en niños de 9 a 12 años; por esto se decide realizar esta investigación. Precisamente por lo anterior expuesto nos propusimos caracterizar los caninos ectópicos en niños del grupo etario mencionado pertenecientes al CMF# 2 en el área de salud de Delicias del Policlínico Docente"

Eusebio Rafael Izquierdo Ramírez" del municipio Puerto Padre en el período de septiembre 2017 a marzo del 2019.

Se realizó un estudio descriptivo. La población estuvo constituida por 105 niños de 9 a 12 años pertenecientes al CMF# 2 del área de salud de Delicias; la muestra quedó conformada por 33 niños con caninos ectópicos, que cooperaron con la investigación cuyos padres dieron el consentimiento para participar. Se realizó el examen físico a todos los niños en la consulta y el interrogatorio a los pacientes y sus padres.

Los datos fueron recogidos en cada consulta y llevados a planillas resúmenes para mejor manipulación de la información y se confeccionaron tablas de salida para la ilustración de los resultados finales en una computadora, auxiliados para la obtención de los datos del cálculo porcentual y la distribución de frecuencia. Dichos resultados fueron descritos y comparados con investigaciones provinciales, nacionales e internacionales, lo que permitió hacer un análisis inductivo y deductivo para llegar a conclusiones y emitir recomendaciones

Caracterización de los caninos ectópicos en niños de 9 a 12 años

Tabla 1: Prevalencia de caninos ectópicos según edad. CMF #2, Policlínico Docente "Rafael Izquierdo". Septiembre 2017 a marzo 2019.

Edad	Caninos Ectópicos				Total	
	SÍ		NO			
	No	%	No	%	No	%
9 años	5	15.1	19	26.4	24	22.8
10 años	9	27.3	15	21	24	22.8
11 años	12	36.4	20	27.7	32	30.4
12 años	7	21.2	18	25	25	24
Total	33	31.4	72	68.5	105	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 1, se observa que la prevalencia de caninos ectópicos fue de un 31.4 % en los niños incluidos en el estudio. Al comparar este resultado obtenido con el de Pérez (2006) en Las Tunas, y Ramírez (2014) en Puerto Padre los mismos difieren en 8,0% y 17,0%. Esto muestra el incremento de este tipo de maloclusión y la necesidad de promover conductas adecuadas de alimentación y de eliminación de todos los factores predisponentes que permiten la instalación de esta anomalía dentomáxilofacial.

Se observó que el sexo femenino tuvo predominio en la muestra estudiada pues el 63.6 % de las niñas presentaron caninos ectópicos.

Quizás esto se deba a que las niñas son presumidas y se preocupan más por su estética y por cumplir con los cánones de belleza, exigiendo a sus padres resolver su problema de salud, por lo que acuden a nuestro servicio (Hidalgo, 2013).

En la edad de 11 años fue mayor para un 36.4 %. Podemos decir que a los 11 años por lo general los caninos ya están en brote y los pacientes por lo general comienzan tratamiento en Ortodoncia, lo que explica las cifras anteriores.

Caninos ectópicos según localización en el maxilar y la hemiarcada

Tabla 3: Caninos ectópicos según localización en el maxilar y la hemiarcada. #2, Policlínico Docente "Rafael Izquierdo". Septiembre 2017 a marzo 2019.

Arco dentario	HEMIARCADA				TOTAL	
	Derecha		Izquierda			
	No	%	No	%	No	%
Superior	20	71.4	17	56.7	37	63.8
Inferior	8	28.5	13	43.3	21	36.2
TOTAL	28	48.3	30	51.7	58	100

Fuente: Encuesta

En Tabla 3 se muestra la distribución de los caninos según localización en arco dentario y hemiarcada, el 63.8 % de los caninos ectópicos se encontraron en el arco dentario maxilar. En cuanto a la hemiarcada fue la izquierda para un 51,7 % y en menor frecuencia la derecha para un 48,3 %.

Este estudio coincide con la literatura revisada, en ella se plantea que es el canino superior el que más frecuentemente encuentra dificultad en su colocación en el arco dentario por ser el último en hacer erupción, además tiene que recorrer un largo trayecto desde la parte superior del maxilar, donde comienza a formarse el germen dentario hasta llegar al plano de oclusión (Rodríguez, Kowalyszyn, Romero y Martínez, 2016).

La literatura actual menciona que después de los terceros molares, los caninos son las piezas dentarias que presentan mayor cantidad de anomalías en su erupción, ya que recogen todos los problemas de espacio que puedan existir en la arcada dentaria. (González y Terreros, 2015)

Caninos ectópicos según localización en el maxilar y el lugar por donde erupcionan.

Tabla 4: Caninos ectópicos según localización en el maxilar y el lugar por donde erupcionan. CMF #2, Policlínico Docente "Rafael Izquierdo". Septiembre 2017 a marzo 2019.

Arco dentario	LUGAR POR DONDE ERUPCIONAN				TOTAL	
	Vestibular		Lingual o Palatino			
	No	%	No	%	No	%
Superior	37	100	-	-	37	63.8
Inferior	20	95.2	1	4.8	21	36.2
TOTAL	57	98.3	1	1.7	58	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 4 se muestra la distribución de los caninos ectópicos según localización en el arco dentario y el lugar por donde erupcionan, encontramos que el 100 % de los caninos ectópicos del arco dentario maxilar se encontraron hacia vestibular.

Los dientes considerados de mayor importancia para la dentición permanente son los caninos superiores, siendo su presencia indispensable para una oclusión balanceada y también los movimientos de lateralidad, además permitiendo una estética favorable y una buena armonía facial (Xavier, De Souza, Cecilio y Neves, 2017).

Hábitos bucales deformantes presentes en niños con caninos ectópicos.

Tabla 5: Hábitos bucales deformantes presentes en niños con caninos ectópicos. CMF #2, Policlínico Docente “Rafael Izquierdo”. Septiembre 2017 a marzo 2019.

Hábitos bucales deformantes	No.	%
Succión digital	15	45.4
Respiración bucal	5	15.1
Empuje lingual	3	9.1
Uso de biberón	-	-
Uso de tete	-	-
Onicofagia	7	21.2
Hábitos posturales	3	9.1
Totales	33	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 4 se observa predominio de la succión digital como habito bucal para un 45.4 %. Los hábitos bucales deformantes tienen un factor causal en la aparición de las

maloclusiones, de acuerdo a la literatura consultada se corroboró que es indiscutible su influencia en la etiología de las maloclusiones.

Resultados similares fueron encontrados por la Dra. Hidalgo (2013) en las Tunas. Esto confirma la necesidad de prevenir su práctica, pues ellos pueden ser causa primaria o secundaria de maloclusiones e influyen en la severidad de las mismas. Por otra parte investigaciones realizadas por la Dra Hidalgo Torres arrojan que los hábitos bucales deformantes se observan asociados a las maloclusiones en más de la mitad de la población.

El empuje lingual puede ser el resultado del mantenimiento de la deglución infantil en el tránsito a la edad adulta, además puede causar dislalia y mal posición dentaria, afectándose la fonética y estética de los pacientes y la presencia de onicofagia pudo deberse a la sustitución o transferencia de otros hábitos deformantes pues los niños en esta etapa de la vida presentan ansiedad asociada generalmente a conflictos familiares Resultado similares se aprecian en otras investigaciones que plantean el incremento de la onicofagia en los últimos años (Hidalgo, 2013), ejemplo de ello son los estudios de Pellitero (2003) y colaboradores y las investigaciones realizadas por Reyes (2007).

CONCLUSIONES

La prevalencia de caninos ectópicos fue de 31.4%. El sexo más afectado por la presencia de caninos ectópicos fue el femenino y la edad que predomino fue 11años. El maxilar superior fue el más afectado, presentándose con mayor frecuencia en la hemiarcada izquierda y en cuanto al lugar por donde erupcionan fue por vestibular. Los hábitos bucales deformantes estuvieron presentes en la mayoría de la muestra, siendo la succión digital la más practicada.

REFERENCIAS

Arocha, A.A., Aranda, G.M.S., Pérez P.Y., y Granados H.A.E. (2016). Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. *MediSan, 20*(4). Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2016/mds164b.pdf

Díaz, H., Ochoa, B., Paz, L., Casanova, K., y Coca, Y. (2015). Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas. *MediSur, 13*(4), 494-499. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400005&lng=es&tlng=es

Fuguet, J.R., Betancourt, A.I., Ochoa, L., González, M., Crespo, A., y Viera, D. (2014). Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes. *Revista Médica Electrónica, 36*(5), 561-571. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500004&lng=es&tlng=es

González, D., y Terreros, M. (2015). Evaluación de la interrelación de cronología y secuencia de erupción de canino y segundo premolar superior en pacientes entre los 9 y 12 años de edad. *Revista Medicina, 19*(1), 21–24. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=119075162&lang=es&site=ehost-live

Hidalgo, Y. (2013). Malocluciones según índice de Eismann en niños del área de salud urbana, Puerto padre (Tesis de grado inédita). Puerto padre. Las Tunas, Cuba.

Lugo Otaño, R. (2014). Ortodoncia. La Habana. Editorial Ciencias Médicas Estomatología.

Marchena, L. (2015). Etiología y tratamiento de las retenciones dentarias en molares temporales. *REDOE*. Recuperado de http://www.redoe.com/ver.php?id=204&highlight=caninos

Marchena, L. (2015). Tratamiento Odontológico De Dientes Ectópicos. *REDOE*. Recuperado de http://www.redoe.com/ver.php?id=167

Más, M., Mora, C., y López, R. (2009). Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años. *Medisur, 7*(1), 8-14. Recuperado de http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/527/815

Mayoral, J., Mayoral, G. y Mayoral, P. (1986) Ortodoncia. Principios fundamentales y Práctica. Ciudad de la Habana. Editorial Científico-Técnica.

Ministerio de Salud Pública. (2014). Guías Prácticas de Clínicas. Dirección Nacional de Estomatología.

Mora, C., Gil, M., Álvarez, I., Cardoso, M., Álvarez, P., y Oliva, C. (2014). Intervención educativa en niños de 7 a 11 años portadores de maloclusiones. Área VII, Cienfuegos. *MediSur, 12*(6), 843-850. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000600005&lng=es&tlng=es .

Pellitero, B., García, B., Díaz, J.E., y Torres, E.M. (2003). Caries, maloclusiones y hábitos bucales deformantes en adolescentes. Correo *CientífMéd Holguín, 7*(3), 31 pp. Recuperado de http://www.cocmed.sld.cu/no73/n73ori7.htm

Pérez, D. (2006). Prevalencia de caninos ectópico en niños de 9 a 12 años de edad. *Revista Electrónica Zoilo Marinello, 31*(2). Recuperado de www.bibliociencias.cu/gsdl/collect/revistas/import/Caninosectopicos.htm

Pérez, D. (2014). Prevalencia de caninos ectópicos (tesis de grado inédita). Facultad de Ciencias Médicas, Las Tunas, Cuba.

Proffit, W.R., Fields, H.W., y Sarver, D.M. (2015). Ortodoncia contemporánea. Barcelona: *Editorial Elsevier.* Recuperado de http://www.buscalibre.com/ortodoncia-contemporanea-cuarta-edicion-william-r-proffit-elsevier-scie nce-health-science-div/p/n4cmhyd.

Ramírez, D. (2014). Prevalencia de caninos ectópicos en niños de 9 a 12 años de edad (Tesis de grado inédita). Facultad de Ciencias Médicas Dr. Zoilo Marinello Vidarrueta, Puerto Padre, Las Tunas, Cuba.

Reyes, D., Rosales, K., Roselló, O., García, D. (2007). Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004 - 2005 .*Acta odontológica Venezolana, 45*(3). Recuperado de http://actaodontologica.com/ediciones/2007/3/habitos_bucales_deformantes.asp

Rodríguez, Y., Kowalyszyn, K. Romero, M. y Martínez, N. (2016). Evaluación clínica y radiográfica de erupción ectópica de canino permanente superior derecho retenido. Reporte de un caso. *Acta Bioclínica, 6*(11), 11 pp. Recuperado de http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/7370

Ruiz, N., Díaz, J.E., Rodríguez, E.M., Álvarez, E., Vargas, Y., y Soberats, M.I. (2014). Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fornet Piña. *Correo Científico Médico, 18*(4), 649-663. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000400006&lng=es&tlng=es.

Vellini, F. (2015). Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. Madrid: Ediciones Ergon, S.A

Xavier, R.F., De Souza, M., Cecilio, O.L., y Neves, C.C. (2017). Tracionamento De Canino Incluso Com Finalidade Ortodôntica. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research, 18*(3), 99–102. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123846876&lang=es&site=ehost-live

SINDROME DE DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. COMPORTAMIENTO EN EL SISTEMA MASTICATORIO

SYNDROME OF DYSFUNCTION OF THE ARTICULATION TEMPOROMANDIBULAR. COMPORTAMIENTO IN THE MASTICATORY SYSTEM

Daimarilis Pérez García [1]

Carmen de los Milagros García Alguacil [2] carmendelalma@ltu.sld.cu

Tomas de la Paz Suárez [3] trdpaz@ltu.sld.cu

RESUMEN

El sistema masticatorio considerado una unidad funcional que acompaña a otras entidades, encargado de la masticación, la deglución y la fonación , la articulación temporomandibular, los músculos , la inervación y la vascularización, que los suple a todos ellos es sin duda, una de las estructuras faciales más compleja por eso al definir el Síndrome de Disfunción Temporomandibular que tiene origen muticausal sin embargo dentro de los elementos que pueden influir son los originados por factores internos o externos del aparato bucal siendo cada días más elevados su índices se convierte en un factor determinante en contra de su calidad de vida teniendo una de sus causas , el estrés emocional se deben tener en consideración su vigilancia para la salud en general es por eso que se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de ofrecer una actualización sobre sus etiologías , diagnóstico y tratamiento; utilizando los recursos disponibles en la red Infomed a través del acceso a la base de datos Ebsco y Pubmed para analizar el comportamiento del síndrome de disfunción temporomandibular en el sistema masticatorio.

PALABRAS CLAVES: Disfunciones temporomandibulares, articulación temporomandibular, comportamiento

ABSTRACT

The masticatory considered system a functional unit that goes with another entities, person in charge of the chewing, the deglutition and phonation, the articulation temporomandibular, muscles, the innervation and vascularization, the fact that you supply them to all of them is without a doubt, join of the facial structures more complex for that when muticausal the Syndrome of Disfunción Temporomandibular that has origin however within the elements than can have influence the originated for internal factors or day boys come from the buccal appliance being each days more lifted his index you become a determining factor against his quality of life having an of His.

---

[1] Doctora en Estomatología , Residente de 3 año de EGI municipio Amancio, Las Tunas.

[2] Doctora en Estomatología Especialista de Primer grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista en Segundo Grado en EGI, Investigador Agregado. Profesor Auxiliar Clínica Estomatológica Docente municipio Amancio, Las Tunas.

[3] Doctor en Estomatología Especialista de Primer grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de Segundo Grado en EGI. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar Clínica Estomatológica Docente municipio Amancio, Las Tunas.

causes, the emotional stress must have under consideration his vigilance for health themselves in general the fact that a bibliographic revision for the sake of offering a bringing up to date on his etiologies, diagnosis and treatment came true is that's why; Utilizing the available resources in the net Infomed through the access to the data base Ebsco and Pubmed to examine the behavior of the syndrome of dysfunction temporomandibular in the masticatory system.

KEY WORDS: Dysfunctions temporomandibulares, articulation temporomandibular, behavior

INTRODUCCIÓN

El síndrome de disfunción temporomandibular(DTM) incluye una serie de condiciones clínicas en las que se encuentra involucrada la articulación temporomandibular (ATM),la musculatura masticatoria o ambas. Desde la década de los 70 se ha considerado su etiología multifactorial, con la contribución de diferentes elementos responsables del dolor y la disfunción articular (Baldini A, y Col 2015)

Entre otros factores, clásicamente se ha incluido alteraciones estructurales, morbilidad psicosocial o alteraciones conductuales

Investigaciones recientes apuntan que la DTM representa un grupo de trastornos heterogéneos influenciados por la genética, el sexo, la edad, las condiciones ambientales y los factores conductuales. Parece cada vez más evidente que la DTM puede asociarse con múltiples manifestaciones clínicas y una variedad de trastornos sistémicos que se extienden más allá de la articulación (Agerbey G y Col 2005)

A pesar de su alta prevalencia no se le ha prestado mucha atención en la literatura médica cubana, se ha observado que los conocimientos sobre la etiología y el comportamiento en los profesionales de la salud aún resultan insuficientes, por lo que se decidió través de esta revisión bibliográfica de realizar una actualización sobre las causas, el diagnóstico y su tratamiento para mejor comprensión del tema

Epidemiología de las Disfunciones Temporomandibulares

La articulación temporomandibular (ATM), es una estructura que todos tenemos en nuestros cráneos y que muy pocos recordamos, ya sea como profesionales de la odontología o como pacientes. Sin embargo, entre el 40 y 50 % de la población general presenta algún tipo de trastorno temporomandibular.(Bonato LL y Col 2016)

La disfunción temporomandibular (DTM) es un término colectivo utilizado para describir los problemas clínicos que afectan a la articulación temporomandibular, los músculos de la masticación o los trastornos combinados de las articulaciones musculares (Fernades G y Col 2016)

Investigaciones epidemiológicas coinciden en afirmar la alta prevalencia de estas afecciones; algunas de ellas han referido que un 70-75 % de la población adulta tiene al menos un signo de Disfunción Temporomandibular (DTM) (37); y uno de cada cuatro individuos está consciente de padecerla.(Dias y Col 2015).

La prevalencia de la DTM es superior al 5% de la población y algunas estimaciones indican que entre un 6 y 12%de la población manifiesta síntomas compatibles con el proceso. Estos pacientes presentan un amplio rango de edad ,pero se caracteriza por un incremento entre los 20 y los 40 años . En España, la Encuesta de Salud Oral efectuada el año 2015, la prevalencia de síntomas de ATM (percepción por parte del paciente de algún tipo de problema en su articulación) se sitúa en el 13,3% para los adultos jóvenes (35-44años) y en el 11,9% para los adultos mayores (65-74 años). (Guerrero L .C l y Col 2017).

Es conocido que la prevalencia de los trastornos temporomandibulares en los pacientes es mayor de lo que se creía hace algunos años. La gran adaptabilidad biológica, la resistencia tisular y la psicología especial propias de la edad infantil y juvenil hacen que las alteraciones anatómicas o funcionales de la ATM, potencialmente patológicas en la edad adulta, se desarrollen con frecuencia asintomática en el niño (Hernández R y Col 2017).

En nuestro país Cuba se han llevado a cabo en las últimas décadas, varios estudios epidemiológicos sobre los trastornos temporomandibulares (TTM) y se ha hecho un esfuerzo notable por esclarecer su causa .

Etología

La etiología del cuadro disfuncional es multicausal, debida entre otros a desarmonías oclusales, factores psicológicos, traumas extrínsecos y malos hábitos como la posición de dormir, morder o doblar objetos colocados dentro de la boca y masticación unilateral. planteado en sus artículos por (Kumar R y Col 2015)

Actualmente se considera que no hay factor etiológico primario, se ha llegado a la conclusión de que existen factores contribuyentes, entre los cuales tenemos: traumatismo, bruxismo, asociado a un factor de stress, etc (Hernández y Col 2017)

Los factores que contribuyen al desarrollo de este desorden han sido agrupados en tres categorías. Es así, que tenemos los predisponentes que son aquellos procesos fisiopatológicos, psicológicos o estructurales que alteran el sistema masticatorio y conducen a un aumento en el riesgo de desarrollo de DTM. (Wang C y Col 2012)

Los iniciadores conducen a la aparición de los síntomas y están relacionados principalmente con el traumatismo o carga adversa del sistema masticatorio. Por último, se deben mencionar los factores perpetuantes que son aquellos que interfieren con el proceso de curación o mejoran la progresión de la DTM, y estos pueden ser los conductuales, sociales, emocionales cognitivos (Lei J y Col 2016) .

Se calcula que entre un 60-70% de la población mundial tiene al menos un signo de disfunción de la articulación temporomandibular (DTM), pero sólo uno de cada cuatro individuos consulta a un especialista. El síntoma más importante en la DTM es el dolor, seguido de movimientos mandibulares restringidos, que pueden causar dificultad para comer o hablar; ruidos de las articulaciones temporomandibulares durante el movimiento de la mandíbula. según lo planteado por (Wang C y Col 2012)

La disfunción cráneomandibular y el dolor crónico bucofacial guardan relaciones estrechas entre sí y se considera que su necesidad de tratamiento es superior a la demanda, fluctúa a lo largo del tiempo y no puede predecirse una vez que aparece uno

de sus signos o síntomas característicos (Martin RJ y Col 2016); tiende a empeorar hacia la cronicidad, como lo sugiere la declinación en la incidencia con el avance de la edad (Schimeth M y Col 2015).

La ATM está inervada por el nervio auriculotemporal, rama del trigémino, un nervio muy sensible al dolor, por lo que su irritación produce la sintomatología tan abundante y fuerte que nos relata el paciente(Valenzuela R y Col 2019)

Desde esta perspectiva se asume la definición dada por Edwards (2010) donde expresa el dolor de la articulación como:

> "Es el conjunto de procesos cognitivos y emocionales que incorporan la rumia sobre el dolor, la magnificación de síntomas relacionados con el dolor y sentimientos de desesperanza. Es un factor que influye en las diferencias individuales de los pacientes que experimentan dolor".

En este sentido se determino abordar suficientemente el problema del dolor como unos de los principales síntomas del las disfunciones de la articulación temporomandibular.

En estudios revisados (Valenzuela y Col 2019) se encontró que estaban relacionados con los factores psicosociales y somato sensoriales, donde se encontraban el stress, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, suicidio, calidad de vida, trabajo.

Según otros artículos revisados (Yang G y Col 2012) que describían la relación con el factor Oclusal. Dos vinculaban a la DTM con los hábitos parafuncionales como la masticación de goma de mascar. Asimismo, otros artículos lo relacionaban con factores genéticos. Y artículos donde se encontró solo un estudio como lo son: el desplazamiento de disco, al síndrome de Goldenhar, al incremento de distimia, linfoadenopatía de la parótida, al eje hipotalámico-hipofisario-adrenal(HHA), y extracción de tercer molar (Lei J y Col 2016)

Los factores psicosociales son los más revisados según la literatura, siendo el stress y la ansiedad los que presentan mayores estudios de la disfunción temporomandibular y los niveles de cortisol en la saliva. En el estudio realizado por (Schmitter M Col 2015) encontraron una relación estadísticamente significativa entre ambas variables y, en especial, cuando se trataba de mujeres.

Según la literatura dentro de los factores asociados a los trastornos temporomandibulares

Se evidenció de forma indirecta a la calidad de sueño y como factor directo al bruxismo. (Días G.M. y Col 2015), encontraron una relación significativa entre tres variables: la calidad del sueño, el bruxismo y los desórdenes temporomandibulares. (Oliveira LK, y Col 2015) encuentra que la DTM puede reducir la calidad del sueño y la calidad de vida, conclusiones que coinciden con (Lei J y Col 2016)

Otros de los factores que influyen en los disturbios temporomandibulares es el estado hormonal, en especial cuando se trata en mujeres, según la literatura mucho tiene que ver la influencia de algunas de las hormonas femeninas que alteran el umbral del dolor. (Lei y Col 2016)

Por el contrario, estudios relacionados con hormonas exógenas en mujeres posmenopáusicas informan que no existe una relación significativa entre los DTM y las hormonas exógenas como lo planteo (Guerrero L y Col 2017).

Los factores oclusales han sido considerados como etiología importante de los desórdenes temporomandibulares como lo afirma en su estudio (Wang C. y Col 2012)

Síntomas y signos:

Los síntomas de DTM incluyen disminución del rango de movilidad, dolor en la musculatura masticatoria, dolor de la ATM, alteración funcional acompañada de ruidos articulares, dolor miofascial generalizado y limitación funcional o desviación de la obertura mandibular. (Bonato LL y Col 2016)

Los trastornos temporomandibulares generalmente aparecen entre la segunda y tercera década de la vida, son más frecuentes en mujeres que en hombres según estudios epidemiológicos; sus signos y síntomas pueden ser transitorios y auto limitantes a través del tiempo**.** (Bonato LL y Col 2016) (Agerbey G y Col 2005)

Se destacan los siguientes de acuerdo a estos autores: Bonato LL y Col 2016) (Agerbey G y Col 2005)

- **Dolor:** dentro o delante de uno o de los dos oídos, en una o en las dos ATM, que se puede irradiar a la cabeza -principalmente a las sienes-, mandíbula, boca, garganta, nuca, cuello, hombros.
- **Ruidos:** articulares como chasquidos, crujidos; óticos como zumbidos, pitidos.
- **Funcionales:** articulares como saltos, luxaciones; musculares como no poder abrir la boca, no poder masticar, contracturas; oclusales como apretar los dientes, rechinar, cerrar mal; óticos como taponamiento, mareos, oír menos.
- **Otros:** adormecimiento de la piel de la cara, picor en el agujero de la oreja, picor en la garganta, sequedad de la boca, molestias en los ojos o en la visión, nerviosismo, depresión.

En realidad muchos síntomas relacionados con la ATM son causados por efectos del estrés físico y emocional sobre las estructuras alrededor de la articulación. Estas estructuras abarcan los músculos de la mandíbula, la cara y el cuello; los dientes; el disco cartilaginoso en la articulación y los ligamentos, vasos sanguíneos y nervios cercanos. de acuerdo con (Kumar R y Col 2015). (Su N y Col 2017).

La mala postura puede también ser un factor importante. Por ejemplo, mantener la cabeza hacia adelante todo el día mientras se está mirando una computadora tensiona los músculos de la cara y el cuello. Otros factores que podrían empeorar los síntomas de la ATM son la incapacidad para relajarse, una dieta deficiente y la falta de sueño.(Schmitter M y Col 2015)

(Fernandes G y Col 2016) plantaron que a principios de los años 90 mostró la relación del síndrome de DTM con factores estresantes vehiculizados por el sistema nervioso simpático y por la actividad hormonal, y teorizó que en la exposición a video terminales la actividad neuroendocrina se incrementaba por la exposición a un ambiente

electrostático, a la presencia de radiación electromagnética y estrés postural y visual Asociado con unos deficientes hábitos de trabajo, y consideró a estos trabajadores expuestos a un riesgo potencial de desarrollar DTM.

La relación entre patología cervical, estrés y DTM puede suponer un nexo indirecto con la exposición a computadores, equipos móviles celulares tanto por los riesgos ergonómicos como por los riesgos psicosociales asociados a estos puestos de trabajo, relación que es plausible desde un punto de vista fisiopatológico (Fernandes G y Col 2016) (Su N y Col 2017) concluyen estos autores.

Diagnostico

Se realiza como primera parte un correcto interrogatorio donde se hace especial hincapié en los hábitos del paciente, si padece de alguna enfermedad, si tiene dificultades durante la masticación , apertura bucal , así como la sintomatología que refiera el paciente.

En segundo lugar se procede al examen de la cabeza, el examen de la cavidad bucal para constatar los signos clínicos.

La tercera fase consiste la palpación bimanual, examen de las superficies oclusales en los grupos dentarios también se clasifican de acuerdo a varios índices ejemplo el de Smith, Magliome y el de Helkimo. El mas empleado es el de Helkimo el cual plantea la existencia de 3 o más puntos positivos: (Bonato LL y Col 2016)

- Di0: Clínicamente sin síntomas.
- DiI: 1-4 puntos, **disfunción leve.**
- DiII: 5-9 puntos, **disfunción moderada.**
- DiIII: 10-25 puntos, **disfunción severa**

Otros medios de diagnósticos

La Tomografía Computarizada (TC) es la prueba complementaria que mejor identifica los tejidos duros o elementos óseos (Hernández R y col 2017)

Resonancia Magnética

Es una técnica que evita las radiaciones ionizantes. Es además, la prueba de referencia para identificar posiciones del disco, se describe como la prueba de referencia para valorar tejidos blandos (músculos, ligamentos, menisco), tanto en posición estética como dinámica (Hernández R y col 2017)

Tratamientos de las Disfunciones de las de la ATM

Un gran número de tratamientos reportados en la literatura está encaminado al alivio del dolor de la ATM; tal es el caso de los fármacos analgésicos y antinflamatorios no esteroides. Recientes estudios (Valenzuela y Col 2019) (Yang G y Col 2016)ha reportado que la combinación de tratamientos (estabilización con férulas, biofeedback /manejo del stress), es más efectivo que sólo un tratamiento para pacientes conTTM.

Las instrucciones de rutina deben incluir: reposo del sistema masticatorio a través de una limitación voluntaria de la función mandibular, modificación y conciencia de hábitos acompañados de estimulación visual que permita conducir la modificación del hábito; un programa de fisioterapia debe ser propuesto que incluya calor húmedo y frío en las

áreas involucradas, masaje de los músculos afectados y ejercicios suaves que incrementen el rango de movimiento y disminuyan el dolor.(Fernandes G y Col 2016)

Esta terapia física contribuye al alivio del dolor músculoesqueletal y a restaurar la función normal, a su vez induce reducción de la inflamación, disminuyendo, coordinando y reforzando la actividad muscular. (Martin RJ y Col 2016)

En cuanto al manejo farmacológico la experiencia clínica y los estudios experimentales evidencian que la medicación pueden promover alivio y rehabilitación de los pacientes cuando son usados como parte del tratamiento. (Martin RJ y Col 2016) (Su N y Col 2017)

Los agentes farmacológicos más efectivos para el manejo de los desordenes temporomandibulares incluyen: analgésicos, corticoesteroides y ansiolíticos indicados para dolores agudos; los AINES y relajantes musculares pueden ser usados tanto para condiciones agudas y crónicas; y los antidepresivos en bajas dosis son indicados para el manejo de dolor orofacial crónico. (Yang G y Col 2016)

El ultrasonido, es frecuentemente utilizado para problemas músculo esquelétales produciendo calor profundo en las articulaciones, disminuye el dolor crónico, contracción muscular y tendonitis. (Yang G y Col 2016)

La iontoforesis, utiliza un gradiente eléctrico para conducir medicación (corticoesteroides) en forma de iones. Los agentes anestésicos, a través de la aplicación de spray con vapor frío seguido de estiramiento muscular, disminuyen el dolor y tensión muscular inactivando los puntos gatillo (Dias G y Col 2015)

La acupuntura, produce efectos terapéuticos a través de una vía neural y humoral (Hernández R y col 2017)

En la mayoría de los casos la terapia más práctica al alcance del Odontólogo General es el uso de una Férula Oclusal nocturna que permita modificar la relación oclusal y redistribuir las fuerzas oclusales, con la finalidad de prevenir el desgaste y movilidad de los dientes, (Dias G y Col 2015) (Wang C y Col 2012) reducir el bruxismo y actividades parafuncionales así como también ajustes oclusales con tallado selectivo de dientes con interferencias según exámenes detectados

Para evitar las disfunciones, conviene disminuir hábitos posturales, morderse las uñas, masticar chicle habitualmente, masticar por un solo lado, evitar malas posiciones de la lengua en reposo o al tragar, respirar por la boca, o mover la mandíbula hasta sus límites extremos.

CONCLUSIONES

La alta prevalencia de esta afección, su naturaleza más complicada en el estadio más avanzado, son algunos de los problemas de esta entidad clínica, para la adquisición de un conocimiento más profundo de las Disfunciones Temporomandibulares, que permita un diagnostico y tratamiento adecuado, que se traduzca en un pronóstico más favorable con miras a preservar las estructuras que conforman el aparato estomatognático en forma óptima, pues la salud bucal es indispensable para disfrutar de un alto grado de salud general teniendo en consideración las acciones preventivas y medios que posee el estomatólogo.

REFERENCIAS

Agerberg G, Carlsson G. Functional disorders of the masticatory system: I distribution of symptoms by questionnaire. Act Odont Scand 2005;30(6):597-613.

Agerberg G, Osterberg T. Maximal mandibular movements and symptoms of mandibular dysfunction in 70 years old men and woman. Swed Dent J 2004;76(5):147-63.

Baldini A, Nota A, Cozza P. The association between Occlusion Temporomandibular Disorders. J Electromyogr Kinesiol Off J Int Soc Electrophysiol Kinesiol. febrero de 2015;25(1):151-4

Bonato LL, Quinelato V, Pinheiro A da R, Amaral MVG, de Souza FN, Lobo JC, et al. ESRRB polymorphisms are associated with comorbidity of temporomandibular disorders and rotator cuff disease. Int J Oral Maxillofac Surg [Internet]. marzo de 2016 [citado 9 de junio de 2019];45(3):323-31. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26584852.

Dias GM, Bonato LL, Guimarães JP, Silva JNN, Ferreira LA, Grossmann E, et al. A Study of the Association Between Sleep Bruxism, Low Quality of Sleep, and Degenerative Changes of the Temporomandibular Joint. J Craniofac Surg [Internet]. noviembre de 2015 [citado 11 de julio de 2019];26(8):2347-50. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=A+Study+of+the+Association+Between+Sleep+Bruxism%2C+Low+Quality+of+Sleep%2C+and+Degenerative+Changes+of+the+Temporomandibular+Joint.

Edwards RR, Giles J, Bingham CO, Campbell C,Haythornwaite JA, Bathon J. Moderators of the Negative Effects of Catastrophizing in Arthritis.PainMed. 2010 ; 11 (4): 591-9

Fernández G, Franco-Micheloni AL, Siqueira JTT, Gonçalves DAG, Camparis CM. Parafunctional habits are associated cumulatively to painful temporomandibular disorders in adolescents. Braz Oral Res (Internet). 2016 (;citado 29 de junio de 2019);30. Disponible en: en:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26910021

Guerrero, L., Coronado, L., Maulén, M., Meeder, W., Henríquez, C., & Lovera, M.. (2017). Prevalencia de trastornos temporomandibulares en la población adulta beneficiaria de Atención Primaria en Salud del Servicio de Salud Valparaíso, San Antonio. *Avances en Odontoestomatología*, *33*(3), 113-120. Citado 31 de julio de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852017000300003&lng=es&tlng=es.

Hernández Reyes, Bismar, Díaz Gómez, Silvia María, Hidalgo Hidalgo, Siomara, & Lazo Nodarse, Romel. (2017). Bruxismo: panorámica actual. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, *21*(1), 913-930. Citado 31 de julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025025520170001000 15&lng=es&tlng=es

Kumar R, Pallagatti S, Sheikh S, Mittal A, Gupta D, Disorders and MRI Characteristics of Disc Displacement. Open Dent J (Internet). 2015 (citado 11 de julio de 2019);9:273-81. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26464595

Lei J, Liu MQ, Fu KY. (Disturbed sleep, anxiety and stress are possible risk indicators for temporomandibular disorders with myofascialpain). Beijing Da XueXueBao (Internet). 18 de febrero de 2016 (;citado 26 de junio de 2019);48(1):692-6. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27538154

Martins RJ, Saliba-Garbin CA, BiageCândido N, ÍsperGarbin AJ, SalibaRovida TA. (Prevalence of temporomandibular disorders among industrial workers. Association with stress and sleep disorder). Rev Salud Publica BogotaColomb (Internet). febrero de 2016 citado 18 de julio de 2019);18(1):142-51. Disponible en: https://www.ncbi.nlmnih.gov/pubmed/28453161

Oliveira LK, Almeida G de A, Lelis ÉR, Tavares M, Fernandes Neto AJ. Temporomandibular disorder and anxiety, quality of sleep, and quality of life in nursing professionals. Braz Oral Res (Internet). 2015 (citado 30 de junio de 2019);29. Disponibleen: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26039910

Schmitter M, Kares-Vrincianu A, Kares H, Bermejo JL, Schindler H-J. Sleep-associated aspects of myofascial pain in the orofacial area among Temporomandibular Disorder patients and controls. SleepMed (Internet).septiembre de 2015 (citado 30 de junio de 2019);16(9):1056-61. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26298779

Su N, Lobbezoo F, van Wijk A, van der Heijden GJMG, Visscher CM. Associations of pain intensity and pain-related disability with psychological and socio-demographic factors in patients with temporomandibular disorders: a cross-sectional study at a specialised dental clinic. J Oral Rehabil (Internet). marzo de 2017 (citado 17 de junio de 2019);44(3):187-96. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28036120

Valenzuela Ramos, Marisel Roxana. (2019). Factores etiológicos relacionados con la disfunción de articulación Temporomandibular. *Odontología Vital*, (30), 21-30. citado July 31, 2019, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165907752019000100021&lng=en&tlng=es.

Wang C, Yin X. Occlusal risk factors associated with temporomandibular disorders in young adults with normal occlusions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol (Internet). octubre de 2012 (citado 11 de junio de 2019);114(4):419-23. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22841427

Yang G, Baad-Hansen L, Wang K, Fu K, Xie Q-F, Svensson P. Somatosensory abnormalities in Chinese patients with painful temporomandibular disorders. J HeadachePain (Internet). 2016 (citado 29 de junio de 2019);17:31. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27071957

COMPORTAMIENTO DE LAS EMBARAZADAS CON GINGIVITIS EN LA CLÍNICAESTOMATOLÓGICA DEL POLICLÍNICO “AQUILES ESPINOSA SALGADO”

BEHAVIOR OF PREGNANT WOMEN WITH GINGIVITIS IN THE CLINICSTOMATOLOGY OF THE "AQUILES ESPINOSA SALGADO" FIRST AID ASSISTANCE”

DianetPozo Mc Donald liahidi@nauta.cu

Maritza Garrido Labrada

Yamile Rosa Veja

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal para caracterizar la gingivitis en embarazadas de la Clínica Estomatológica del Policlínico “Aquiles Espinosa Salgado”, en el Municipio Tunas, Provincia Las Tunas en el período comprendido entre septiembre de 2017 y febrero de 2019. La muestra la constituyeron 110 gestantes. Los resultados se reflejaron en la historia clínica individual y se realizaron entrevistas directas. Entre las embarazadas con gingivitis predominó el grupo de 20-34 años, hábitat en zona rural, nivel educacional secundaria básica terminada y edad gestacional primer trimestre. Prevaleció la gingivitis edematosa, seguida por la fibroedematosa, más afectadas según las embarazadas. La totalidad presentó higiene bucal deficiente;relacionada con la presencia de restos y cálculos; seguido del cepillado incorrecto y el síndrome emético (vómitos).

PALABRAS CLAVES: gingivitis, higiene bucal, factores de riesgos y embarazadas

ABSTRACT

Anobservational, descriptive and cross-sectionalstudy was carried out tocharacterize gingivitis in pregnantwomen of theStomatologicalClinic of the "Aquiles Espinosa Salgado" Polyclinic, in the Tunas Municipality, Las Tunas Province in theperiodbetween September 2017 and February 2019. The sample 110 pregnantwomenconstitutedit. Theresultswerereflected in the individual medical history and direct interviews wereconducted. Amongthepregnantwomen with gingivitis thegroup of 20-34 years predominated, habitat in rural area, basicsecondaryeducationlevelcompleted and gestational age firsttrimester. Edematous gingivitis prevailed, followed by fibroedematous, more affected by pregnant. Thewholepresentedpoor oral hygiene, relatedtothepresence of remains and stones; followed by improperbrushing and emeticsyndrome (vomiting).

KEY WORDS: gingivitis, oral hygiene, riskfactors and pregnantwomen

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad gingival es una infección crónica producida porbacterias anaerobias que crecen dentro del surco gingival. La gingivitises la forma más leve de enfermedad gingival es una condicióninflamatoria causada fundamentalmente por placa bacterianaacumulada en los dientes adyacentes a la encía, sin comprometer lasestructuras de soporte subyacentes (Panadés Alsina y Calvo Xavier, 2014).

La gingivitis es la inflamación de la encía que rodea a los dientes y se debe a la acumulación de biofilm o placa dental. Aproximadamente la mitad de las mujeres con historial de gingivitis sufren un agravamiento durante el embarazo por las fluctuaciones en los niveles de estrógenos y progesterona, unido a los cambios en la microbiota oral y a una respuesta inmune alterada. Además, las mujeres con gingivitis que dejan de fumar durante el embarazo tienen un mayor aumento de sangrado gingival, ya que el tabaco enmascara los signos de la inflamación.La gingivitis del embarazo es una inflamación proliferativa, vascular e inespecífica con un amplio infiltrado inflamatorio celular.Clínicamente se caracteriza por una encía intensamente enrojecida que sangra con facilidad, engrosamiento del margen gingival e hiperplasia de las papilas interdentarias. Las zonas anteriores y los sitiosinterproximales generalmente se ven más afectados (HeraneB,Godoy C yHerane C, 2014)

La enfermedad gingival en el embarazo

Según Martínez Moreno (2014) “La gestación es un proceso complejo en el que se llevan a cabo cambios importante son la mujer tanto al nivel somático como psicológico. Es una etapa llena de cambiospara la madre y su entorno familiar “.

Durante la gestación se producen cambios al nivel de la cavidad oral. Según estudiosde morbilidad, una de las alteraciones más frecuentes en la boca se presenta en lasencías, y se caracterizada por una importante inflamación y sangrado profuso(Martínez Moreno,2014).Sin embargo, durante el embarazo este aumento de hormonas no es suficiente para generar por sí solo este cuadro inflamatorio, requiriéndose de una cantidad mínima de biofilm bacteriano de base para poder iniciarlo. Por ello, la gingivitis gestacional no presenta realmente diferencias clínicas con las gingivitis inducidas solamente por la presencia de placa bacteriana, a excepción de la propensión a aumentar la inflamación. Y es que el embarazo, por sí mismo, no causa gingivitis (Díaz Valdés y Valle Lizama, 2015).

Díaz Valdés y Valle Lizama (2015) refieren que:

> “El embarazo, por sí mismo, no causa gingivitis”

No obstante, aproximadamente el 50% de las mujeres con gingivitis antes del embarazo puede sufrir un empeoramiento de su salud gingival durante el periodo de gestación, llegando incluso a desarrollar periodontitis(Martínez Moreno,2014).

Metódica

En la Clínica Estomatológica del Policlínico Docente “Aquiles Espinosa Salgado” hay incidencia de esta enfermedad en las embarazadas atendidas en consulta, aunque no existen registros que reflejen y evidencien el comportamiento de éstas. Actualmente se considera a la gingivitis como un problema de salud pública por lo que su identificación y diagnóstico temprano es de suma importancia para el tratamiento óptimo; conociendo que dentro de estos problemas que hoy requieren y van a requerir atención en los próximos años se encuentra la Gingivitis asociada al embarazo; nos motivamos a realizar ésta investigación con el propósito de conocer el comportamiento de las embarazadas que asisten al referido policlínico durante el período comprendido entre septiembre de 2017 a febrero de 2019.

Para dar cumplimiento a los objetivos trazados se solicitó el consentimiento informado de las embarazadas y se les explicó de forma clara y sencilla las características y objetivo del estudio. Se realizó interrogatorio, revisaron y actualizaron las historias clínicas individual observándose mediante examen bucal si presentaban gingivitis, utilizando para ello el set de clasificación. Se aplicó cuestionario de encuesta completándose la ficha de recogida de datos.

Variables estudiadas

Para analizar la presencia y tipo de gingivitis se tuvo en cuenta la clasificación según el criterio de sanos y afectados de acuerdo al índice gingival (IG) de Silness y Löe, que considera sanos si IG= 0 y afectados si IG> 0. El grado de higiene bucal, se determinó según el Índice de Higiene bucal simplificado (IHB-S) deGreene y Vermillon. Consistió en evaluar la presencia de depósitos duros y blandos en la dentición. Los criterios de agrupación de valores del índice fueron: Bueno, Regular y Malo. Se tuvieron en cuenta los factores de riesgos asociados; higiene bucal, tabaquismo, restauraciones defectuosas y maloclusión.

Cuadro 1.Prevalencia de embarazadas, según edad. Policlínico Docente "Aquiles Espinosa Salgado". Septiembre de 2017 a febrero de 2019.

Edad	Embarazadas	
	No.	%*
15-19	35	31,8
20-34	65	**59,1**
35 y más	10	9,1
Total	110	100

Fuente: Historia Clínica y Ficha de Recogida de datos

*Porcentaje con respecto al total de embarazadasN=110

Como se observa en el cuadro 1 de las embrazadas examinadas en el periodo de estudio los mayores valores se obtuvieron en el grupo de edad de 20-34 años con valor de un 59,1 %, seguidas del grupo de 15-19 años (31,8%); correspondiéndose con bibliografías revisadas, donde se pone de manifiesto la gran susceptibilidad de estas pacientes a contraer dicha enfermedad producto de los cambios hormonales existentes en su estado.

Corchuelo-Ojeda, Soto-Llanos y Villavicencio J. (2017), refieren que:

"La gingivitis durante el embarazo se ha asociado a una respuesta inflamatoria exagerada de las encías a la placa bacteriana atribuida a la secreción de hormonas de

gestación, también se ha relacionado como una respuesta inmune alterada, niveles de estrés y la ansiedad".

Cuadro 2. Distribución de las embarazadas, según nivel educacional y edad

Nivel Educacional	Edad						Total N=110	
	15-19 n=35		20-34 n=65		35 y más n=10			
	No	%*	No	%*	No	%*	No	%*
Primaria terminada	15	13,6	15	13,6	3	2,7	33	30,0
Secundaria terminada	15	13,6	23	20,9	3	2,7	**41**	**37,3**
Pre univ.	5	4,5	21	19,0	2	1,8	28	25,5
Universi-dad	0	0	6	5,5	2	1,8	8	7,2

Fuente: Historia Clínica y Ficha de Recogida de datos

*Porcentaje con respecto al total de la muestra afectada n=110

Del total de embarazadas predominó el nivel educacional de secundariacon el 37,3 %, y la edad 10-19 años; seguido d la primaria con 33 embarazadas para el 37,3 %. Según consideraciones de la autorael nivel de escolaridad, comoexpresión del nivel sociocultural individual y colectivo, influye en los estilos de vida, demodo que dificulta la existencia de condiciones favorables para la realización deactividades de salud y una mejor comprensión de las medidas de prevención y control.

Los resultados de este estudio son similares a los obtenidos en investigaciones realizadas por autores como Nápoles D, Soto IB, VizcayyBerenguer, (2018).

Cuadro 3. Distribución de las embarazadas, según periodo de gestacional al diagnóstico y tipo de gingivitis.

Periodo de gestación(Trimestre)	Tipo de gingivitis						Total	
	Edematosa		Fibrosa		Fibro edematosa			
	No.	%*	No.	%*	No.	%*	No.	%*
I Trimestre	57	51,8	6	5,5	21	19,1	**84**	**76,4**

II Trimestre	10	9,1	1	0,9	9	8,1	20	18,2
III Trimestre	3	2,7	1	0,9	2	1,8	6	5,4
Total	**70**	**63,6**	8	7,3	**32**	**29,1**	**110**	**100**

Fuente: Historia Clínica y Ficha de Recogida de datos

*Porcentaje con respecto al total de la muestra afectada n=110

Un predominio de embarazadas con enfermedad gingival en el grupo de edad gestacional del primer trimestre (1-18 semanas), 84 para un 76,4%; seguido del segundo trimestre(19- 27 semanas) con 20 gestantes que representan el 18,2%.

En las embarazadas es muy común que sangren las encías y se produzca gingivitis, tanto, que se leconoce como la “gingivitis del embarazo”. En esta etapa debido a las alteraciones endocrinas,aumentan los niveles hormonales, en especial de estrógenos y progesterona, que son esenciales parael desarrollo y desenvolvimiento del feto pero que pueden ser causa de alteraciones gingivales, queaparece durante el segundo mes y alcanza su punto máximo en el octavo mes de gestación, dondeafecta desde el 30 % al 100 % de las gestantes.

Cuadro 4. Distribución de las embarazadas según, grupo de edad e higienebucal.

Grupo de Edad	***Grado de Higiene Bucal**						**Total**	
	Bueno		**Deficiente**					
			Regular		**Malo**			
	No	**%***	**No**	**%***	**No**	**%***	**No**	**%***
15-19	0	0	20	18,2	15	13,6	35	31,8
20-34	0	0	**48**	**43,6**	**17**	**15,5**	65	59,1
35 y más	0	0	6	5,5	4	3,6	10	9,1
Total	0	0	**74**	**67,3**	**36**	**32,7**	110	100

Fuente: Historia Clínica y Ficha de Recogida de datos

*Porcentaje con respecto al total de la muestra afectada n=110

Se evidencia en el **cuadro 4** que el 100 % de las embarazadas presentó higiene bucal deficiente, según índice Higiene bucal simplificado de Greene y Vermillon representada en el 67,3% regular y el 32,7 % mala. Mayores afectaciones en el grupo de edad de 20-34 años (59,1%).

Nuestros resultados difieren de los obtenidos por Patricio Constanza y Arroyo Javier,(2014) donde sepresenta higiene bucal buena en el 68,8 % de la embarazadas, con un predominio dela categoría regular para 22,9%, seguido de la categoría mala con 8,3%.

Todo lo anteriormente expuesto confirma que:

”El cuidado bucal es la clave para el éxitodel tratamiento de la gingivitis y que muchos de los fracasos del control de laenfermedadgingival pueden atribuirse a la higiene deficiente”.

CONCLUSIONES

Predominó entre las embarazadas con gingivitis, el grupo de 20-34 años de edad, seguidas del grupo de 15-19 años; hábitat en zona rural, nivel educacional de secundaria básica terminada y edad Gestacional primer trimestre (14-18 semanas). Prevaleció la gingivitis edematosa en las embarazadas, más afectadaslas del primer trimestre. En el tercer trimestre disminuyeron estos resultados. En la totalidad de las embarazadas se presentó higiene bucal deficiente. Como factor de riesgo de la enfermedad, predominó la deficiente higiene bucal.

REFERENCIAS

Corchuelo-Ojeda J, Soto-Llanos L, &Villavicencio J. (2017) Situación de caries, gingivitis e higiene oral en gestantes y no gestantes en trece hospitales del Valle del Cauca.; 19(1):67-74. Available from: MedicLatina

Díaz Valdés L, &Valle Lizama R. (2015) Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. Gaceta Médica Espirituana.; 17(1): 1-13. Available from: MedicLatina.

Herane B. María de los Á, Godoy C. Carlos,&Herane C. Patricio. (2014) Enfermedad periodontal y Embarazo. Revisión de la literatura. Rev. Med. Clin. Condes. [Internet][citado 18 may 2018]; 25(6) 936-943.. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%2 0m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/13-herane.pdf

Martínez Moreno AD. (2014) Índice de inflamación gingival en mujeres embarazadas. [Tesis para optar al Título de Master en Epidemiología]. Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua: Centro de Salud Colonia Fesitranh;.Available from: MedicLatina

Nápoles D, Soto IB, Vizcay NL, &Berenguer JA. (2018 Abr)Estado de salud periodontal en embarazadas del Hogar Materno Este de Santiago de Cuba. [Internet][citado 18 sept 2018]; 57(267):13-19. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2018/abr18267d.pdf

Panadés Alsina Lucía, &Calvo Xavier. (2014) Salud bucal y embarazo. La importancia de un buen consejo en salud bucodental durante el embarazo. Matronas Prof. [Internet] [citado 13 May 2018]; 15(3): 73-74.. Disponible en: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/articuloespecial-salud-bucal-y-embarazo-1.pdf

Patricio Constanza,& Arroyo Javier. (2014) Gingivitis en el embarazo: sensibilidad ydolor de nuestras encías. Clínica Odontológica Norden. [Internet]. [citado 28 jul 2018]. Disponible en:http://www.facemama.com/odontologia/gingivitis-en-el-embarazo-sensibilidady-dolor-de-nuestras-encias.html

CARACTERIZACIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL EN PACIENTES MAYORES DE 35 AÑOS. DICIEMBRE 2016-MAYO 2019

CHARACTERIZATION OF PREMALIGNANT AND MALIGNANT LESIONS OF BUCCAL CAVITY IN PATIENTS OLDER THAN 35 YEARS OLD. DECEMBER 2018-MAY 2019

Dixsandra de la Caridad Jorge Mayedo

Yusimith Díaz Couso marijose@ltu.sld.cu /marijose@nauta.cu

Yuneidys Arias Pérez yuneidys.arias@nauta.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar las lesiones premalignas y malignas en la población mayor de 35 años de edad perteneciente al área de salud del Policlínico Docente “Guillermo Tejas Silva” en el municipio de Las Tunas de la provincia de Las Tunas en el período comprendido entre Diciembre del 2016 a Mayo del 2019. La muestra de la investigación estuvo constituida por 14 pacientes. Se registraron las variables edad, sexo, factores de riesgo, tipo de lesión, localización anatómica, nivel de conocimiento sobre las lesiones premalignas y malignas. Con respecto al grupo de edad se observó la misma cantidad de pacientes para ambos rangos. Predominó el hábito del tabaquismo. Anatómicamente la mayoría de las lesiones se localizaron en los labios y mucosa del carrillo. El nivel de conocimiento que predominó según la encuesta fue el regular. Predominaron las lesiones premalignas.

PALABRAS CLAVES: cáncer bucal, lesiones premalignas y malignas, cavidad bucal

ABSTRACT

A descriptive investigation was carried out with the objective of characterize premalignant and malignant lesions in people elder than 35 years old belonging to the health area of the Teaching Fist Aid Assistance: ``Guillermo Tejas Silva`` in Tunas municipality, Las Tunas`s province, in the period of December 2016 up to May 2019.The sample was formed by 14 patients. Some variable were registered, such as: age, gender, risk factors, lesion`s type, anatomic localization, knowledge`s level concerning to premalignant and malignant lesions. Male gender was the predominant one. In the case of age`s group it was registered the same number of patients for both genders. Smoking habit was the predominant one. Anatomically, the greatest number of lesions were located on lips and in cheek`s mucosa. According the questionnaire, prevaled, regular knowledge`s level. Premalignant lesions were prevalent in our investigation.

KEY WORDS: oral cancer, premalignant and malignant lesions, buccal cavity.

INTRODUCCIÓN

La cavidad bucal, por su situación anatómica especial, sus múltiples funciones, así como su exposición permanente a agentes físicos, químicos y biológicos, merece una cuidadosa atención médica tanto en la prevención, como en la detección precoz de cualquier afección. (Doncel Pérez, Méndez Calunga, Betancourt Dieste y Castillo Castillo, 2014). El cáncer es un factor importante de la carga mundial de morbilidad y lo será cada vez más en los decenios venideros. Se estima que el número anual de casos

nuevos pasará de los 10 millones registrados en 2000 a 15 millones antes de 2020. Cerca de 60 % de estos casos nuevos se presentarán en las regiones menos desarrolladas del planeta. De los 10 millones anuales de casos nuevos de cáncer, 4,7 millones se registran en los países más desarrollados y casi 5,5 millones en los menos desarrollados (Rodríguez Ricardo y otros, 2014).

Cáncer Bucal

El cáncer bucal representa el 2 % de todos los cánceres, casi el 30 % de los tumores de cabeza y cuello y el 90 % son carcinomas de células escamosas o epidermoides; el 10 % restante lo forman tumores de glándulas salivales, melanomas, sarcomas, carcinomas basales, linfomas, tumores odontógenos y lesiones metastásicas (Miguel Cruz, Niño Peña, Batista Marrero y Miguel-Soca, 2016). La prevalencia de esta enfermedad varía según los países. Ejemplo, en África de cada 100 diagnósticos de cáncer en diferentes localizaciones, 40 corresponden a cavidad bucal. En Los Estados Unidos, tres de cada 100 personas padecen de cáncer orofaríngeo y en Argentina entre tres y cinco de cada 100 personas padecen de neoplasias bucales (Verdecia Jiménez, Álvarez Infantes y Parra Lahens, 2014).

Las más altas tasas de incidencia de cáncer de la cavidad bucal se reportan en Pakistán, Brasil, India y Francia, en algunos casos asociados a la ingestión de brebajes. En Cuba, en el año 2013, la tasa cruda de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe en ambos sexos fue de 6,5 por 100 000 habitantes, donde ocupó el quinto lugar dentro de las diez primeras localizaciones. Esas cifras se elevan con el envejecimiento. En 2013 murieron 723 cubanos por este tipo de cáncer (Miguel Cruz y otros, 2016). De hecho, las causas de las lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal son multifactoriales; entre ellas se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos, tales como tabaco, alcohol, deficiente higiene bucal, irritación por prótesis, entre otros (Ramón Jiménez, Montoya Rey, Hechavarría Martínez, Norate Plumier y Valverde Ramón, 2015).

Según Escalona Veloz, (2015)

> "De manera casi silente, y sin grandes promociones en los medios, tanto académicos como de difusión masiva, el cáncer bucal continúa siendo una de las neoplasias malignas en ascenso, de acuerdo a su incidencia y el importante número de muertes cada año, a pesar de los esfuerzos del MINSAP y de los estomatólogos junto a los médicos de familia, a través de la aplicación del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal".

Programa de Detección de Cáncer Bucal

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población en Cuba, contiene el Programa de Detección de Cáncer Bucal (PDCB), que a su vez integra el Programa de Control de Cáncer. El Ministerio de Salud Pública cubano en 1986 dispuso con carácter oficial el PDCB, que tiene como objetivos la disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal. Se estableció así, que al seguir la metodología de examen de la cavidad bucal, se examinen a todos los pacientes que acudan en la atención primaria a la consulta de Estomatología o en pesquisajes a la población en busca de alteraciones del complejo bucal (Rodríguez Ricardo y otros, 2014).

Ramón Jiménez (2015) refiere:

> "Si las lesiones en la cavidad bucal son detectadas tempranamente, el tratamiento será indicado con intención curativa, pero si la población se educa para detectar los signos y síntomas tempranos de la enfermedad, entonces la atención médica será más efectiva". "Por consiguiente, la detección temprana puede llevarse a cabo mediante la pesquisa y las acciones de salud que permiten identificar individuos con la afección o con riesgos de padecerla, de manera tal, que se reduce de 10 a 20 % la mortalidad actual por cáncer "(Ramón Jiménez y otros, 2015).

Debido a la importancia que reviste el conocimiento de las lesiones bucales premalignas y malignas y de los factores de riesgo del cáncer bucal así como su prevención, las autoras decidieron realizar este estudio para caracterizar las mismas en los pacientes mayores de 35 años. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la población mayor de 35 años de edad perteneciente al área de salud del Policlínico Docente "Guillermo Tejas Silva" en el municipio de Las Tunas de la provincia de Las Tunas, en el período comprendido entre Diciembre del 2016 a Mayo del 2019.

El universo estuvo constituido por la totalidad de la población mayor de 35 años perteneciente al Policlínico Docente "Guillermo Tejas Silva" y la muestra quedó conformada por 14 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se solicitó el consentimiento informado a todos los pacientes que formaron parte del estudio, cumpliendo los requerimientos éticos previsto para este tipo de investigación.

Variables estudiadas

Para el estudio se tuvieron en cuenta las siguientes variables: Sexo, Edad, Factores de riesgo, Tipo de lesión, Nivel de conocimiento sobre las lesiones premalignas y malignas y Localización anatómica.

Para caracterizar la muestra a intervenir, los datos se obtuvieron a través del registro del PDCB de la Clínica, Historia Clínica Individual y de la Encuesta confeccionada al respecto y validada por el criterio del Psicólogo. Se realizó en la Clínica Dental con carácter privado y confidencial para obtener así mayor fidelidad en las respuestas.

Cuadro No.1 Distribución de la muestra examinada según edad en pacientes mayores de 35 años pertenecientes al área de salud del Policlínico "Guillermo Tejas Silva". Diciembre 2016- Mayo 2019.

Grupos de edad	**No.**	**%**
35-59	7	50
60 y más	7	50
Total	14	100

Fuente: Historia Clínica Individual

El Cuadro No.1 nos refleja la distribución de la muestra examinada según edad, donde se evidencia que los pacientes están afectados en igual número en ambos grupos de

edad con un 50% respectivamente. La autora considera que esto se debe a que esta población lleva mucho tiempo expuesta a los factores de riesgo como el tabaquismo por lo que está más predispuesta a la aparición de lesiones premalignas y malignas. Los resultados de nuestra investigación en cuanto a la edad no coinciden con los obtenidos por Rodríguez Rodríguez y colaboradores (2012), donde el predominio corresponde al grupo de 35 a 59 años.

Cuadro No.2 Distribución de la muestra según sexo.

Sexo					
Masculino		**Femenino**		**Total**	
Nº	%	Nº	%	No	%
10	71,4	4	28,6	14	100

Fuente: Historia Clínica Individual

En el Cuadro No.2 nos muestra la distribución de los pacientes según el sexo donde se puede observar que predomina el sexo masculino con un total de 10 pacientes para un 71,4 %. La autora considera que predominó el sexo masculino debido a que los hombres practican más hábitos nocivos que las féminas como por ejemplo el tabaquismo y el alcoholismo y a su vez estos son el género más afectado por las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal. Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros investigadores donde el sexo más representado fue el masculino, con el 60,4% de la muestra (Rodríguez Rodríguez y otros, 2012).

Cuadro No.3 Distribución la muestra según la localización anatómica de la lesión.

Localización anatómica	**Nº**	**%**
Lengua	2	14,3
Suelo de la boca	3	21,4
Mucosa del carrillo	4	28,6
Labios	4	28,6
Paladar blando	1	7,1
Total	14	100

Fuente: Historia Clínica Individual

El cuadro No.3 hace referencia a la distribución de la muestra según localización anatómica de las lesiones donde podemos observar que las zonas más afectadas son los labios y la mucosa del carrillo con un total de 4 lesiones en cada zona para un 28,6%

respectivamente. La autora considera que son estas zonas las que primeramente entran en contacto con el agente agresor que luego desencadena la aparición de la lesión es por ello que son, en la gran mayoría de los pacientes estudiados, las más afectadas. Los resultados de este estudio no coinciden con los encontrados por Ramón Jiménez y otros, (2015) donde la localización anatómica más afectada fue el paladar duro en un 58,0 %.

Cuadro No.4 Caracterización de la muestra según los factores de riesgo

Factores de riesgo	**Nº**	**%**
Tabaquismo	10	71,4
Alcoholismo	1	7,1
Exposición al sol	1	7,1
Total	12	85,7

Fuente: Historia Clínica Individual

En el Cuadro No.4 se muestra la caracterización de la muestra según los factores de riesgo constatándose que el tabaquismo fue el de mayor número de pacientes con un total de 10 para un 71,4 %. La autora considera que este hábito es uno de los más perjudiciales para la salud y el que mayor número de pacientes practican sobre todo en nuestra investigación siendo este uno de los principales factores de riesgo para la aparición de las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal. Nuestros resultados guardan similitud con los alcanzados por otros autores (Rodríguez Rodríguez y otros, 2012; Ramón Jiménez y otros, 2015).

“El tabaco es el factor local más importante a tener en cuenta para que se produzcan las principales lesiones premalignas y el cáncer bucal; al igual que el alcohol tiene un efecto sinérgico, pero ambos desempeñan un papel independiente.

Ramón Jiménez y otros (2015), señalan que:

> “El alcohol es un promotor y no un complejo carcinógeno, otros lo consideran como un solvente para los carcinógenos del tabaco “

Cuadro No.5 Caracterización de la población estudiada según el tipo de lesión.

Tipo de lesión	No	**%**
Premaligna	8	57,1
Maligna	6	42,9
Total	14	100

Fuente: Historia Clínica Individual

En el cuadro No.5 se aprecia la distribución de la muestra según el tipo de lesión a través del diagnóstico histopatológico, donde 8 de ellas se confirmaron como lesiones premalignas para un 57,1 % y 6 lesiones malignas (Carcinoma epidermoide) para un 42,9 %. La autora considera que se debe hacer más énfasis en la realización de estrategias educativas en nuestra población para elevar la percepción del riesgo de las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal ya que a medida que transcurren los años es mayor el número de pacientes con estas lesiones.

Cuadro No.6 Conocimiento sobre las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal

Conocimiento sobre las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal	**No**	**%**
Bien	3	21,4
Regular	10	71,4
Mal	1	7,2
Total	14	100

Fuente: Encuesta

En el cuadro No.6 se muestra el nivel de conocimiento de la muestra estudiada según la percepción del riesgo de las lesiones premalignas y malignas de la cavidad oral, evidenciándose que la mayoría del total de la muestra (10) presenta un nivel de conocimiento calificado de regular según la encuesta realizada para un 71,4 %. La autora considera que a pesar de que los pacientes tengan conocimiento, este no les sirve de factor protector para las enfermedades bucales premalignas y malignas. Todo esto demuestra que debemos incrementar el número de estrategias preventivas a realizar en nuestra comunidad para de esta forma elevar el nivel de conocimiento de nuestra población en cuanto a los hábitos perjudiciales para la salud bucal y también promover modos y estilos de vida saludables.

Nuestros resultados guardan similitud con los obtenidos por otros autores donde el 62,6 % no conocían los factores de riesgo del cáncer bucal (Doncel Pérez y otros, 2014). Estos resultados coinciden con los expuestos por otros estudios que refieren un bajo nivel de conocimiento de los factores de riesgo del cáncer bucal, deficiencias en las vías de información educativa, desconocimiento de los síntomas y signos de alarma ante el cáncer bucal, no realización adecuada del autoexamen bucal, existiendo necesidades de aprendizaje sobre prevención del cáncer bucal en todos los aspectos explorados (Mendoza Fernández, Ordaz González, Abreu Noroña, Romero Pérez y García Mena, 2013).

Tarragó (2014), refiere que:

> "La boca tiene una localización muy privilegiada y el estomatólogo dentro de su trabajo tiene que realizar un examen minucioso y ordenado de la boca y detectar cualquier alteración, tratarla o remitir al paciente al especialista que corresponda, es primordial y para ello no se necesitan recursos adicionales".

CONCLUSIONES

Predominó el sexo masculino. El grupo de edad que abarcó la mayor cantidad de pacientes fue el de 60 y más. Predominó el hábito del tabaquismo. Anatómicamente la mayoría de las lesiones se localizaron en los labios y mucosa del carrillo. El nivel de conocimiento que predominó según la encuesta fue el regular. Predominaron las lesiones premalignas.

REFERENCIAS

Doncel Pérez, Clara, Méndez Calunga, Maritza, Betancourt Dieste, Héctor, & Castillo Castillo, Arturo. (2014). Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. *Revista Cubana de Medicina Militar*, *43*(1), 52-60. Recuperado en 15 de julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100007&lng=es&tlng=es.

Escalona Veloz, Rafael. (2015). Diagnóstico histopatológico de cáncer bucal en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". MEDISAN, 19(2), 223-228. Recuperado en 15 de julio de 2019, de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000200011&lng=es&tlng=es.

Mendoza Fernández, Mirna, Ordaz González, Ana Margarita, Abreu Noroña, Alina del Carmen, Romero Pérez, Odelkis, & García Mena, Marycel. (2013). Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 17(4), 24-32. Recuperado en 15 de julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400004&lng=es&tlng=pt.

Miguel Cruz, Pedro Antonio, Niño Peña, Aluett, Batista Marrero, Kelia, & Miguel-Soca, Pedro Enrique. (2016). Factores de riesgo de cáncer bucal. Revista Cubana de Estomatología, 53(3), 128-145. Recuperado en 21 de junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006&lng=es&tlng=pt.

Miranda Tarragó, Josefa Dolores. (2014). Retos y posibilidades en la disminución de la mortalidad por cáncer bucal. Revista Cubana de Estomatología, 51(3), 248-249. Recuperado en 15 de julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072014000300001&lng=es&tlng=es.

Ramón Jiménez, Ruth, Montoya Rey, Maritza, Hechavarría Martínez, Bárbara Olaydis, Norate Plumier, Aimé, & Valverde Ramón, Camila. (2015). Characterization of aged adults with premalignant and malignant oral lesions. *MEDISAN*, *19*(6), 730-737. Recuperado en 21 de junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000600004&lng=es&tlng=en.

Rodríguez Ricardo, Emilio, Santana Fernández, Kadir Argelio, Fong González, Yaivet, Rey Ferrales, Yusleine, Jacas Gómez, Manuel Jesús, & Quevedo Peillón, Karelia. (2014). Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal. Revista Archivo Médico de Camagüey, 18(6), 642-655. Recuperado en 15 de julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000600007&lng=es&tlng=es.

Rodríguez Rodríguez, N., Álvarez Blanco, Y., Cárdenas Pérez, E., Cruz Betancourt, M., Morales Pardo, M., & Cepero Franco, F. (2012). Caracterización de las remisiones del Programa de Detección Precoz del cáncer bucal al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila. Referrals characterization of the early detection program of oral cancer to the second level of care in t. MediCiego, 18(2). Recuperado de http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/346

Verdecia Jiménez, Ana Iris, Álvarez Infantes, Elisa, & Parra Lahens, Julita. (2014). Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. *Correo Científico Médico*, *18*(1), 45-54. Recuperado en 21 de junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100007&lng=es&tlng=pt.

CARACTERIZACIÒN DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES EN ESCOLARES INTERNOS. MANATI, 2016-2018

CHARACTERIZATION OF THE BUNCODENTALESES ILLNESSES IN INTERNAL ESCOLARS. MANATI, 2016-2018

Edainis Nieves Álvarez energia01@ltu.sld.cu

Rebeca Payne C'pierre rebeckmagdeey@nauta.cu

RESUMEN

El artículo resume los resultados de una investigación observacional, descriptiva de corte transversal, con el objetivo de caracterizar el comportamiento de las enfermedades bucodentales en escolares internos de 11 a 14 años de la ESBEC "René Martínez Tamayo" atendidos en la Clìnica Estomatológica Docente "Ernesto Guevara de la Serna", Manatì, en el período comprendido entre octubre del 2016 a junio del 2018. La muestra quedó constituida por 93 escolares. Entre los principales resultados existió una alta prevalencia de enfermedades bucodentales que afectó un porciento significativo de la población examinada, siendo el rango de edad marcado el de 12 años y el sexo masculino prevaleció sobre el femenino. La enfermedad bucodental que predominó fue la caries dental, seguida por maloclusiones y gingivitis. La gingivitis leve afectó un porciento de escolares y predominó una prevalencia de maloclusiones Clase I. El mayor porcentaje de escolares tenía higiene bucal deficiente.

PALABRAS CLAVES: comportamiento, enfermedades bucodentales

ABSTRACT

The articulate sums up the results of an observational, descriptive investigation of cross section, with the objective to characterize the conduct of the bucodentales illnesses in internal escolars of 11 to 14 years of the ESBEC Rene Martinez Tamayo attended in the Clinica Estomatologica Educational "Ernesto Guevara de la Serna", Manatì, in the period understanded between October of the 2016 to June of the 2018. The simple remains constituted for 93 escolars. Between the main results a high prevalence of bucodentaleses illnesses that it affectionate a significant per cent of the examined poblation, being the range of marked age those of 12 years and the masculine sex on the feminine thing. The bucodental illeness I predominate went the dental caries, succession for malocclusions and gingivitis. The light gingivitis affection a per cent of escolares with a prevalence of I Class malocclusions. The bigger percentage of faulty oral hygiene escolars.

KEY WORDS: conduct, bucodentaleses illness

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades que se presentan en la cavidad bucal, en ciertos casos concretos, como la caries y la enfermedad periodontal, las podemos considerar como una auténtica plaga por su extensión, es decir su alta prevalencia, dando origen a pérdidas estructurales de dientes y tejido periodontal si no se diagnostican precozmente. (Cerón, et al., 1994)

Junto a la caries y la enfermedad periodontal, las maloclusiones, los traumatismos dentarios, las lesiones de mucosas, la fluorosis son las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud. (Irigoyen, et al., 1996)

Las condiciones de salud bucal en el contexto latinoamericano se expresan como un espectro epidemiológico en el que se combinan problemas de las sociedades llamadas subdesarrolladas con las de desarrollo avanzado, en las cuales la estructura socioeconómica y situación geográfica se manifiestan, entre otros aspectos, por las condiciones de salud bucal y por las posibilidades de acceso a la misma. (Makoni, et al., 1997)

Se ha visto que la población más susceptible a estos padecimientos es en la infantil, y por tal motivo estos padecimientos dejan secuelas en la población adulta, sin embargo la caries es la que sigue dando índices de mayor prevalencia en los niños presentando la mayoría de sus dientes afectados. (Witford, et al., 1990)

La caries dental es el problema de Salud Pública que más aqueja a la sociedad, desde los grandes faraones egipcios hasta los actuales presidentes, casi todos en algún momento de su vida han padecido de esta enfermedad. (García Flores, et al., 2013)

La alta prevalencia de la caries dental afecta entre el 95 y 99 % de la población mundial, principalmente a la infantil de los países desarrollados. (Jova García, et al., 2013)

Las enfermedades periodontales son las enfermedades crónicas inflamatorias que afectan a los tejidos que rodean al diente. Estos procesos inflamatorios son de etiología infecciosa y pueden localizarse solo en los tejidos de revestimiento del diente, como en el caso de la gingivitis, o extenderse en profundidad a los tejidos de soporte dentarios causando la pérdida de tejido conectivo y de hueso de alveolar, lo que puede eventualmente dar lugar a la pérdida del diente. (Llanes Llanes, et al., 2007)

Por su frecuencia, las enfermedades periodontales son uno de los mayores problemas de salud pública en la inmensa mayoría de los países. En Europa, teniendo en cuenta el indicador antes mencionado, los estudios que abarcan mayor cantidad de población refieren a una baja prevalencia de la enfermedad. En África existe una gran proporción de cálculo, las bolsas iguales o mayores a 4mm se dan frecuentemente (75% a 95 %) y se observan con menor frecuencia bolsas profundas (3 al 38%). Con respecto a la pérdida de inserción (≥ 4mm), existe una amplia gama de variación, entre 18% y 99%. (Arrieta Vergara, et al., 2011)

Analizando los datos de España y Hong-Kong, la enfermedad periodontal adquiere relevancia epidemiológica, la proporción de sanos apenas supera el 15% en adolescentes.19 En Canadá los resultados refieren a una alta prevalencia de enfermedad periodontal: 81% presentaban sangrado, 73,6% bolsas igual o mayor a 4mm. (Doncel Pérez, t al., 2011)

Por otra parte, las maloclusiones, constituyen el tercer problema de salud dental según la OMS, luego de la caries dental y enfermedades periodontales, mostrando con el paso de los años un ligero incremento; tanto es así; que se ha considerado como un problema inherente a la civilización, cuya prevalencia varia en las distintas partes del mundo; sin

embargo, el incremento paulatino en países desarrollados ha impactado en la sociedad ya que esta es vulnerada en la heterogeneidad genética. (Canut Brusala, 2001)

El conocimiento de estas enfermedades bucales en edades tempranas resulta extremadamente provechoso desde la arista médica ya que darían al traste diagnósticos preventivos y correctivos necesarios para preservar la dentición primaria en condiciones favorables. (Di Santi de Modano Juana, et al., 2003)

En la provincia de Las Tunas, municipio Manatì se ha acelerado la tasa de prevalencia de las enfermedades bucales en escolares de 11 a 14 años, sobre todo en localidades del municipio Manatì, lo cual ha motivado la realización de esta investigación. El desconocimiento de las personas, la no asistencia temprana y oportuna a las consultas de estomatología, como también la no existencia de estudios dirigidos a este tema han influido en la problemática actual.

El universo de estudio lo conformó un total de 132 escolares que acudieron a consulta en la Clìnica Estomatológica Docente "Ernesto Guevara de la Serna", Manatì y se diagnosticaron con algún tipo de enfermedad bucal y para la muestra se hizo un muestreo aleatorio simple y quedó constituida por 93 de ellos

En una primera etapa la autora realizó las coordinaciones con el personal directivo de la escuela a través de un convenio intersectorial, con el objetivo de explicar los propósitos y etapas por las que transitaría la investigación.

Luego, se seleccionó una muestra aleatoria de los escolares y sus padres, con su consentimiento informado. Para la realización de las diferentes etapas, fueron definidos los horarios y locales.

En esta fase se realizó una reunión con los directivos, el Consejo Científico y el Comité de Ética de la institución, para así dar a conocer los objetivos del estudio.

El diagnóstico dentario se realizó a través de una exploración clínica por visión directa e indirecta utilizando un espejo sin aumento siguiendo los criterios actuales de la OMS.

Como métodos complementarios para el diagnóstico de caries de superficies oclusales se aplicó el colorante doble tono y para diagnosticar caries de superficies proximales se realizó transiluminación en el sector anterior y se tomaron radiografías en el sector posterior. Con los datos recabados se calculó el Índice CPOD utilizado en forma estándar en epidemiología.

Se realizó la tabla para registro de mediciones y determinación del Índice de Placa bacteriana de Silness y Löe.

Para definir la variable Índice de Placa de Silness y Löe se categorizó a la higiene bucal en tres estados, “buena”, “regular” y “deficiente”, según los puntos de corte.

El Índice Gingival de Löe y Silness, el mide el grado de inflamación de los tejidos gingivales. No considera profundidad de bolsa, pérdida ósea ni cualquier otro cambio cuantitativo en el periodonto. El criterio está basado exclusivamente en determinar cambios cualitativos de los tejidos periodontales. Para el registro se secó la zona a inspeccionar y se realizó una exploración clínica utilizando un espejo sin aumento para

determinar los signos clínicos detectables por visión directa e indirecta y se utilizó una sonda periodontal, introduciéndola levemente en el surco gingival, con el objetivo de determinar si se producía sangrado al sondaje.

Las variables recogidas en la HC fueron vaciadas en una planilla de recolección de datos.

La información recogida se llevó a la base de datos con una computadora Pentium IV en procesador de texto Word XP. La información se procesó mediante la estadística descriptiva para el análisis de distribución de frecuencias de datos cualitativos con una confiabilidad del 95% ($p< 0,05$). Las tablas se diseñaron en Excel XP en procesador estadístico SPSS. Versión 10 para Windows. Los resultados se presentaron en forma de texto y en tablas simples de distribución de frecuencias, expresados en frecuencia y porcentaje para recolectar la información.

Los datos recabados con respecto a los Índices se describieron mediante medidas de tendencia central (media, mediana) y como medida de dispersión el desvío estándar para variables cuantitativas.

Las variables cualitativas se expresaron en sus frecuencias absolutas y relativas en porcentajes, utilizando tablas de contingencia. Las tablas de contingencia r x c (r = filas y c= columnas) se emplean para registrar y analizar la relación entre dos o más variables, habitualmente de naturaleza cualitativa (nominales u ordinales). El nivel de significación escogido fue de 5 %.

RESULTADOS

En la tabla No 1 se evidencia que en los escolares afectados por enfermedades bucodentales, se encontró que 62 correspondieron al sexo masculino para el 66.7 % y 31 al sexo femenino para un 33.3%. Al estudiar los rangos de edades prevaleció en cuanto a cantidad de escolares afectados el grupo de 12 años en ambos sexos con 38 de ellos para un 40.9%.

Edad	Femenino		Masculino		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
11 años	9	9.6	18	19.3	27	29.0
12 años	14	15.1	24	25.8	38	40.9
13 años	5	5.3	11	11.8	16	17.2
14 años	3	3.2	9	9.6	12	12.9
Total	31	33.3	62	66.7	93	100

En la tabla No 2 se evidencia el comportamiento de las enfermedades bucodentales en los escolares que constituyeron la muestra, predominando las caries dental al 100% de los 93 seleccionados, seguido por 34 de ellos con maloclusiones lo que representa un 36.5%, 22 con gingivitis para un 23.6%. En este estudio no se identificó periodontitis.

Enfermedades bucodentales	No	%
Caries dental	93	100
Gingivitis	22	23.6
Periodontitis	0	0.0
Maloclusiones	34	36.5

En la tabla No 3 se observa que el mayor porcentaje de los escolares presentó una gingivitis en la categoría de leve (63.7%), de los cuales el mayor número se encontró en la edad de 12 años (27.4%). Vale señalar que solo 1 escolar presentó la forma severa de gingivitis, para un 4.5 % del total de la población examinada con la enfermedad, que fueron un total de 22.

Edad	Leve		Moderada		Severa	
	No.	%	No.	%	No.	%
11 años	4	18.3	2	9.0	0	0.0
12 años	6	27.4	3	13.6	1	4.5
13 años	2	9.0	1	4.5	0	0.0
14 años	2	9.0	1	4.5	0	0.0
Total	14	63.7	7	31.8	1	4.5

En la tabla No 4 se ilustran los resultados que muestran un total de 34 escolares con maloclusiones, teniendo una prevalencia en la CI de un 61.7%, la CII con un 26.5% en comparación a la CIII con un 11.8%.

Clasificación de la maloclusión		
Clasificación de Angle	No	%
Clase I	21	61.7
Clase II	9	26.5
Clase III	4	11.8
Total	34	100

En la tabla No 5 el índice de higiene bucal en 56 escolares fue evaluado de mal para un 60.2%, lo que da la medida de una higiene bucal deficiente. Solo el 5.4% del total de la muestra presentó una higiene eficiente.

Índice de Análisis de Higiene Bucal	Escolares	
	No.	%
Buena	5	5.4
Regular	32	34.4
Deficiente	56	60.2
Total	93	100

DISCUSIÓN

Estudios realizados por otros autores igualan a estos resultados, en la bibliografía consultada, la caries dental fue la causa más frecuente de solicitud de atención en los

servicios estomatológicos, lo que da la medida de su alta prevalencia.(Cigales Reyes, et al., 2011)

Una dieta rica en hidratos de carbono facilitará la formación de la placa bacteriana, estructura de composición física y química variable que permite la colonización bacteriana. Las propiedades adhesivas de la placa bacteriana, de gran importancia en el proceso cariogénico, están dadas por una glicoproteína de origen salival que sirve como elemento nutritivo a los microorganismos. (Zaldívar Bernal, et al., 2014)

Existe consenso en que el factor determinante en la aparición de gingivitis es la placa dentobacteriana, por lo que la higiene bucal deficiente es un factor de riesgo para desarrollarla. Existe asociación entre caries y gingivitis, debido a que las lesiones cariosas acumulan placa que avanza apicalmente hacia la encía. La respiración bucal, surco palatino, y presencia de aparatos de ortodoncia también son factores asociados. (Mukhopadhyay, 2015)

Las maloclusiones constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, siendo reportado a nivel mundial que para la población pediátrica esta entidad ocupa el tercer lugar en prevalencia, precedido sólo de la caries dental y periodontopatías.

En su estudio de prevalencia de las maloclusiones en los servicios de Ortodoncia demostró que no era igual a la que puede presentarse en la población general, ya que a estos servicios acuden pacientes referidos por presentar algún problema oclusal o aquellos que tienen una percepción de poseer maloclusión evidente. (Onyeaso, et al., 2002)

La gingivitis es considerada la entidad más común de las enfermedades periodontales, causada en un gran número de casos por la presencia de placa bacteriana que genera, a la vez, una respuesta inflamatoria de la mucosa gingival de carácter reversible, sin consecuencias posteriores en los estadios iniciales.

La higiene bucal es el factor de riesgo más importante en el origen y evolución de las periodontopatías. Cuando esta es deficiente existe acumulación de placa bacteriana, la que al envejecer, cambia su contenido microbiano hacia formas más patógenas, y al no ser eliminadas se calcifican provocando el cálculo, que al ser duro, irritante y rugoso, retiene más placa bacteriana. (Sukugawa, 2014)

Es muy común encontrar adolescentes con pobre higiene bucal. Se ha comprobado que la calidad de la higiene oral es la de mayor importancia, ya que en casi todos los estudios han confirmado que existe una asociación muy alta entre la presencia de una higiene oral deficiente y la gravedad de la inflamación gingival.

Los resultados obtenidos se acercan a estudios realizados por otros investigadores, donde se destaca a la promoción de salud como elemento básico para la realización de actividades educativas encaminadas a modificar actitudes y estilos de vida inadecuados, en lo referente a la salud bucal en general de las personas. (Nápoles García, 2014)

Se concluye que existió una alta prevalencia de enfermedades bucodentales que afectó un porciento significativo de la población examinada, siendo el rango de edad marcado

el de 12 años y el sexo masculino prevaleció sobre el femenino. La enfermedad bucodental que predominó fue la caries dental, seguida por maloclusiones y gingivitis. La gingivitis leve afectó un porciento de escolares y predominó una prevalencia de maloclusiones Clase I. El mayor porcentaje de escolares tenía higiene bucal deficiente.

REFERENCIAS

Arrieta Vergara KM, Díaz Caballero A, González Martínez F. Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en estudiantes de odontología. Rev Cubana Estomatol. 2011 [citado 3 sep 2014]; 48(1): 6-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000100003&lng=es

Canut Brusala J.A. Ortodoncia clínica y Terapéutica 2da Ed. Barcelona: Editorial Masson 2001 p 156, 237, 240.

Cerón P, García A, Ranvall A, Rubio J. Perfil epidemiológico bucal de escolares de dos colonias de Ciudad Nezahualcóyotl. PO. 1994, 15(3)49-5

Cigales Reyes A, Chaviano Moreno M, Sánchez Delgado Z, Robaina Rivero ER, García Romero M. Comportamiento epidemiológico de urgencia por caries dental. Policlínico Universitario 7 de Diciembre. Jagüey Grande. Septiembre-diciembre 2007. RevMéd Electrón [Internet]. 2011 [citado 11 Nov 2010];33(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Doncel Pérez C, Vidal Lima M, Valle Portilla MC. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. Rev Cubana Med Mil. 2011 [citado 3 sep 2014];40(1): 40-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000100006&lng=es

Di Santi de Modano Juana, Vázquez Victoria Blanca. Maloclusión Clase I: Definición, Clasificación, Características clínicas y tratamiento. Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. [Revista en internet] 2003 [marzo 2014]; [23p]. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones.

García Flores K, Suárez Zafra D, Huerta Flores K. Panorámica de la atención estomatológica a pacientes especiales. Rev Ciencias Médicas La Habana. 2013, [citado 5 Dic 2016]; 19(2). Disponible en: http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/590/html

Irigoyen E, Molina N, Zepeda M, y cols. Caries dental en escolares del Estado de México y en escolares de origen hispanos radicados en los Estados Unidos. ADM. 1996 LV (1)41-5.

Jova García A, Cabrera Llano S, Jiménez Mesa LM. Intervención educativa sobre caries dental. Escuela «Fabio Fuentes». Santa Clara, Villa Clara. Medicentro Electrón. 2013 [citado 12 jul 2017]; 17(4):159-160. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v17n4/mdc04413.pdf

Llanes Llanes E, Valle Portilla MC, Rodríguez Méndez G, et al. Guías prácticas clínicas de enfermedades gingivales y periodontales. En: Sosa Rosales MC. Guías Prácticas Clínicas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

Makoni F, Frencken JE, Sithole WD. Oral health status among secondary school students in Harare, Zimbabwe. J Dent. Assoc S Africa. 1997; 52(7)491-4.

Mukhopadhyay S. Quantitative estimation of AgNORs in inflammatory gingival overgrowth in pediatric patients and its correlation with the dental plaque status. Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. 2015; 27(4):235-24. [Consulta 12 de mayo de 2016]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-2013000100005&lng=es&nrm=iso

Nápoles García D, Nápoles Méndez D, Moráguez Perelló G, Cano García VM, Montes de Oca García A. Estado de salud periodontal en embarazadas MEDISAN [revista en Internet] 2014 mar; 16(3): 1-65. [Consulta 12 de mayo de 2015]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192012000300004&lng=es&nrm=iso

Onyeaso CO, Aderinokun GA, Arowojolu MO The pattern of malocclusion among orthodontic patients seen in Dental Centre, University College Hospital, Ibadan, Nigeria. Afr J MedMedSci. 2002 Sep;31(3):207-11.

Sukugawa F. Factores de riesgo para enfermedades gingivoperiodontales. Rev de la Fundación Juan José Carraro. 2014. [Consulta: 12/may/2015]. Disponible en: www.fundacioncarraro.org/revista-2015-n22-art2.php

Witford GM. The phisiological and toxicological characteristics of fluoride. J Dent. 1990, 69:539-49.

Zaldívar Bernal HL, Cid Rodríguez MC, Sánchez Gay JM, et al. Comportamiento de la gingivitis crónica en adolescentes de la Secundaria Básica “Jesús Fernández”. Santa Marta, Cárdenas. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Oct [citado 26 Ene 2016];36(Supl 1). Disponible en: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/supl1%202014/tema04.htm

SITUACIÓN DE SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES DEL HOGAR DE ANCIANOS "DR. CARLOS E. FONT PUPO" LAS TUNAS, 2019

ORAL HEALTH SITUATION OF THE PATIENTS OF THE HOUSEHOLD OF ELDERS DR. CARLOS E. FONT PUPO LAS TUNAS, 2019

Elisa Amparo Núñez Oduardo enoduardo@ ltu.sld.cu

Mayelín de la Caridad Suárez González mcsuarez@ltu.sld.cu

Yoanis Gutiérrez Olives

RESUMEN

El número de adultos mayores, está incrementándose notablemente a nivel mundial, en nuestro país constituye un reto para las autoridades sanitarias y los sistemas de salud pública. Se realizó un estudio descriptivo transversal, en pacientes mayores de 60 años, pertenecientes al Hogar de Ancianos "Dr. Carlos E. Font Pupo" en el periodo comprendido de septiembre de 2018 a junio del 2019, con el objetivo de determinar la Situación de la Salud Bucal de estos pacientes. El universo estuvo constituido por 186 pacientes pertenecientes a la institución. Se determinó que sexo predominante fue es masculino y la edad de 80 y más, el estado de salud que más los afecta es la necesidad protésica, seguida de las enfermedades periodontales, el índice de CPO-D de comportó en 13.3, predominó la clasificación epidemiológica el grupo III enfermos, siendo el factor de riesgo predominante los fumadores, el conocimiento de salud bucodental es regular y se sienten satisfechos con los servicios de salud.

PALABRAS CLAVES: Salud bucal, paciente geriátrico

ABSTRACT

The number of older adults is increasing markedly worldwide, in our country it is a challenge for health authorities and public health systems. A descriptive cross-sectional study was conducted in patients over 60 years of age, belonging to the Dr. Carlos E. Font Pupo Nursing Home in the period from September 2018 to June 2019, with the objective of determining the Oral Health Situation of these patients. The universe consisted of 186 patients belonging to the institution. It was determined that the predominant sex was male and the age of 80 and over, the state of health that most affects them is the prosthetic need, followed by periodontal diseases, the CPO-D index behaved in 13.3, the epidemiological classification prevailed Group III patients, being the predominant risk factor for smokers, oral health knowledge is regular and they feel satisfied with health services.

KEY WORDS: Oral health, geriatric patient

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se define como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímica que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo que se desarrolla a lo largo de nuestra vida (Rosales Rodríguez, R y Col 2014)

La población envejece a nivel mundial, tanto es así que en la actualidad casi 700 millones de personas son mayores de 60 años, estimándose que a finales del siglo aumente la

esperanza de vida y por primera vez en la historia de la humanidad en el 2050 habrá más personas mayores de 60 años que niños (Colectivo de autores,2015)

La vejez es una especial etapa de la vida de las personas. Es un proceso normal del organismo, caracterizado por una disminución progresiva de las funciones de cada órgano y sistema, generando condiciones que afectan la salud del adulto mayor, por tanto, aumenta el riesgo a adquirir enfermedades e incapacidades, y entre ellas las afecciones bucodentales (Gutiérrez Alcalá R. 2016)

Los ancianos arriban a la vejez sometidos a un gran número de factores de riesgo y a enfermedades bucodentales prevenibles que devienen un importante problema de salud por su alta prevalencia, su demanda pública y el fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población (Gonzáles Ramos, RM y Col 2013)

En los últimos cien años la ancianidad se ha convertido en un problema social importante. La sociedad no estaba acostumbrada a que un porcentaje tan alto de la población, cada día mayor, alcanzara una edad tan avanzada. No existían los complejos cuidados de salud para el anciano, ni existía apenas, aunque tanto se alude a ella, la convivencia trigeneracional o incluso cuatrigeneracional. Cuba constituye uno de los países americanos más envejecidos. Este fenómeno secundario a una adecuada política social, debe ser enfrentado con los escasos recursos económicos que posee un país en desarrollo (González Ramos, RM 2013)

En Cuba la atención al adulto mayor es una de las tareas fundamentales del estado. Cuantiosos recursos son asignados para brindar protección, comodidad, salud, etc., al grupo poblacional llamado de la tercera edad (Rosales Rodríguez, R y Col 2014)

La población geriátrica perteneciente al Hogar de Ancianos en estudio no está exenta de todos los problemas antes mencionados; por lo importante que resulta la atención estomatológica y la prioridad que tiene dentro del sistema de salud se decide realizar la presente investigación.

Para ello se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes mayores de 60 años, pertenecientes al Hogar de Ancianos “Dr. Carlos E. Font Pupo” en el periodo comprendido de septiembre de 2018 a junio del 2019, con el objetivo de determinar la Situación de la Salud Bucal de estos pacientes. El universo estuvo constituido por 186 pacientes pertenecientes a la institución a los cuales se le confeccionó la historia clínica de salud bucal, establecida en el Programa Nacional de Estomatología General Integral, (Sosa Rosales, M y Col. 2013) fueron utilizadas las siguientes variables: edad, sexo, estado de salud bucal, clasificación epidemiológica, índice de cariados-perdidos-obturados en dentición permanente (CPOD), factores de riesgo, nivel de conocimiento y satisfacción con los servicios prestados

Los pacientes fueron examinados en el hogar por un estomatólogo general integral y una tecnóloga de atención estomatológica; se le realizó el interrogatorio y examen físico y bucal con espejo y explorador.

Factores

La atención estomatológica a los ancianos es uno de los sectores de la salud mayormente involucrados, debido a los altos valores de prevalencia e incidencia de las patologías bucales. Los gerontes tienen un alto riesgo de afección buco dental, aunque se dispone de los conocimientos necesarios y actualizados sobre el envejecimiento, la sociedad en general y los mismos ancianos, se continúan aceptando el deterioro bucal y del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento. (Almirón, PA y Col. 2016)

Tabla 1. Población examinada según edad y sexo del Hogar de Ancianos

"Dr. Carlos E. Font Pupo" Las Tunas año 2019.

Grupos de Edades	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60-64	11	5.9	9	4.8	20	10.7
65-69	14	7.5	21	11.2	35	18.8
70-74	11	5.9	19	10.2	30	16.1
75-79	13	6.9	26	13.9	39	20.9
80 y más	21	11.2	41	22.0	62	33.3
Total	70	37.6	116	62.3	186	100

En la tabla 1 expresa la población examinada según sexo y edad y hay predominio del sexo masculino con el 62.3 %, históricamente es el sexo que ha predominado en estas instituciones, según expertos entrevistados consideran que esto es debido a un problema social, pues cuando la familia se convierte en disfuncional por irregularidades de la conducta de los hombres que son los que abandonan la familia generalmente y se considera que es uno de los motivos por lo que se protege más a la mujer en el hogar.

La edad que predominó es la de 80 y más dado por la expectativa de vida al nacer que cada día va en aumento en Cuba.

Resultados similares a esto obtuvo el Dr. Núñez Antúnez y col. (Núñez Antúnez, L y col 2007) al analizar los pacientes examinados según edad y sexo en el Hogar de Ancianos de Palmarito, correspondiente al municipio "Mella" Provincia Santiago de Cuba donde el sexo masculino predominó con el 61,5 %, y que las edades de 75 a 79 años, la variable edad no coincide con la investigación de Almirón y Colaboradores en Paraguay (Almirón, PA y Col. 2016) donde la edad que predominó en más de un 50 % es la de 60 a 74 años.

Tabla 2. Pacientes según Estado de Salud Bucal y edad del Hogar de Ancianos

"Dr. Carlos E. Font Pupo" Las Tunas año 2019.

Condición	Grupo de edad											
	60-64		65-69		70-74		75-79		80 y mas		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%

Desdentados totales	8	4.3	10	5.3	12	6.4	15	8.0	18	9.6	63	33.8
20 o más dientes funcionales	12	6.4	16	8.6	12	6.4	10	5.3	5	2.6	55	29.5
Necesitan prótesis	7	3.7	11	5.9	21	11.2	24	12.9	30	16.1	93	50
Afectados por Caries	3	1.6	2	1.0	5	2.6	3	1.6	12	6.4	25	13.4
Afectados por periodontopatias	4	2.1	12	6.4	11	5.9	15	8.0	27	14.5	69	37.1
Estomatitis Subprótesis	1	0.5	3	1.6	2	1.0	4	2.1	8	4.3	18	9.6

A pesar de los avances de la ciencia y la tecnología, los ancianos sufren un alto riesgo de padecer enfermedades bucodentales, entre ellas la caries dental y la enfermedad periodontal; la pérdida parcial o total de los dientes no son propios de la edad, sino un indicativo de mal estado de salud bucal del paciente. (Criado, M 2013)

En la tabla 2 se observa que la necesidad de prótesis es la condición que prevalece en el estudio con un 50 %, seguido por los afectados por periodontopatias represan el 37.1 % de los pacientes estudiados, y solo el 29.5 % cuenta con 20 o más dientes funcionales, que esto se debe al deterioro que van sufriendo estos pacientes la medida en que va avanzando la edad.

Tabla 3 Estado de salud bucal de la población geriátrica según sexo. Hogar de Ancianos “Dr. Carlos E. Font Pupo” Las Tunas, año 2019.

Condición	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Desdentados totales	35	18.8	28	15.0	63	33.8
20 o más dientes funcionales	23	12.3	32	17.2	55	29.5
Necesitan prótesis	52	27.9	41	22.0	93	50
Afectados por Caries	16	8.6	9	4.8	25	13.4
Afectados por periodontopatias	46	24.7	23	12.3	69	37.1
Estomatitis Subprótesis	13	6.9	5	2.6	18	9.6

Al evaluar el estado de salud bucal según sexo se observa que el más afectado es el masculino hay autores que refieren que las mujeres son más presumidas que los hombres y por tanto cuidan más de salud bucal, de igual forma desde el punto de vista estético se plantea que acuden más a los servicios estomatológicos y es una de las razones por la que el 17,2 % cuentan con 20 o más dientes funcionales.

Estos resultados no coinciden con los de la Dra. Berenguer Gouarnalusses M (Berenguer Gouarnalusses, M, 2011) en un Consejo popular de Santiago de Cuba donde el 60,4 % de los examinados eran edentes total, sin embargo, a diferencia de esta investigación predominaron las mujeres.

Tabla 4. Índice de COP-D y sus componentes, según grupos de edades.

Grupo de edades	C	O	P	COP	
60-64	5	10	226	10,8	12.0
65-69	10	93	333	10,9	12.4
70-74	5	22	382	11,1	13.6
75-79	9	32	495	11,5	13.7
80 y más	28	78	759	12,9	13.9
Total	57	235	2195	11,28	13.3

Al hacer un análisis de los resultados obtenidos se puede observar que con el avance de la edad se va aumentando el CPO lógicamente con ella se incrementa la pérdida dentaria y el grupo más afectado es el de 80 y más con un 13.9, coincidiendo estos resultados con la investigación de la Dra. Maura Rodríguez Jiménez (Rodríguez Jiménez, M y Col, 2016).

Tabla 5. Clasificación epidemiológica de la población geriátrica según edad. Hogar de Ancianos “Dr. Carlos E. Font Pupo” Las Tunas, año 2019.

Edades	Examinados	Clasificación epidemiológica							
		Sano		Sano con riesgo		Enfermo		Deficiente Discapacitado	
		No	%	No	%	No	%	No	%

60-64	20	0	0	6	3.2	7	3.7	7	3.7
65-69	35	0	0	6	3.2	18	9.6	11	5.9
70-74	30	0	0	10	5.3	13	6.9	7	3.7
75-79	39	0	0	7	3.7	22	11.8	10	5.3
80 y más	62	0	0	17	9.1	31	16.6	14	7.5
Total	186	0	0	46	24.7	91	48.9	49	26.3

En la salud general del anciano, influye mucho la cavidad bucal, ya que ésta tiene utilidad en el lenguaje, en la masticación y apariencia física, por ende, en su autoestima.

En cuanto a la clasificación epidemiológica se observa que del total de ancianos el 48.9 % correspondían al grupo III enfermo y le sigue el grupo IV deficiente discapacitado con el 26.3 %, resultados similares a esto obtuvo la Dra. Maura en cuanto a la clasificación epidemiológica no hubo pacientes sanos y el 68,3 % se clasificó enfermo. (Rodríguez Jiménez, M y Col, 2016)

Tabla 6. Pacientes con factores de riesgos según sexo.

Factor de Riesgo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Fumadores	48	25.8	27	14.5	75	40.3
Ingestión de alcohol	28	15.0	2	1.0	30	16.1
Higiene bucal deficiente	47	25.2	26	13.9	73	39.2
Prótesis desajustada	19	10.2	30	16.1	49	26.3
Uso incorrecto de la prótesis	14	7.5	10	5.3	24	12.9

Como se observa en tabla 6 los pacientes de esta institución practican hábitos perjudiciales para la salud bucal, el 40.3 % son fumadores y un 39.2 % presentan una higiene bucal deficiente, resultados similares se obtuvo en un estudio realizado en el Instituto Superior de Ciencias Médicas Facultad de Estomatología Santiago de Cuba, sobre salud en gerontos institucionalizados y el 96,2 se reportó con una higiene bucal deficiente (Rosales Rodríguez R y col, 2014)

Se ha observado que muy pocas personas adultas saben cómo cuidar, usar y mantener en buen estado sus dentaduras, lo cual puede explicar que las alteraciones en la boca producto de las prótesis en nuestra población geriátrica sea bastante alta.

La educación y las revisiones regulares de los pacientes portadores de prótesis total son esenciales para la prevención de alteraciones bucales. Así mismo es necesario que las personas sean capaces de solicitar atención dental cuando las prótesis estén mal ejecutadas´

Un estudio realizado en la población mayor de 60 años del área de salud de la Policlínica “Moncada”, Ciudad de La Habana, para determinar los factores de riesgo asociados con la aparición de lesiones bucales, evidenció que el factor de riesgo predominante fue la ingestión de comidas calientes y picantes en el 83,2 %, seguido del hábito de fumar en un 82,1 %, resultados que no coinciden absolutamente con esta investigación (Gonzáles Ramos, RM y Col, 2013)

La investigación realizada en el hogar de ancianos de Las Tunas mostró que el principal factor de riesgo que afecta a esa población es la deficiente higiene bucal, con 18 pacientes para un 40,9 %. (Castro Figueredo, K y col, 2016)

Tabla 7. Conocimiento de salud bucodental de la población geriátrica.

Grupo de edad	Encuestados	Resultados					
		Bien		Regular		Mal	
		No	%	No	%	No	%
60-64	20	5	2.6	8	4.3	7	3.7
65-69	35	7	3.7	20	10.7	8	4.3
70-74	30	6	3.2	14	7.5	10	5.3
75-79	39	6	3.2	19	10.2	14	7.5
80 y más	62	5	2.6	37	19.8	20	10.7
Total	186	29	15.5	98	52.6	59	31.7

El conocimiento de salud bucal que presenta esta población es regular con el 52,6% seguida de la mal con el 31.7%; estos resultados son similares al estudio realizado por la Dra. Maritza Berenguer Gouarnalusses en el Centro de Referencia Nacional para la atención al Adulto Mayor, revelaron que la evaluación de la higiene bucal solamente fue buena en el 11,7 %, mientras que el mayor número correspondió a la calificación de regular y una cifra no despreciable se ubicó en la calificación de mala. Estos resultados indican que la higiene bucal está sensiblemente deteriorada en este grupo poblacional. (Berenguer Gouarnalusses, M, 2011)

Tabla 8. Satisfacción de la población geriátrica con la atención estomatológica.

Nivel de satisfacción	Población	
	No	%
Satisfecho	173	93
Medianamente satisfecho	12	6.4
Insatisfecho	1	0.5

Los resultados expuestos demuestran que los pacientes encuestados están satisfechos con los servicios de salud prestados.

El cuidado estomatológico a la tercera edad en este momento ha tomado sumo interés y se le está dedicando mayor tiempo. El estomatólogo y el médico no pueden alterar los efectos de la edad, pero sí ayudar al paciente a ajustarse a los cambios físicos que se producen en su organismo. La salud en la tercera edad se define como salud funcional y es la que permite que el individuo viva a plenitud de acuerdo con sus posibilidades y capacidad; si cumple sus propias expectativas, esa persona está viviendo de forma saludable; por lo tanto, la salud oral forma parte esencial de la salud en general y calidad de vida de los ancianos.

CONCLUSIONES

Se determinó que sexo predominante fue es masculino y la edad de 80 y más, el estado de salud que más los afecta es la necesidad protésica, seguida de las enfermedades periodontales, el índice de CPO-D de comportó en 13.3, predominó la clasificación epidemiológica el grupo III enfermos, siendo el factor de riesgo predominante los fumadores, el conocimiento de salud bucodental es regular y se sienten satisfechos con los servicios de salud.

REFERENCIA

Almirón, PA, Britez E, Denis, SE, Macchi AA, Maidana JA, Morales Aet al. (2016) Condiciones de salud oral en ancianos del club geriátrico “Abue-Club”, Paraguay. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.*14(1):32-39.

Berenguer Gouarnalusses, M. (2011) La Salud Bucodental en la tercera edad. [consultado 30 de septiembre de 2011] *Disponible en* *http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol10_sulp1_04/articulos/a13_v10_supl104.htm*

Castro Figueredo, K, Figueredo Pérez, MC, Betancourt, MV. (2015) Estado de salud bucal en la población geriátrica de la casa de abuelos 28 de septiembre. *Revista electrónica Dr. Zoilo Marínelo Vidaurreta* [revista en internet]. [citado 25 de mayo 2016]; 40(2). Disponible en: http://revzoilomarinello.sld. cu/index.php/zmv/article/view/103.

Colectivo de autores. (2015). Boletín Efemérides Médicas, Semana del 28 de septiembre al 4 de octubre de 2015. 4: 38. *Disponible en: http://listas.red.sld.cu/mailman/listinfo/efemerides*.

Criado M VE. (2013) Consideraciones periodontales del paciente adulto mayor. *Acta Odóntológica [Internet].* [citado 11 Feb 2016];51(3):19. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art19.asp

Gonzáles Ramos RM, Herrera López IB, Osorio Núñez M, Madrazo Ordaz D.(2013) Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. *Rev cubana Estomatol [Internet].* [citado 20 Jul 2013];47(1): 105-114. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000100009

González Ramos RM, Madrazo Ordaz DE, Osorio Núñez M. (2013) Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. *Rev cubana Estomatol.* 2013 [citado 2019 Feb 20]; 50(3): 284-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300006&lng=es

Gutiérrez Alcalá R. (2016). Salud bucal en adultos mayores, [citado 2019 Ago 12]. Disponible en: http://www.eluniversal.com.mx/articulo/cultura/patrimonio/2016/01/29/salud-bucal-en-adultos-mayores

Núñez Antúnez L, Corona Carpio MH, Camps Mullines I, González Heredia E, Álvarez Torres MI (2007) Necesidad de rehabilitación protésica en ancianos institucionalizados. *Rev cubana Estomatol* v.44 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2007

Rodríguez Jiménez, M., Martínez Céspedes, L., & Ladrón de Guevara Cruz, T. (2016). La salud bucal en una población geriátrica. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 41*(6). Recuperado de http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/632

Rosales Rodríguez R, García Díaz R, Quiñones Macías E. (2014) Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *Medisan [Internet]* [citado 11 Feb 2016];18(1):61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100009

Sosa M, Barciela MC, García M, Rojo M, Morgado DE, Santana J. Editores. (2013) Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: *Editorial Ciencias Médicas*; p. 566. Disponible en: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-688339.

COMPORTAMIENTO DE LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA AL MENOR DE 19 AÑOS CLÍNICA 3 DE OCTUBRE. RESULTADOS POR 5 AÑOS

BEHAVIOR OF STOMATOLOGICAL CARE AT CHILDREN UNDER 19 YEARS OLD CLINIC 3. RESULTS FOR 5 YEARS

Elisa Amparo Núñez Oduardo enoduardo@ ltu.sld.cu

Mayelín de la Caridad Suárez González mcsuarez@ltu.sld.cu

Yoanis Gutiérrez Olives

RESUMEN

En correspondencia al incremento notable en la atención al menor de 19 años en nuestra provincia y la importancia que se le confiere a este grupo de edad, priorizado en nuestra estrategia de atención estomatológica, la clínica estomatológica docente 3 de octubre en Las Tunas se dio a la tarea de realizar un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de evaluar los resultados de la atención estomatológica a la población menor de 19 años del área de salud asignada a la institución en el periodo comprendido del 2014 al 2018. En esta investigación se concluyó que las acciones preventivas se incrementan, de igual forma la cobertura, las acciones conservadoras y se reducen el número de exodoncias

PALABRAS CLAVES: Cobertura, acciones conservadoras

ABSTRACT

Corresponding to the notable increase in care for children under 19 in our province and the importance attached to this age group, prioritized in our stomatological care strategy, the October 3 stomatological teaching clinic in Las Tunas was given to the task of conducting a retrospective descriptive study with the objective of evaluating the results of stomatological care for the population under 19 years of age in the health area assigned to the institution in the period from 2014 to 2018. In this investigation it was concluded that the preventive actions are increased, in the same way the coverage, conservative actions and the number of exodonties are reduced

KEY WORDS: Coverage, conservative actions

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es definida, habitualmente, pensando en sus problemas no en su finalidad; se ha planteado como "la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad bucal". (Gispert Abreu, Ed y col. 2015)

La salud bucodental es un componente de la salud general de las personas, es vital para un adecuado crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente, pues se asocia a la nutrición, a la comunicación, a la fonación, a su estética y con esto a su autoestima, entre otros aspectos.

La población Infantil y adolescente en Cuba muestra indicadores muy favorables en comparación con otros países, no obstante, estos pueden ser mucho mejores teniendo en cuenta el nivel educacional del pueblo cubano, la organización del sistema social y de

salud, el que garantiza acceso totalmente gratuito a la atención y prioriza la atención a este grupo. El Ministerio de Salud Pública en conjunto con el Ministerio de Educación contribuye a garantizar la atención estomatológica a los educandos de los diferentes niveles y tipos de enseñanza, con el apoyo de padres, maestros y el resto del sector de la salud, desde la promoción y prevención hasta la curación y rehabilitación, cuando fuese necesario.

La mejor forma de lograrla es con un correcto cepillado y la prevención de hábitos nocivos tales como uso de biberón, alimentos molidos, chupeteo de dedos y tetes, respiración bucal, entre otros. Las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, realizadas desde el mismo nacimiento, por el equipo de salud y el estomatólogo, son las que garantizan mantener la salud bucal a través de toda la vida de la población infantil y adolescente. Tener en cuenta la salud bucal en todas las políticas repercutiría en el fomento de sinergias (dentro y fuera del sector salud), para la elección de prioridades, toma de decisiones, planificación, ejecución, control de políticas y de acciones para la salud bucal poblacional. (Sosa Rosales, M y col. 2018)

La atención estomatológica a niños y adolescentes comenzó en Cuba en la década de los 60, cuando se contaba con muy pocos recursos para ello, lo cual permitía una pobre cobertura asistencial. Con la introducción del modelo de atención primaria del médico de la familia en el año 1992, se estableció el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población, con el cual se amplió la cobertura a la población de 15-18 años de edad y se le confirió una alta prioridad. Por otra parte, en el año 1986 se estableció el Reglamento del Ministerio de la Educación Primaria y Media y del Ministerio de Salud Pública para la atención estomatológica a niños y adolescentes mediante resolución conjunta de ambos ministerios. (Cubero González, R y col. 2018)

El programa de atención a los niños y adolescentes de 0-18 años constituye una de las tareas priorizadas a tener en cuenta en el actual Programa Nacional de Estomatología, que tiene como finalidad las acciones de salud, fundamentadas en propósitos y objetivos, dirigidas a mantener al hombre sano. Comprende a la población de 0-18 años de edad, clasificada según su ubicación en el propio hogar o residencia familiar, niños de 0-4 años (NAHO), niños en instituciones infantiles de 1-5 años (círculos, jardines de la infancia), niños en escuelas primarias y adolescentes en escuelas secundarias, preuniversitarios y tecnológicos, así como los niños y jóvenes de 0-18 ubicados en centros especiales. La batalla fundamental para lograr una buena salud bucal debe comenzar desde edades tempranas, se priorizan las actividades de promoción y prevención, así como el diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades bucales.

La caries dental es la enfermedad más frecuente en estas edades; comienza a aparecer muy tempranamente en la vida, con independencia de color de la piel, sexo y ubicación geográfica. El número de dientes afectados aumenta con la edad y se estima que más de 60 % de los pequeños de 6 años han tenido o tienen caries; porcentaje que va incrementándose progresivamente, como bien se ha demostrado en estudios de autores españoles, venezolanos y de otras latitudes. La educación sobre salud dental debe dirigirse con mayor frecuencia a los escolares de primaria y secundaria básica, los cuales suelen ser el “blanco favorito” de estas lesiones. El reforzamiento regular de esos aspectos educativos resulta muy importante y se obtienen grandes beneficios cuando se

incluye sistemáticamente a los padres en la aplicación de las orientaciones sanitarias. (González Rodríguez, S y col. 2015)

A pesar de que la atención al menor de 19 años es una prioridad del sistema de salud cubano, una herramienta diaria en el trabajo del estomatólogo, no se reportan muchas investigaciones actuales en el país que muestren lo referente a la cobertura en el cuidado estomatológico a los pacientes menores de dicha edad, necesarias para evidenciar el avance en el tema en nuestra institución. En este sentido se desarrolló la presente investigación, con el objetivo de caracterizar la atención estomatológica al menor de 19 años de edad, durante cinco años, en la Clínica 3 de Octubre de la provincia Las Tunas. Esto se corresponde con los intereses, de la sección de estomatología de la Dirección Provincial de Salud, de publicar un informe científico con estos resultados.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, de la atención estomatológica al menor de 19 años en la clínica docente 3 de Octubre. El universo estuvo constituido por todos los pacientes menores de 19 años perteneciente a la institución, con el objetivo de caracterizar la atención estomatológica, durante cinco años, en el período comprendido de enero 2014 a diciembre 2018. La muestra fueron los pacientes atendidos por años en ese periodo.

Los datos se obtuvieron de los registros de información estadística de la Clínica. Se analizaron los indicadores sobre la base de los establecidos en el Programa Nacional de Atención Estomatológica. Se analizó la cobertura por años, ya que este indicador de calidad expresa el impacto de la promoción de salud y prevención de enfermedades en los pacientes examinados que no requieren tratamiento (NRT), sumado a la efectividad de las acciones ejecutadas en estos grupos, con el número de pacientes afectados por caries que concluyen el tratamiento curativo (ACC) y el nivel de actividades conservadoras.

$$\text{Cobertura} = \frac{\text{NRT + ACC}}{\text{Universo}} \times 100$$

Se procedió a calcular el porcentaje de enjuagatorios de flúor en niños y adolescentes que se le aplicó fluoruro de sodio al 0,2 %, dividiendo la cantidad de enjuagatorios de flúor entre 16 aplicaciones que se realizan en un año, luego se divide ese resultado con la cantidad de paciente a beneficiar y se multiplica por 100.

$$\%\text{ de niños beneficiados por flúor} = \frac{\text{Total enjuagatorios /16}}{\text{Niños a beneficiar}} \times 100$$

Los resultados se analizaron según la estadística descriptiva

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Las afecciones bucales en raras ocasiones ponen en peligro las vidas de las personas, sin embargo, constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, fuerte impacto sobre el individuo y la sociedad en términos de dolor, malestar, discapacidad funcional y social, así como también por su demanda de servicios públicos, lo cual

establece la importancia de su prevención como parte fundamental de la calidad de vida integral de la población. (Olmos, P y col.2015)

TABLA 1. Porciento de niños beneficiados por flúor por años al -19 años.

Años	Universo de niños a beneficiar por flúor.	Estimados de niños Beneficiados por flúor.	% beneficiados.
2014	1670	1164	69.7
2015	1298	967	74.5
2016	1283	1100	85.7
2017	1150	1030	89.5
2018	1358	1226	90.3

Los enjuagatorios de flúor en los 5 años fueron favorables como se muestra en la tabla 1, exponen los mejores resultados de la clínica en el año 2018 con 90.3 %, y se observa como de forma progresiva va mejorando el indicador por año.

El flúor, en sus diferentes presentaciones, deviene un factor determinante para evitar las caries dentales, pues fortalece la resistencia del esmalte en los dientes recién erupcionados. Los enjuagatorios bucales con solución fluorada, unido al uso de laca flúor, son las medidas profilácticas más utilizadas en la atención estomatológica a este grupo poblacional. (Fornaris Frías, M y col. 2018)

El resultado satisfactorio en la prevención, a través de la aplicación de flúor en estos 5 años es debido a la sistematicidad con que se ha venido desarrollando la actividad, y se incrementa el número de niños beneficiados por flúor en la primaria y preuniversitario pertenecientes a nuestra área de salud.

Tabla 2. Porciento de niños menor de 19 años con tratamiento concluido de control de placa dentobacteriana.

Años	Paciente examinados.	Número de pacientes con CPDB concluidas	%
2014	2275	2162	95.1
2015	2198	1823	82.9
2016	1821	1697	93.1
2017	2295	1663	72.4
2018	2651	1910	72

La tabla 2, expresa como se ha cumplido con el indicador de control de placa dentobacteriana a los pacientes examinados en el servicio y da cumplimiento al indicador

provincial que es el 72 por ciento. Esta es otra de las actividades importantes en la prevención y en este trabajo se aprecia buenos resultados, los años 2014 y 2016 exhiben los mejores resultados, pero el resto de los años se comportan por encima de la media provincial y nacional.

A pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública cubano, orientados a garantizar la salud bucal de la población, la incidencia y prevalencia de caries dentales es elevada, sobre todo en menores de 19 años, por lo que urge desarrollar la labor preventiva y profiláctica con la población infantil en el contexto de la familia y la comunidad. (Cubero González, R y col.2017).

Tabla 3. Porciento de población examinada menor de 19 años.

Años	Universo	Examinados	%
2014	2298	2275	98.9
2015	2275	2198	96.4
2016	1888	1821	96.4
2017	2315	2195	94.8
2018	2331	2251	96.7

La tabla 3 expresa el porciento de población examinada menor de 19 años, donde se ha mantenido con muy buenos porciento y por encima de los indicadores de la provincia y como se observa todos los años se examinan más del 94 % de esta población, indicador muy favorable.

Haciendo un análisis de los resultados de este trabajo en cuanto al número de pacientes examinados en este grupo de edad, se observa que en los 5 años ha existido una buena atención en este grupo priorizado y siempre ha estado por encima del 94 %, evidenciando que los esfuerzos se han estado encaminado en incrementar cada año la atención a este grupo poblacional. Similares resultados se obtienen en la investigación realizada por la Dra. Yaite González Rodríguez con los resultados de la provincia las Tunas (González-Rodríguez, Y y col. 2019)

Tabla 4. Porciento de población menor de 19 años NRT.

Años	Examinados	NRT	%
2014	2275	1708	75
2015	2198	1595	72.5
2016	1821	1574	86.4
2017	2195	1596	72.7
2018	2251	1621	72

Como observamos en la Tabla 4 el porciento de pacientes que no requieren tratamiento se comporta con el indicado por la nación y la provincia, y el año 2016 presenta el mejor porciento.

Cuba, a pesar de ser un país bloqueado, ha alcanzado indicadores de salud que permiten ser comparados con países del primer mundo, sustentado en el principio socialista, "… la salud es un derecho de todo ciudadano y una responsabilidad del estado". (Rodríguez Jiménez ML y col.2016)

Tabla 5. Total, de pacientes – 19 con Atención Curativa Concluida y % de cobertura.

Años	Ingresados	ACC	%	% Cobertura
2014	567	371	65.4	90.4
2015	603	440	72.9	89.4
2016	247	201	81.3	94
2017	599	490	81.8	90.1
2018	630	522	82.8	91.9

En la tabla 5 se muestra el por ciento de ACC y cobertura en la atención estomatológica a pacientes menores de 19 años, donde el 2014 presenta el menor porciento de ACC con un 65,4 y el 2018 fue el año con mayor ACC, 82.8 %, en el resto de los años se comporta con resultados similares y la cobertura se incrementa cada año siendo los mejores resultados el 2016 y el 2018.

La clínica, evidencia avances en cuanto a los indicadores de la provincia y el país, la atención curativa concluida avanza por años de forma progresiva lo que evidencia la calidad en el servicio cerrando el 2018 en un 82,8 y de igual forma la cobertura de atención a los pacientes menores de 19 años quedó por encima de la media nacional en los 5 años; estos resultados se corresponden con el realizado por la Dra. Yaite González-Rodríguez y colaboradoras en su trabajo Atención estomatológica al menor de 19 años en la provincia Las Tunas, resultado de tres años (González-Rodríguez, Y y col. 2019) y coincide además con un estudio realizado en la provincia de Holguín, sobre el comportamiento de la atención estomatológica preventiva en pacientes de 10-14 años, de las doctoras Irina González Desdín y Sara María Legrá Matos, se observó un incremento en la cobertura de atención estomatológica en este grupo de edades con resultados satisfactorios, por encima del 70 y del 80 % (González Desdín,I y col. 2018)

Estos resultados son posible por la sistematicidad en el trabajo de este grupo poblacional, se incrementan los examinados, los NRT, la atención curativa concluida, así como la cobertura.

Tabla 6. Obturaciones/Exodoncia -19 años.

Años	Obturaciones	Exodoncia	Obt/Ext
2014	1593	211	7.5
2015	1946	170	11.4
2016	1767	158	11.1
2017	2040	118	17.2
2018	3440	124	27.5

La tabla 6 muestra como de forma progresiva disminuye el número de exodoncia por años de trabajo y los mejores resultados se observan en el 2018, en cuanto a la relación de obturaciones por exodoncia en el 2018 se obtuvieron los mejores resultados.

Tabla7.Tratamientos de Endodoncias/exodoncias en -19 años.

Años	Endodoncias	Exodoncias	Indicador
2014	79	211	0.3
2015	83	170	0.4
2016	42	158	0.3
2017	52	118	0.4
2018	133	124	1

En la tabla 7 se muestra el comportamiento por años del indicador de Endodoncias por Exodoncias, donde se aprecian resultados significativos superiores al 0.2 previsto en el plan de servicio provincial, exponiéndose el mejor resultado en el año 2018 con un indicador de 1 tratamiento de endodoncia por exodoncias.

CONCLUSIONES

Al ser caracterizada la atención estomatológica al menor de 19 años en nuestra institución, en el periodo comprendido de enero del 2014 a diciembre del 2018 se mostraron resultados positivos en relación a los indicadores provinciales, las acciones preventivas se incrementan, de igual forma la cobertura se encuentra por encima del 89 % así como se muestran resultados muy favorables en cuanto a los indicadores de obturaciones por exodoncia y endodoncia por exodoncias.

REFERENCIAS

Cubero González R, López Martín D, Estrada Guerra Y, Estrada Guerra Y, Giance Paz L, Malpica Pacheco J. Repercusión social de la aplicación del Programa de Asistencia Estomatológica Incremental en la población del Policlínico "Belkis Sotomayor Álvarez". (2017) *MediCiego [revista en internet].* [citado 27 se septiembre 2018]; 23(1). Disponible en: http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/653.

Cubero González R, López Martín D, Torres Gárriz L, López Otero E, González Linares Y, Morffi Pérez A. Atención estomatológica incremental y prevalencia de caries dental en población menor de 19 años. (2018) *MediCiego [revista en internet].* [citado 27 de septiembre 2018]; 20(2). Disponible en: http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/150.

Fornaris Frías M, Castillo Peralta M, Rodríguez Morales A, Arias Arañó Z, Acosta Pérez Y. Evaluación de la satisfacción de los usuarios con la atención estomatológica al menor de 19. (2018) *MEDISAN Médico [revista en internet].* [citado 27 de septiembre 2018]; 10(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_2_06/san05206.

Gispert Abreu Ed, Bécquer Águila JL. Salud bucal poblacional, una prioridad en todas las políticas.(2015). *Rev cubana Estomatol [revista en internet].* [citado 27 de septiembre 2018]; 52(3). Disponible en: http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/943.

González Desdín I, Legrá Matos SM. Comportamiento de la atención estomatológica preventiva en pacientes de 10-14 años en la provincia Holguín. (2012) *Correo Científico Médico [revista en internet].* [citado 27 de septiembre 2018]; 16(3). Disponible en: http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/ article/view/352.

González Rodríguez S, Pedroso Ramos L, Rivero Villalón M, Reyes Suárez VO. Epidemiología de la caries dental en la población venezolana menor de 19 años. (2015) *Medimay [revista en internet].* [citado 9 de julio 2018]; 20(2). Disponible en: http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/382.

González Rodríguez,Y, Rodríguez-González, Y , Ureña-Espinosa, M, Mesa-Rodríguez,LE, López-Herrera, El. Atención estomatológica al menor de 19 años en la provincia Las Tunas, resultados de tres años.(2019) *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta Vol. 44, número 2 ISSN 1029-3027* | RNPS 1824 marzo-abril 2019.

Olmos P, Piovensan S, Musto M, Lorenzo S, Álvarez R, Massa F. Caries dental. La enfermedad oral más prevalente. Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. (2015) *Odontoestomatología [Internet].* [citado 28 Abr 2015];15:26-34.Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v15nspe/v15nspea04.pdf.

Rodríguez Jiménez ML, Martínez Céspedes LI, Ladrón de Guevara Cruz TE, Lao Bernal AY. Análisis de la situación de salud bucal de un consultorio médico de la familia. (2016). *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en internet].* [citado 27 de septiembre 2018]; 41(4). Disponible en: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/646.

Sosa Rosales, M, colectivo de autores. Atención estomatológica de la población menor de19 años.(2018) Manual de procedimientos/colectivo de autores; R*ev. técnica — La Habana*: Editorial Ciencias Médicas, 2018.93 p.: il., tab. (Estomatología).

INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE CARIES DENTAL EN NIÑOS DE PRIMARIA MUNICIPIO PUERTO PADRE

EDUCATIONAL INTERVENTION ABOUT DENTAL CARIES IN CHILDRENS OF PIMARY IN PUERTO PADRE MUNICIPALITY

Henry Reyes Alvarez[1]

Rosario Abraham Iglesias[2]

Mayrela Martínez Martínez[3]

RESUMEN

Los insuficientes conocimientos sobre la prevención de las caries dental, al igual que ciertas características biológicas presentes en los niños hacen que estas sean el blanco favorito para el desarrollo de intervenciones educativas .Se realizó un estudio cuasiexperimental en un ambiente no controlado para evaluar la efectividad del programa educativo sobre caries dental en los niños de primaria en el municipio de Puerto Padre. Sus conocimientos y prácticas se identificaron a través de una encuesta y la observación y se aplicó un programa educativo Sonrisa y Salud.

PALABRAS CLAVES: Caries dental.

ABSTRACT

The insufficient knowledge on the prevention of the dental cavity, the same as certain characteristics biological present in the children make that these they are the favorite target for the development of educational interventions. He was not carried out a study cuasiexperimental in an atmosphere controlled to evaluate the effectiveness of the educational program on dental caries in the children of primary in the Puerto Padre municipality. Their knowledge and practical they were identified through a survey and the observation and it was applied a program educational Smile and Health.

KEY WORDS: dental caries

INTRODUCCIÓN

Nada es más gratificante, ni emocionante en términos profesionales, que mantener saludable una boca tanto tiempo como sea posible, idealmente de por vida. Para lograrlo la filosofía estomatológica deberá ser cambiada de predominantemente restauradora a predominantemente preventiva.

La odontología es una ciencia muy antigua. Estudios arqueológicos y antropológicos, relatan que la enfermedad dental ha sido un problema humano desde tiempos prehistóricos. El desarrollo de la odontología como una especialidad independiente se inició en el antiguo Egipto, alrededor del año 40 a.c. El médico griego Hipócrates describió la función y secuencia de la erupción de los dientes. (Companioni (2000), Encarta (2005).

[1]Residente de Segundo año en Estomatología General Integral. Filial de Ciencias Médicas de Puerto Padre.
[2] Especialista en Segundo Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica del Policlínico Romárico Oro Peña. Puerto Padre. Las Tunas.
[3] Licenciada en Enfermería. Profesor Instructor. Policlínico Romárico Oro Peña. Puerto Padre. Las Tunas.

Las enfermedades bucales tales como las que presentan una mayor prevalencia, pues una vez que se instauran y persisten y no curan espontáneamente, requieren del tratamiento estomatológico y la capacidad de actuar de la persona afectada por el restablecimiento de su propia salud. (Garrigi, Sardiñas, Gisper (2003), García, Alpizar (2000) Yanes, Almarales, Isasi (2003).

La caries dental afecta aproximadamente al 85% de los niños en edad escolar y más del 90% de la población adulta la ha padecido. La prevalencia y gravedad de esta enfermedad varía en función de los factores sociales, ambientales, enfermedades locales bucales y sistemáticas; y particularmente de la situación de higiene bucal individual. (La medicina del Adolescente (2006), Brown LJ,Loc H (2001) Anthony N (2001)

Existen otros factores de riesgos locales que favorecen la formación de la caries como el sarro, el apiñamiento dentario, restauraciones deficientes, respiración bucal y contactos deficientes, la dieta, aparatología oral mal colocada (aparatos ortodóncicos, prótesis). (Rodriguez A, Duque de RJ(2001).

La clave para la prevención de la caries está en el mantenimiento de un nivel adecuado de conocimientos sobre la higiene bucal, la cual se logra con un correcto cepillado. (Alvarez R (2001)).

En la estomatología actual, cada vez más preventiva y educacional es frecuente el empleo de técnicas y medios de enseñanza dirigidas a nuestra población infantil y adolescente, siendo privilegiadas con respecto a otros grupos de edades, por lo que aparecen una diversidad de posibilidades para poder desarrollar el trabajo educativo. Los argumentos antes planteados abren paso a la siguiente interrogante como problema científico.

¿Cómo contribuir a la prevención y reducción de la caries dental en los niños escolares en el municipio de Puerto Padre?

Una solución a tal problema implica obrar desde el objeto de estudio referente a la Promoción y Educación para la Salud y ceñir las acciones principales al campo de acción enmarcado en la Promoción y Educación para la prevención de la caries en los niños y adolescentes de la localidad de Maniabón del Municipio de Puerto Padre evaluar la efectividad del Programa Educativo sobre caries en los niños escolares de la localidad de Maniabón en el Municipio Puerto Padre.

Para darle cumplimiento a lo planteado anteriormente se desarrollaron las siguientes tareas científicas como la identificación de los conocimientos y prácticas con relación a la prevención de la caries dental y la higiene bucal en los niños según sexo, la presencia y gravedad de la caries en dicha población según sexo.

Abordaje teórico contextual sobre la presencia de caries dental en los niños de primaria

Desde los tiempos de Hipócrates, se estableció que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas.

En el año 2002 con el desarrollo de la especialidad de Estomatología General Integral se necesita de un Programa con un enfoque clínico – epidemiológico y social, que dé

respuesta a las necesidades de los individuos, la familia y la comunidad, identificados en el Análisis de la Situación de Salud Bucal, con énfasis en la atención primaria, por lo cual resulta importante que las acciones queden incluidas en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral, cuyo propósito es incrementar y perfeccionar la atención estomatológica a través de acciones integrales de *Promoción,* Prevención, Curación y Rehabilitación, sobre los individuos, la familia, la comunidad y el ambiente; sustentada en una participación comunitaria y en la intersectorialidad, así como vinculados con todos los elementos del sistema, con el fin de alcanzar un mejor estado de salud bucal.

La promoción de salud tiene tres componentes fundamentales: Educación para la Salud, Información y Comunicación. Todas sustentadas en un elemento fundamental que es la participación de la población y los sectores.

Proceso metodológico en la intervención

Durante la ejecución del estudio se trabajó con un ejemplar que constituyó los 296 estudiantes de la escuela primaria Frank País García, Municipio Puerto Padre, para asegurar la pertinencia científica y metodológica de la investigación.

Para desarrollar el estudio fueron analizadas una serie de variables a través de sus respectivos indicadores. Entre estas se citan: Sexo, Higiene bucal, Conocimientos y prácticas, Conocimientos sobre caries y Prácticas respecto a la prevención de la caries.

Se les explica a los profesores, estudiantes y padres las características de la investigación y el propósito que es la aplicación de un programa educativo.

Se procedió a recoger el consentimiento informado de los padres, para la autorización de la participación de los niños en la intervención educativa, así como el suyo propio.

Se determinó el índice de Higiene Bucal Simplificado de Green y Vermillón, se realizó de la siguiente forma: Se deslizó un explorador por las partes laterales de los dientes para ver cuántos detritus se remueve, o en la superficie con mayor cantidad de cálculos, que se determinó por inspección visual o por sondaje con un explorador. Así se determinó el puntaje que fluctuó entre 0 y 3.

Los dientes y superficies a evaluar fueron 16 (vestibular), 26 (vestibular), 36 (lingual), 46 (lingual), 11 (vestibular), 31 (vestibular).

Propuesta del Programa educativo de salud bucal

Titulo: “Sonrisa y Salud”

La necesidad de educar a los niños en aspectos que permitan cuidar de su salud bucal y general, se considera una prioridad que contribuirá al desarrollo humano.

Es más fácil modificar hábitos en los niños que en adultos. La sonrisa saludable, el buen aliento y los dientes fuertes contribuyen todos al sentido de la apariencia personal del niño así como su confianza y autoestima. Esto es posible, siempre que se practiquen conductas saludables! Te invitamos a conocerlas!

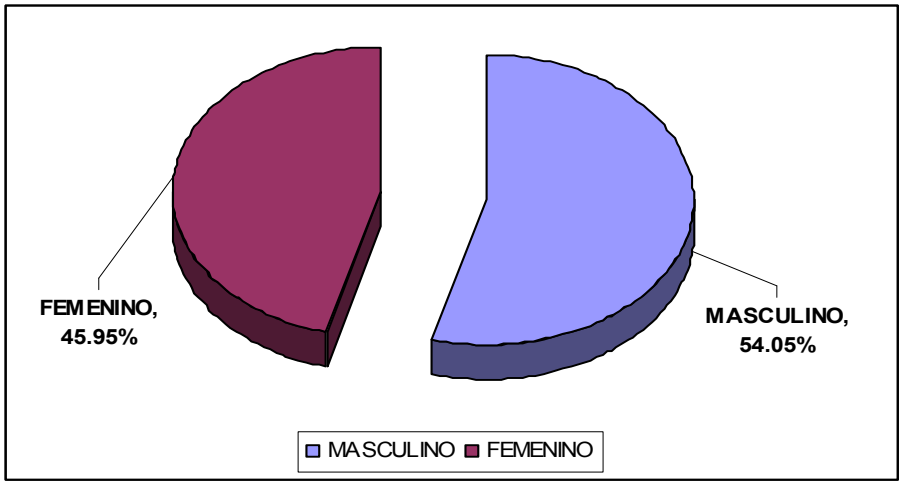
Objetivo general:

- Fomentar conocimientos, actitudes y prácticas favorables para la prevención de la caries dental en los niños de primaria en la escuela Frank País García.

Objetivos específicos:

- Identificar los conocimientos y prácticas respecto a la prevención de la caries en dicha población.
- Determinar la higiene bucal.
- Valorar la intervención de Salud – Educación
- Evaluar la efectividad del Programa Educativo.

Luego de ejecutado el programa propuesto anteriormente quedó demostrado que los niños de primaria en la escuela Frank PG según sexo en el Municipio de Puerto Padre.



Adolescentes según conocimientos y prácticas antes y después de la intervención del Programa Educativo en el Municipio de Puerto Padre.

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS	ANTES						DESPUES					
	F		M		T		F		M		T	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
INSUFICIENTE	20	14.7	20	12.5	40	13.5	0	0	5	3.1	5	1.7
MEDIOS	86	63.2	90	56.3	176	59.5	36	26.5	55	34.4	91	30.7
SUFICIENTE	30	22.1	50	31.3	80	27.0	100	73.5	100	62.5	200	67.6
TOTAL	136	100.0	160	100.0	296	100.0	136	100	160	100.0	296	100.0

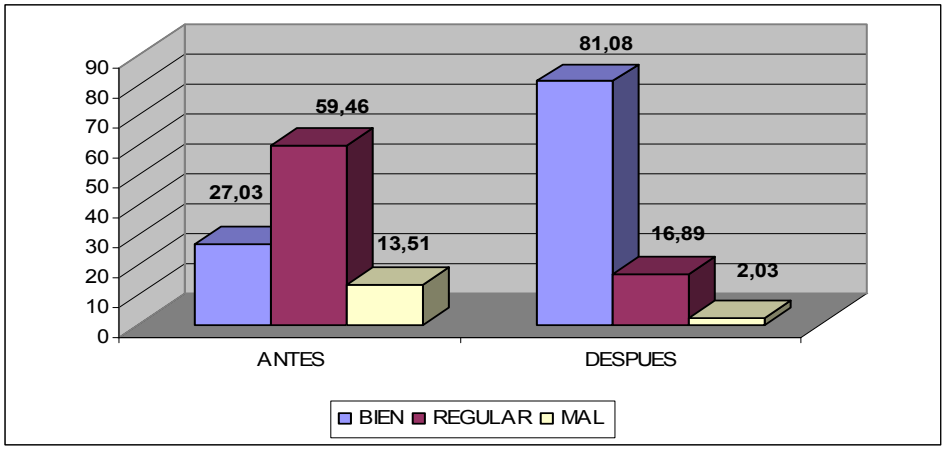
Conocimientos sobre caries dental en niños antes y después de la intervención en el Municipio de Puerto Padre.

CONOCIMIENTOS	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
DEFINICION DE CARIES	95	32.0	294	99.3
CAUSAS DE LA CARIES	80	27.0	295	99.6

Presencia y gravedad de la caries dental en niños en la localidad de Maniabón, Municipio Puerto Padre 2019.

PRESENCIA Y GRAVEDAD DE LA GINGIVITIS CRONICA	ANTES						DESPUES					
	F		M		T		F		M		T	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
LEVE	27	38.6	32	35.6	59	36.9	14	82.4	21	67.7	35	72.9
MODERADA	33	47.1	41	45.6	74	46.3	3	17.6	10	32.3	13	27.1
SEVERA	10	14.3	17	18.9	27	16.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	70	100	90	100	160	100	17	100	31	100	48	100

Niños según Higiene Bucal antes y después de la intervención en la localidad de Maniabón, Municipio Puerto Padre.



Los factores de riesgo locales como los generales intervienen en la producción y curso evolutivo de esta enfermedad.

La enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas de la salud: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, forma y frecuencia del cepillado, conocimientos sobre enfermedades bucales, sus causas, dieta rica en carbohidratos, fluoruros, hábitos higiénicos bucales, acceso a la atención estomatológica, responsabilidad individual con su propia salud, asistencia sistemática a los servicios y otros. (Proenza CO, Ortueta IZ, Calzadilla RA (2002), Sosa RM, Salas AMR (2003).

Por esas razones se considera que el mayor esfuerzo debe estar dirigido a reducir la frecuencia de las afecciones bucales mediante un incremento de las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria, donde desempeña una relevante función la Educación para la Salud, por cuanto influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los individuos, grupos y colectividades. (http://www.mografías.com/Psicología/more14.shtml (2005).

Los resultados son similares a la acción educativa realizada por Limonta para modificar conocimientos sobre salud bucal, donde obtuvo que el 94.4% con conocimientos deficientes antes de la intervención, se redujera a 9.3% luego de las enseñanzas y recomendaciones para mejorarlos.

Se alcanzó un adecuado nivel de conocimiento, pues desde la primera sesión hubo participación activa mediante juegos e intervenciones, la incentivación de lograr la condición de promotor de salud ocupó un lugar importante en los sentimientos intelectuales de los niños.

CONCLUSIONES

Los niños de primaria en la localidad de Maniabón, Municipio Puerto Padre presentaron conocimientos medios respecto a la prevención de la caries, además de prácticas incorrectas ya que realizaban el cepillado bucodental de forma combinada y 2 veces al día, propiciando que su higiene bucal fuera regular. La relación de estos factores de riesgo sociales y comportamentales traen consigo la presencia de esta enfermedad de manera considerable en dicha población.

La aplicación del programa Educativo “Sonrisa y Salud” fue efectivo ya que modificó favorablemente los conocimientos y prácticas para la prevención de la caries incluyendo la higiene bucal, además se redujo la presencia y gravedad de la misma en los niños de primaria en la localidad de Maniabón, Municipio Puerto Padre, independientemente del sexo.

REFERENCIAS

American academy of periodontology. La salud dental de los niños 2005. Disponible en: J. Periodontal;70:457-65.

Brown LJ,Loc H. Prevalence, extent, severity and progression dental caries disease. 2001. Disponible en: http://.actaodontologic.com

Companioni FA. Constribución a la Historia de la Estomatología Cubana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2000.

García Alpizar AB, Armas A de Benet M. El crucigrama educativo estomatológico, un método para la prevención de enfermedades bucales.- Rev Cubana Estomatologica 2000, 37(3):176-181

Garrigi MI, Sardiñas A, Gisper A, Valdéz P, Legón N Fuentes J, et al, Guías prácticas de Caries dental en Colectivo de autores. Guías Prácticas de Caries dental. Guías Prácticas de Estomatologia. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2003

Caries dental Wikipedia; 2006. Disponible en http://wikipedia.org/wiki/caries

Llera de la E. Modos y estilos de vida: En Alvarez R. Temas de Medicina General Integral. Vol.1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.39-44. Medline Plus Enciclopedia Medica. Caries en: http://www.n7m.hig.gov/medineplus.

Rodriguez A, Duque de RJ. Factores de riesgo en predicción de las principales enfermedades bucales en los niños, Rev Cubana Estomatol 2001; 39(2):119_29.

PAREJAS INFÉRTILES EN EL AREA DE SALUD DE DELICIAS (JUNIO DE 2018 - MARZO DE 2019)

NOT FERTILE COUPLES IN THE HEALTH´S AREA OF DELICIAS (JUNE OF 2018 - MARCH OF 2019)

Ibis Mariño Parra.[1] ibis7211@nauta.cu
Angela Bosch Santana.[2] bibliodel@ltu.sld.cu
Beatriz Laguna Velázquez.[3] bibliodel@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para identificar características de las parejas infértiles pertenecientes al Policlínico Docente “Rafael Izquierdo Ramírez” desde junio del 2018 a marzo del 2019. Del Universo de 313 parejas infértiles captadas se tomó como muestra intencionada las 119 mujeres que asistieron a consulta regularmente. El número de parejas infértiles se encuentra por encima del estimado propuesto a nivel nacional (19%), la minoría tiene menos de 35 años de edad (2.5%).Predomina la asistencia de mujeres solas a la primera consulta (63.8%), las reacciones de frustración (35.2%) y sufrimiento (35.2%) ante la infertilidad. Las alternativas de terapia asistida más utilizadas fueron el tratamiento del factor cervical y uterino(31.5%), la terapia hormonal femenina y la varicocelectomia (21%). Las tres parejas menores de 35 años lograron el embarazo (15.7%). Se recomienda Incrementar la pesquisa de parejas infértiles y ofrecer información sobre alternativas de tratamiento.

PALABRAS CLAVES: Infertilidad, Pareja Infértil, Reacciones Psicológicas, Tratamiento.

ABSTRACT

It was carried out a descriptive traverse study to identify characteristic of the not fertile couples belonging to the Clinic "Rafael Izquierdo Ramírez" from June of the 2018 to March of the 2019. Of the Universe of 313 not fertile couples registered it took like deliberate sample the 119 women that attended regularly consultation. The number of not fertile couples is above the dear one proposed at national level (19%), the minority has less than 35 years of age (2.5%). the attendance of alone women prevails to the first consultation (63.8%), the frustration reactions (35.2%) and suffering (35.2%) before the infertility. The used alternatives of attended therapy were the treatment of the cervical factor and uterine (31.5%), the feminine hormonal therapy and the surgery of testicle varixes (21%). The three couples younger than 35 years achieved the pregnancy (15.7%). It is recommended to Increase the investigation of not fertile couples and to offer information on alternative of treatment.

KEY WORDS: Infertility, Not fertile couple, Psychological Reactions, Treatment.

[1] Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Instructora. Policlínico Docente “Rafael Izquierdo Ramírez”.
[2] Licenciada en Enfermería. Policlínico Docente “Rafael Izquierdo Ramírez”.
[3] Licenciada en Enfermería. Policlínico Docente “Rafael Izquierdo Ramírez”.

INTRODUCCIÓN

Se ha referido por González (2014); Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2015); y Cabrera (2017) que infertilidad significa incapacidad para tener hijos pero con posibilidad de embarazo que no llega a término, por tanto, una mujer infértil será aquella que queda embarazada, pero no llega a tener hijos, mientras que la mujer estéril no consigue el embarazo. La definición clínica de infertilidad se refiere a las parejas que no logran embarazo clínico después de 12 meses de relaciones sexuales regulares no protegidas.

La infertilidad cada día adquiere una connotación mayor en las sociedades desarrolladas. Estudios en diferentes países: González (2014); Rodríguez (2015); Vázquez (2016) y Rodríguez (2016), estiman una frecuencia entre el 15-20 % de parejas que en edad reproductiva necesitarían alguna forma de reproducción asistida para su concepción.

Santana Pérez (2015) en su estudio “La infertilidad, una agenda prioritaria de investigación” refiere que a nivel mundial se estima un total de 60-80 millones de parejas infértiles y al menos 30 millones de hombres son infértiles, con las mayores proporciones en África y Europa Oriental lo que representa el 15 % de las parejas son 2 edad reproductiva. Por otra parte Oliver (2016) plantea que “alrededor del 15 % de las parejas en edad fértil en España tienen problemas para concebir”.

En Cuba, no se han realizado investigaciones que reporten la incidencia o prevalencia de infertilidad en los últimos cinco años. A nivel mundial se estima un total de 60-80 millones de parejas infértiles, según refirieron en su investigación Llaguno Concha y colaboradores (2015), también estos autores refieren que las investigaciones realizadas en la última década, si bien no ha sido muy prolífica en términos de infertilidad, ha permitido conocer acerca de su comportamiento.

En Guantánamo la última investigación encontrada en la literatura fue en el año 2016 por el Dr. Nicot Vidal (2016); sobre dinámica e impacto de la atención a parejas con infertilidad”, este autor concluye que “existe una tendencia al incremento de las parejas infértiles a atenderse en consulta y mantenerse en la misma hasta el logro del embarazo”.

Es un problema clínico común, y con relación a la edad se define como la incapacidad de lograr el embarazo luego de uno o dos años de relaciones sexuales frecuentes sin protección en parejas en edad reproductiva sin cuidados en menores de 35 años y luego de 6 meses en mayores de 35, aunque en algunos casos no es posible evidenciar algún tipo de afección asociada, han planteado Díaz (2010) y Hugues (2015). Aunque también Cabezas (2008) planteó “se propone incluir en los requerimientos para el estudio de la pareja infértil a la mujer de 20 años de edad y menos de 35, es decir, la edad óptima para concebir también consideran que la fertilización asistida puede establecer mayor flexibilidad al considerar la edad superior, pues tendrían que valorarse factores que contraindican el embarazo, además de la edad”.

Concebir para muchas parejas pude ser una quimera. La medicina privada en otras latitudes cobra alrededor de 7000 dólares por una reproducción asistida, y en Cuba, donde no dejan de ser los procedimientos asociados a esta técnica, la voluntad política del país persiste para intentar que la felicidad llegue a las familias que esperan un nuevo miembro, se destinan más de 4 millones de pesos para garantizar gratuitamente el derecho de hombres y mujeres a la fecundación. El programa de atención a la pareja

infértil en el país fundado en 2007, registra 3787 embarazos logrados en un registro de 190 315 consultas, planteó Rojas Quintana (2011) y está proyectado desde la atención primaria de salud.

A pesar de la existencia del programa, la labor de captación de parejas infértiles es esencial porque en ocasiones a pesar de que desean tener un hijo desarrollan sentimientos de incredulidad ante la posibilidad de que la atención no tenga éxito o sea muy compleja, planteó Barco (2013) y se encierran en un círculo donde prevalecen aspectos emocionales de inadecuación, desesperación, pena envidia y celos hacia la mujer embarazada miedo, perdida de la libido, impotencia inestabilidad emocional perdida de la autoestima, culpa, depresión entre otras, también planteó Gerez (2015).

Díaz (2010) planteó "El incremento de la infertilidad está relacionado principalmente con el retraso de la maternidad en la mujer, el descenso en la calidad del semen, la exposición a factores ambientales y con el estilo de vida".

Atendiendo al estimado de parejas infértiles en el Área de salud de Delicias el plan de captación planteado es un 10% del total de parejas que existen en él y en el periodo del estudio en el área de salud donde se desarrolla el presente estudio ha sido captado el 9.5% por cada grupo básico de trabajo. Este resultado permite plantear que la infertilidad constituye un problema de salud en la población.

Los planteamientos anteriores constituyeron la motivación a realizar la presente investigación para Identificar las características de las parejas infértiles perteneciente al área de salud que atiende el Policlínico Docente "Rafael Izquierdo Ramírez" en el periodo comprendido de de junio del 2018 a marzo 2019.

Caracterización demográfica de las parejas infértiles:

Tabla1. Representación demográfica de las parejas infértiles y cumplimiento del plan de captación

Grupo Básico de trabajo	Total de parejas		Plan de captación propuesto de parejas infértiles (10%)	Plan real de captación de parejas infértiles.	
	No	%		No	%
GBT 1	1716	52.5	172	164	9.5
GBT 2	1553	47.5	156	149	9.5
Total	3269	100	328	313	19

Fuente: Historias Clínicas.

Se observa que en el área de salud (tabla 1) existen 3269 parejas y que de acuerdo al plan de captación propuesto a nivel nacional de un 10% parejas infértiles que en este caso serían 328, se han captado 313 que representa el 19% del total a razón de 9.5% por cada grupo básico de trabajo.

Estos resultados que se encuentran por encima del porcentaje estimado a nivel nacional permiten inferir que la infertilidad en el área constituye un verdadero problema de salud

y que las cifras se aproximan más a los resultados encontrados por otros autores, como Vázquez (2016) y Rodríguez (2016) que estiman una frecuencia entre el 15-20 % de parejas que en edad reproductiva necesitarían alguna forma de reproducción asistida para su concepción.

Tabla 2. Parejas infértiles según grupo de edades y GBT de pertenencia atendidas.

	Grupo básico de trabajo				TOTAL	
Grupo de edades	GBT 1		GBT 2			
	No	%	No	%	No	%
< de 35	1	1	2	2	3	2.5
35-39	21	17.6	24	20.2	45	37.8
40-44	20	16.8	22	18.5	42	35.2
>de 45	14	11.8	15	12.6	29	24.4
TOTAL	56	47	63	53	119	100

Fuente: Historias Clínicas.

Las parejas infértiles según grupo de edades y GBT de pertenencia (tabla 2) atendidas. Predominan las pacientes con un comportamiento similar por grupo básico que se encuentran en las edades de 35-39 años (37.8%), 40-44(35.2%) y mayores de 45(24.4%) en ese orden de frecuencia. Se destaca que las pacientes menores de 35 años solo representan el 2.5%.

Debe destacarse la importancia que representa en el programa la labor del binomio médico-enfermera de la familia para evitar que la mayoría de las captaciones de las parejas infértiles se realice en edades que ya no son óptimas para el embarazo y por tanto estos son de mayor riesgo y brindar educación sanitaria pues fomentar la incorporación del conocimiento permitirá el diseño de acciones preventivas sobre los principales factores causales de la infertilidad desde la Atención Primaria de Salud desde edades tempranas, han planteado Díaz (2010); Nicot (2015) y Hugues (2016).

Seguimiento en consulta de la pareja infértil:

Tabla 3. Presencia en la primera consulta.

Asistencia a la Primera consulta.	No	%
La pareja	20	16.8
La mujer	76	63.8
El hombre	11	9.2
Un familiar	12	10.2
TOTAL	119	100

Fuente: Historias Clínicas.

La tabla 3 informa sobre qué personas asistieron a primera consulta después de concertada la cita. Con mayor frecuencia se presentan las mujeres solas (63.8%), luego

por orden de frecuencia lo hace la pareja (16.9%), un familiar (10.2%) y por último el hombre (9.2%).

Es evidente por este comportamiento que aún existen creencias que la infertilidad es un problema de la mujer, muy poco conocimiento de que es un problema en que se encuentra involucrada la pareja y no uno de sus integrantes y aunque es un evento que necesita del apoyo de la familia la decisión de buscar asistencia médica debe partir de los cónyuges. El estudio de Rodríguez Fernández (2016) expone que la presencia de un hijo en la vida de la mayoría de las personas constituye un elemento de suma importancia, fundamentalmente por los múltiples significados sociales y culturales que esta representa y la infertilidad es algo que rara vez se espera, de ahí que tanto para las personas que la tienen, desde la propia sospecha que los hace acudir a buscar ayuda médica, hasta para los propios prestadores (as) de salud sea de difícil afrontamiento y manejo.

Reacciones psicológicas en la pareja infértil:

Tabla 4. Reacciones ante la infertilidad.

Reacciones	No %
Frustración	42 35.2
Angustia	22 18.5
Celos y envidia	29 24.4
Divorcio	22 18.5
Desesperación	14 11.8
Sufrimiento	42 35.2
Pérdida de la libido	20 16.8
Pérdida de la autoestima	15 12.6

Fuente: Historias Clínicas.

En la tabla 4 aparecen las diferentes reacciones que pueden tener los integrantes de la pareja ante la infertilidad. Las reacciones más frecuentes con un comportamiento similar son la frustración y el sufrimiento (35.2%) seguido de los celos y envidia (24.4%) ante el embarazo de otras personas; también aparecen en un número menor pérdida de la libido (16.8) y de la autoestima (12.6%)

Sin embargo, 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 con la paternidad/maternidad y todo lo que esto implica. Un ejemplo de esto lo constituye la infertilidad, Rodríguez Martínez (2015).

Confirman los estudios de González Sánchez (2014) y Llaguno Concha (2015), que la infertilidad es un evento inesperado que afecta en la cotidianidad y la expresión de la relación de pareja por las reacciones tan diversas que genera, porque es inesperado e indeseado el suceso de que el logro de un embarazo o la presencia misma de los hijos no ocurra siempre de manera simple y predecible y obligan a la pareja a reformular sus expectativas en relación con la paternidad/maternidad y todo lo que ello implica. De donde se desprende la necesidad de una evaluación multidisciplinaria que incluya la presencia de personas especializadas que atiendan este tipo de reacciones que atentan contra el éxito de la reproducción asistida.

Resultados del seguimiento y tratamiento:

Tabla 5. Embarazos logrados según tratamiento aplicado y edad.

Tipo de tratamiento	EDAD				TOTAL	
	< de 35		> de 35			
	No	%	No	%	No	%
Tratamiento del factor Cervical y Uterino	2	10.5	4	21	6	31.5
Terapia hormonal femenina			6	31.5	6	31.5
Terapia hormonal masculina	1	5.2			1	5.2
Tratmiento del factor tuboperitoneal			2	10.5	2	10.5
Varicocelectomia			4	21	4	21
TOTAL	3	15.7	16	84.21	19	100

Fuente: Historias Clínicas.

De los 19 embarazos logrados (tabla 5) en el periodo del estudio (100%) tuvieron requerimiento en igual número las que necesitaron tratamiento del factor cervical y uterino y terapia hormonal femenina (31.5%), seguidos de la varicocelectomia (21%) y tratamiento del factor tuboperitoneal (10.5%). Se destaca que las tres parejas menores de 35 años que representan el 15.7% del total lograron el embarazo.

Un estudio observacional realizado por León Toirac (2015) sobre el factor cervical y uterino ha señalado que de 30 a 50 % de mujeres con endometriosis presenta infertilidad de difícil tratamiento. Constituye un logro los resultados obtenidos en el área.

Aproximadamente un 12 % de las mujeres se convierten en infértiles después de un sepisodio de infección genital, casi un 25 % después de dos episodios y casi un 50 % después de tres episodios. Las infecciones genitales en la mujer conducen a enfermedad inflamatoria pélvica aguda, la cual genera daños permanentes a las trompas de Falopio, al útero y a los tejidos circundantes. Estos daños implican dolor pélvico crónico, infertilidad y embarazo ectópico. Consecuencia que generan un manejo difícil del tratamiento del factor tuboperitoneal. Por la oferta gratuita del tratamiento hormonal y la varicocelectomia son variantes asequibles a las parejas que demandan de estas alternativas, Rojas (2011); Barco (2013); y Alsaikhan (2016).

El hecho de que las tres parejas menores de 35 años lograran el embarazo confirma la necesidad de lograr la captación y tratamiento de estas parejas de forma precoz en las edades optimas para concebir y brindar educación sanitaria al respecto a la población.

CONCLUSIONES

El número de parejas infértiles se encuentra por encima del estimado propuesto a nivel nacional, y predominan las de 35 y mas años. Con mayor frecuencia se presentan las mujeres solas a la primera consulta, y las reacciones más frecuentes ante la infertilidad

son la frustración y el sufrimiento. Las alternativas de terapia asistida más utilizadas fueron el tratamiento del factor cervical y uterino, la terapia hormonal femenina y la varicocelectomia. Las tres parejas menores de 35 años lograron el embarazo. Se recomienda Incrementar la pesquisa de parejas infértiles y ofrecer información sobre alternativas de tratamiento.

REFERENCIAS

Alsaikhan B, Alrabeeah K, Delouya G y Zini A. (2016). Epidemiology of varicocele. *Asian J Androl; 18*(2):179-81. Recuperado de: https://www.doi.org/10.4103/1008-682X.172640

Barco Díaz V, Quintero Caballero C, Reyes Pérez A, Álvarez Figueredo ZC. (2013). El modelo de la adaptación ante la infertilidad de la pareja. *Rev Cubana Enfermer; 29*(2): 63-76. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000200002&lng=es

Cabezas Cruz E, Cutié León E, y Santiesteban Alba S. (2008). Manual de procedimientos en Ginecología. Capítulo 11. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.

Cabrera Figueredo I, et al (2017). Análisis de la infertilidad femenina en la población camagüeyana. *AMC*. Recuperado de:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552017000600004&lng=es

Díaz Bernal Z, y García Jordá D. (2010). Cultura sobre maternidad y paternidad y su repercusión en la concepción de la infertilidad. *Revista Cubana de Salud Pública;36*(3)198-203. Recuperado de: https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2010.v36n3/198-203/es

Gerez Mena S, y Pineda Bouzon A. (2015). La reproducción asistida. *Rev. Ciencias Médicas; 19*(2). Recuperado de: https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2015/rcm152s.pdf

González Sánchez R. (2014). Evolución de la pareja infértil. En: Rigol Ricardo O, Santiesteban Alba S. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/ginecologia_obstetricia_3raedicio n/cap5.pdf

Hugues B, Álvarez A, Castelo L, Ledón L, Mendoza M, y Domínguez E. (2015). Percepción de los Beneficios de la Tenencia de Animales de Compañía en Personas con Problemas de Infertilidad. *Rev. investig. vet. Perú; 26*(1): 36-42. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1609-91172015000100005&lng=es

León Toirac EJ, Hernández Díaz EB, Cubas Dueñas I, Rodríguez, Acosta J, y Cabrera-Rode E. (2015). Mecanismos inmunológicos e infertilidad femenina. *Rev Cubana Inv Biom; 34*(1):193-205. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000200009

Llaguno Concha A. (2015). Factores socioepidemiológicos y clínicos presentes en mujeres atendidas en consulta de infertilidad. *Rev Cubana Obstet Ginecol; 41*(4). Recuperado de: http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/6/

Nicot Vidal LF, Quevedo Durand A, y Nicot Crespo Y. (2016). Dinámica de la atención a parejas con infertilidad. *Rev Inf Cient; 95*(5):711-720. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6027478

Oliver-Bonet M, y Mach N. (2016). Factores nutricionales y no nutricionales pueden afectar la fertilidad masculina mediante mecanismos epigenéticos. *Nutr Hosp; 33*(5):591. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/pdf/end/v26n2/end01215.pdf

PCASRM (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine). (2015). Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertil Steril;103*(6):e44-e50. Recuperado de: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25936238

Rodríguez Fernández MC. (2016). Modelo vincular en una pareja tratada a causa de infertilidad. *MEDISAN; 20*(10):2294-2297. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001000014&lng=es

Rodríguez Fernández MC. (2016). Modelo vincular en una pareja tratada a causa de infertilidad. *MEDISAN; 20*(10): 2294-2297. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001000014&lng=es

Rodríguez Martínez K, y Méndez Vidal J. (2015). Factores clínico-terapéuticos que influyen en el logro de embarazo en pacientes tratadas por fertilización in vitro. *Rev Cubana Endocrinol; 26*(2). Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol26_2_15/end02215.htm

Rojas Quintana P, María Medina D, y Torres Ajá L. (2011). Infertilidad. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos Medisur; 9*(4). Recuperado de: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/-1692/7340

Santana Pérez F. (2015). La infertilidad, una agenda prioritaria de investigación: a priority research agenda. *Rev Cubana Endocrinol; 26*(2):105-107. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/pdf/end/v26n2/end01215.pdf

Vázquez Niebla JC, Calero Ricardo JL, Pablo Carías J, y Monteagudo Peña G. (2016). Correspondencia clínica, hormonal y ecográfica en el diagnóstico del síndrome de ovarios poliquísticos. *Rev Cubana Endocrinol; 27*(1):4-17. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/pdf/end/v27n1/end02116.pdf

FACTORES DE RIESGODE MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE 3-5 AÑOSEN 4 CONSULTORIOS PERTENECIENTESAL POLICLINICO "DR. MARIO POZO OCHOA". 2017-2019

RISK FACTORS FOR MALOCCLUSIONS IN CHILDREN AGED 3-5 YEARS IN 4 OFFICES BELONGING TO THE "DR. MARIO POZO OCHOA" POLYCLINIC. 2017-2019

Iliana Cruz Armas Iliana.cruz94@nauta.cu

Raiza Pérez Fernández

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal en el municipio de Jesús Menéndez con el objetivo de conocer los factores de riesgo que influyen en la aparición de las maloclusiones en niños de 3 a 5 años de edad pertenecientes al área de salud del Policlínico Docente Dr. '' Mario Pozo Ochoa'' en el período comprendido de septiembre de 2017 a julio 2019. El universo estuvo constituido por 178 niños y la muestra por 96. Se examinaron y se aplicó un cuestionario para la recogida de la información. Se utilizó el porcentaje como método estadístico. Obteniéndose como resultado una alta prevalencia de los factores locales de riesgo de maloclusiones en estos niños representados por los hábitos bucales deformantes, los niños de 3 años fueron los más afectados, mientras que la caries dental afectó más a los niños de 5 años. Como resultado el sexo femenino resultó tener una mayor prevalencia de los factores de riesgo y el hábito más frecuente fue el empuje lingual con un 69,6%.

PALABRAS CLAVES: Factores de riesgo, maloclusiones, hábitos bucales deformantes.

ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study was carried out in the municipality of Jesús Menéndez with the objective of knowing the risk factors that influence the occurrence of malocclusions in children 3 to 5 years of age belonging to the health area from the ``Dr. Mario Pozo '' Polyclinic in the period from September 2017 to July 2019. The universe consisted of 178 children and the sample was 96.. A questionnaire for the collection of information was examined and applied. The percentage was used as a statistical method. Obtaining as a result a high prevalence of local risk factors for malocclusions in these children represented by deforming oral habits, 3-year-old children were the most affected, while dental caries affected children 5 years and older. The female sex was found to have a higher prevalence of risk factors and the most frequent habit was tongue thrust with 69, 6%.

KEY WORDS: risk factors, malocclusions, deforming oral habits.

INTRODUCCIÓN

Una maloclusión se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tienen algún grado de maloclusión, si bien normalmente no es lo suficientemente seria para

requerir tratamiento Dentro de las principales causas que puede originar problemas de mala oclusión están: factores hereditarios, además de los hábitos adquiridos por los niños durante su etapa de crecimiento (chuparse el dedo, presión de los dientes con la lengua, el biberón después de los tres años y tomar biberón durante mucho tiempo), también pueden afectar en gran parte la forma de los maxilares, los malos hábitos alimenticios y respirar por la boca sin cerrar los labios. Esta situación se relaciona con el hecho de que el hombre nace condicionado para respirar por la nariz y alimentarse por la boca. Por lo tanto, al romperse ese mecanismo fisiológico se afecta el crecimiento y desarrollo, no solo facial, sino general. Lo cual se presenta en algunos niños que manifiestan conductas inadecuadas que afectan el normal desarrollo bucodental. Dentro de los factores genéticos podemos incluir: características étnicas, heredabilidad de las dimensiones faciales verticales, crecimiento y desarrollo craneofacial, patrón neuromuscular. Dentro de los factores ambientales podemos incluir: respiración bucal, succión digital, empuje lingual. (Zulay, Hernández ,2018).

A nivel mundial las maloclusiones ocupan el tercer lugar entre las enfermedades más frecuentes del aparato estomatognàtico, y se habla de ellas como una enfermedad inherente a la civilización, no son de riesgo para la vida, pero por su incidencia y prevalencia son consideradas un problema de salud.Las estadísticas a hablan de altos índices de maloclusión en la sociedad actual. En los Estados Unidos entre un 40% y un 60% de los adolescentes presentan claros signos de maloclusión, siendo candidatos a tratamiento. Por consiguiente, se puede decir, que la maloclusión tiene características de epidemia de los tiempos modernos. (Gispert, 2016). Latinoamérica tiene una situación preocupante al respecto, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85 % de la población; en Cuba, la prevalencia de maloclusiones asciende al 64 %(Pino, Véliz, García, 2014).

Con el propósito de mejorar el estado de salud de la población se plantea en el Programa Nacional de Atención Primaria de Salud Estomatológica, la ejecución de acciones siendo uno de sus objetivos específicos, la disminución de la morbilidad de las enfermedades estomatológicas y uno de ellos, son las anomalías dentomaxilofaciales, y dentro de estas los problemas de ortodoncia. La gran cantidad de investigaciones en el campo del crecimiento y desarrollo, han evidenciado la necesidad de hacer un mayor énfasis en la prevención y la intersección de los problemas oclusales en los niños (Fernández ,2014).

Resulta significativo que en el municipio Jesús Menéndez, no se cuente con investigaciones y trabajos dirigidos a la educación y prevención de hábitos bucales deformantes como causa de dicha enfermedad, siendo una necesidad de primer orden, atendiendo a su prevalencia e incidencia en la población infantil del territorio.

Dada la importancia que tiene el niño como futuro interactivo de la sociedad, la tarea de fomentar su salud general es vital, y dentro de esta la bucal, nos motivó a realizar el presente estudio en un grupo de niños con factores de riesgo de maloclusiones, que acuden a nuestras consultas, lo que contribuirá a disminuir la prevalencia y gravedad de las mismas.

TABLA1 ***Factores de riesgo de maloclusiones.***

Factores de riesgo	No.	%
Hábitos bucales deformantes	56	58,3
Ausencia de espacio interincisivo	34	35,4
Ausencia de espacio del primate	32	33,3
Micrognatismo transversal	29	30,2
Caries dental	25	26,0
Restauraciones proximales defectuosas	11	11,4

Al realizar el análisis de los factores de riesgo apreciamos que la presencia de hábitos bucales deformantes fue el de mayor prevalencia con un 58,3%, seguido en orden descendente por la ausencia del espacio interincisivo con un 33,3%, el micrognatismo transversal con un 30,2% y la caries dental con un 26,0% en menor porciento se presentaron las restauraciones proximales defectuosas con un 11,4%.Estos resultados coinciden con los realizados por Santiso y Díaz (2014), en su trabajo titulado “Diagnóstico ortodòncico en niños del área de salud de Florida “ en Ciego de Ávila.

Todos estos factores influyen directamente en el desarrollo de maloclusiones por lo que es muy importante conocer su comportamiento para predecir las futuras desarmonías oclusales que puedan presentarse en niños. Consideramos que en nuestro estudio la práctica de hábitos bucales deformantes fue el factor de riesgo de mayor prevalencia porque los niños examinados eran en su mayoría no institucionalizados, y en el hogar los hábitos deletéreos se prolongan más tiempo, pues existen padres que desconocen las consecuencias de estos, mientras que en las instituciones infantiles hay mayor conocimiento de los educadores y auxiliares pedagógicos sobre la importancia de la intersección precoz de estos hábitos.

TABLA 2 ***Prevalencia de maloclusiones según edad.***

Factores de riesgo	3 años		4 años		5 años		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Hábitos bucales deformantes	26	66,7	16	53,3	14	51,8	56	58,3
Ausencia de espacio interincisivo	13	33,3	11	36,7	10	37,0	34	35,4
Ausencia de espacio del primate	11	28,2	11	36,7	10	37,0	32	33,3
Micrognatismo transversal	11	28,2	10	33,3	8	29,6	29	30,2
Caries dental	3	7,7	7	23,3	15	55,5	25	26,0
Restauraciones proximales defectuosas	0	0	5	16,7	6	22,2	11	11,4

Apreciamos que de forma general no existieron diferencias significativas en las tres edades, excepto los niños de 3 años que son niños más afectados por la práctica de hábitos bucales deformantes con un 66,7%, y la caries dental afectó más a los niños de 5 años con un 55,5%. Similares resultados fueron obtenidos por Montero (2015), en su trabajo"Intervención educativa en padres y educadores de niños con predisposición a anomalías dentomaxilofaciales". Esto afirma lo planteado según la literatura revisada, que los hábitos disminuyen con la edad y su cuadro clínico está en dependencia del tiempo de duración de los mismos, pues con el tiempo los niños maduran y tienden a afianzar su personalidad condicionado por el medio ambiente; si las condiciones son favorables ,estos hábitos desaparecen, pero si son desfavorables estos se mantienen y se establecen patologías y anomalías físicas, fisiológicas y estéticas psicológicas, mientras que la caries dental aumenta con la edad pues existe un mayor tiempo de exposición a los factores de riesgo.

TABLA 3. ***Prevalencia de maloclusiones según sexo.***

Factores de riesgo	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Hábitos bucales deformantes	25	54,3	31	62,0	56	58,3
Ausencia de espacio interincisivo	13	28,3	21	42,0	34	35,4
Ausencia de espacio del primate	14	30,4	18	36,0	32	33,3
Micrognatismo transversal	12	26,1	17	34,0	29	30,2
Caries dental	10	21,7	15	30,0	25	26,0
Restauraciones proximales defectuosas	4	8,7	7	14,0	11	11,4

Podemos observar que más de la mitad de los niños de ambos sexos presentaron hábitos bucales deformantes, ligeramente mayor en las niñas con un 62,0% y en los varones un 54,3%. La ausencia de espacio interincisivo fue mayor también en el sexo femenino con un 42,0%, mientras que el sexo masculino, alcanzó el 28,3%.La ausencia de los espacios del primate afectó al 36,0% del sexo femenino y al 30,4% del sexo masculino. La presencia de micrognatismo transversal en los niños fue de 26,1% y en las niñas de 34,0%, estos resultados coinciden con los realizados por Martínez (2015) en su trabajo "Prevalencia y algunos factores de riesgo en niños de 3er a 6to año de vida de los círculos infantiles". La caries dental y las restauraciones proximales defectuosas, aunque se presentaron en menor porciento, no debemos descuidarnos de su importancia como factores de riesgo, pues sobre ellas podemos actuar directamente en nuestra labor profesional diaria, para prevenirla, eliminarla y tratarla correctamente.

TABLA 4. ***Principales hábitos bucales deformantes***.

Hábitos bucales deformantes	No.	%
Empuje lingual	39	69,6
Respirador bucal	36	64,3
Succión digital	24	42,9
Queilofagia	10	17,9
Onicofagia	8	14,3

Podemos ver que el hábitode mayor frecuencia fue el empuje lingual con un 69,6%, seguido por la respiración bucal con un 64,3% y la succión digital con un 42,9%, en menor por ciento se presentaron la queilofagia y la onicofagia con 17,9% y un 14,3% respectivamente. Resultados similares fueron reportados por Navarro(2016) en su trabajo "Algunos factores locales predisponentes a maloclusiones en niños de 3 a 5 años de Círculos Infantiles" y por Martínez (2015) en su trabajo para optar por el título de Especialista en Primer Grado en Estomatología General Integral "Prevalencia y algunos factores de riesgo en niños de 3er a 6to año de vida de los círculos infantiles". Como ya mencionamos anteriormente el empuje lingual fue el hábito más frecuente, pues el mismo es un reflejo incondicional y un acto inconsciente y puede ser el resultado de otro hábito como la succión digital, el uso de tetera y la lactancia materna prolongada. También la respiración bucal y la succión digital manifiestan un porciento representativo, por lo que estos hábitos bucales, siempre que perduren o se manifiesten por encima de los tres años, merecen especial atención por parte del estomatólogo general integral debido a los efectos que provocan sobre la oclusión.

CONCLUSIONES

La prevalencia de factores de riesgo locales de maloclusiones en los niños estudiados fue alta, constituyendo los hábitos bucales deformantes el más frecuente. Los niños de 3 años fueron los más afectados por los hábitos bucales deformantes, mientras que la caries dental afectó más a los niños de 5 años. Los factores de riesgo de maloclusiones predominaron en el sexo femenino, mientras que el hábito más frecuente fue el empuje lingual.

REFERENCIAS

Zulay, M. y Hernández G (2018).Prevalencia de maloclusión en niños de 6-12 años con respiración bucal. Recuperado de:https://www.wikidata.org/wiki/Q1320428

Gispert, A. (2016).Prevención en Estomatología General Integral. *Facultad de Estomatología. Universidad de la Habana.*

Pino, I., Véliz, O. y García P. (2014) Maloclusiones, según el índice de estética dental, en estudiantes de séptimo grado de Santa Clara.*MedicentroElectrónica* ,18 (4) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000400004&lng=es.

Fernández, C.(2014).Resultados del control de factores de riesgo de anomalías dentofaciales. *Rev. Cubana Ortod,* 15(1):33-38.

Santiso, A., Díaz, E. (2014). Diagnóstico ortodòncico en niños del área de salud de Florida. Ciego de Ávila. *Rev. Cubana Estomatol*. *Medi Ciego*, 17(1): [aprox. 16p].Recuperado de:http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl1_2014/pdf/T4.pdf.

Montero, S.(2015)*Intervención educativa en padres y educadores de niños con predisposición a anomalías dentomaxilofaciales.* (Trabajo para optar por el título de primer grado en Ortodoncia Holguín).

Martínez, C. (2015).*Maloclusiones. Prevalencia y algunos factores de riesgo en niños de 3er a 6to año de vida de los círculos infantiles.* (Trabajo para optar por el título de primer grado en Estomatología General Integral Facultad de Estomatología. Santiago de Cuba).

Navarro, A. (2016). *Algunos factores locales predisponentes a maloclusiones en niños de 3 a 5 años de Círculos Infantiles.* (Trabajo para optar por el título de primer grado en Ortodoncia Holguín)

EL OLEOZÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS CRÓNICA EDEMATOSA EN PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS

OLEOZÓN IN CHRONIC EDEMATOUS GINGIVITIS'S TREATMENT IN PATIENTS ELDER THAN 12 YEARS

Ismaray Parra Reyes ismaray1993@nauta.cu

Yusimith Díaz Couso marijose@ltu.sld.cu

Ismaray Lianet Dieguez Zaldivar ismaray.dieguez@nauta.cu

RESUMEN

Se realizó una intervención terapéutica en el Policlínico Docente Guillermo Tejas Silva del municipio de Las Tunas, en el período comprendido entre marzo del 2018 a abril del 2019. La investigación tuvo como objetivo evaluar la efectividad del Oleozón en el tratamiento de la gingivitis crónica edematosa. El universo estuvo constituido por el total de pacientes mayores de 12 años de edad que acudieron a consulta en el período de estudio y la muestra fueron los que presentaron la enfermedad. Se trabajó con las siguientes variables sexo, edad y factores predisponentes. Se trabajó con dos grupos, uno de estudio y uno de control. En la investigación el sexo predominante fue el masculino. Predominó el grupo de edad de 35-59 años y la placa dentobacteriana como factor predisponente de la enfermedad, fue lo más representativo. El tratamiento con Oleozón fue efectivo en un intervalo menor de tiempo que con el tratamiento convencional.

PALABRAS CLAVES: Oleozón, Gingivitis crónica edematosa, Placa dentobacteriana.

ABSTRACT

A therapeutic investigation was carried out in the Teaching Policlinic Guillermo Tejas Silva in Las Tunas's municipality, in the period from March 2018 up to April 2019. The objective of this investigation was to evaluate the effectiveness of Oleozón in chronic edematous gingivitis's treatment. The universe was constituted

by the total of patients elder than 12 years old who came to our services during our study and the sample was formed by those patients which were diagnosed with chronic edematous gingivitis. Some variables were used in our study, such as: gender, age and predisposing factors. We worked with two groups, study and control group. Male, was the predominant gender. The age's group of 35 up to 59 years old was the predominant one and dentobacterial plaque as a predisposing factor was the most representative in a shorter period of time than conventional treatment, and it was considered as an effective treatment.

KEY WORDS: Oleozon, chronic edematous gingivitis's, dentobacterial plaque.

INTRODUCCIÓN

La gíngiva es una fibromucosa formada por tejido conectivo denso con una cubierta de epitelio escamoso queratinizado que cubre los procesos alveolares y rodea a los dientes; tiene un color rosa pálido y forma un sellado alrededor del diente que protege al hueso y tejidos de soporte. La gingivitis, es la inflamación de la encía producida por bacterias localizadas en el margen gingival y la causa más común es la inducida por placa

bacteriana (biofilm) de origen infeccioso (Fernández-Corrales , Calzado-Salomón , Cabrera-Zamora y Martínez-Suárez H, 2017).

Según Fernández-Corrales y otros autores (2017), el predominio de gingivitis en los países desarrollados es aproximadamente de 73% y The Platform for Better Oral Health in Europe, revela que más del 50 % de la población sufre algún tipo de enfermedad periodontal; mientras que más del 50 % de la población de los Estados Unidos mayor de 50 años desarrollan la enfermedad periodontal del adulto y el riesgo de padecerla aumenta durante la pubertad, entre un 50 y 90 %.

Camacho y otros (2014), señalan que:

> "Múltiples son los procederes terapéuticos para el tratamiento de la gingivitis crónica, resulta de obligatorio cumplimiento la realización de una adecuada educación sanitaria, el control de la placa dentobacteriana y la eliminación y/o control de los factores de riesgo "

La Medicina Natural y Tradicional en el tratamiento de la Gingivitis Crónica Edematosa

A medida que el hombre ha ido evolucionando, se han desarrollado las diferentes ramas de la medicina natural y tradicional; de modo que en la actualidad es usada para la cura de múltiples afecciones (Pascual Casamayor, Pérez Campos, Morales Guerrero, Castellanos Coloma y González Heredia 2014). Dentro de la medicina natural tradicional también se emplea con excelentes resultados la terapia con aceite ozonizado en el tratamiento de enfermedades bucales (Padilla Gómez y otros, 2016).

¿Qué es la ozonoterapia?

La ozonoterapia no es más que la aplicación del ozono al organismo humano a través de diferentes técnicas y con fines terapéuticos. Diversas literaturas reportan su uso desde la I Guerra Mundial en la desinfección de las heridas. " El odontólogo suizo E.A. Fish (1899-1966), citado por Schwartz y Padilla Gómez, fue el primero en intuir las enormes ventajas del O_3 en el tratamiento local, el cual trató con buenos resultados una pulpitis gangrenosa con una inyección del gas" (Díaz-Couso, Arias-Pérez, Garrido-Labrada, Reyes-Nieblas y Tamayo-Ricardo, 2018).

En Cuba, el Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CINC) realizó estudios contundentes donde se sustituye el aceite de oliva por el de girasol, donde se obtuvieron resultados favorables, por lo que la unión con este aceite de girasol recibe el nombre de Oleozón (Padilla Gómez y otros, 2016). Las propiedades germicidas, motivan la investigación de su acción en el tratamiento de diversos procesos sépticos locales, de infecciones dermatológicas, ginecológicas, estomatológicas, oftalmológicas y en la parasitosis por giardialamblia (Peña Rosell, Capote Femenías, y Jover Capote, 2019).

Varios autores han planteado que:

> "El ozono posee una serie de propiedades que lo hacen útil en el campo de la medicina, tales como: efecto bactericida, fungicida, virucida, cicatrizante, antiinflamatorio, analgésico, mejoramiento de las propiedades reológicas de la sangre y su circulación por los vasos capilares, incremento de la capacidad de absorción de oxígeno en los eritrocitos, así como la transferencia a los tejidos, efecto inmunomodulador de la respuesta biológica, efecto antitumoral, efecto desinfectante y esterilizante" (Morillo Monegro y Rodríguez Pulido, 2015; Díaz-Couso y otros, 2018).

En estomatología se ha empleado en el tratamiento de la discromia dental, gingivoestomatitis herpética aguda (GEHA), en Gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA), aftas, gingivitis crónicas, úlceras traumáticas, pulpitis, en conductos radiculares infectados, estomatitis subprotésica, recromia, desinfección de bolsas periodontales, tratamiento de la halitosis, en el período preoperatorio periodontal, extracciones traumáticas y en alveolitis(Díaz-Couso y otros, 2018). Debido a las propiedades del Oleozón y a las referencias de su utilización en diferentes enfermedades, así como a reportes de su aplicación en Estomatología, nos motivamos a realizar esta investigación, estudiando la posibilidad de incluirlo entre los medicamentos a utilizar en el tratamiento de la gingivitis crónica edematosa.

Se realizó una intervención terapéutica en los pacientes pertenecientes al área de salud del Policlínico Guillermo Tejas Silva, del municipio las Tunas, que presentaron gingivitis crónica edematosa en el período comprendido entre marzo de 2018 a abril del 2019. El universo estuvo constituido por el total de la población que acudió a la consulta en el período de estudio (77) y la muestra se obtuvo por el método aleatorio simple y quedó conformada por 62 pacientes distribuidos en un grupo de estudio (atendido con Oleozón) y en un grupo control(atendidos con clorhexidine 0,02%). Se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión, de exclusión y de salida.

Para el estudio se tuvieron en cuenta las siguientes variables: Sexo, Edad, Factores predisponentes (placa dentobacteriana, diabetes, tabaquismo y caries), Tiempo de evolución del tratamiento y Efectividad del tratamiento según evolución. Para caracterizar la muestra a intervenir, los datos se obtuvieron a través del examen clínico a la población que acudió a la consulta en el período de estudio que presentó la enfermedad, mediante la confección de la Historia Clínica Individual para la obtención de la información y luego proceder a su análisis.

Tratamientos aplicados en la investigación

El primer grupo o de estudio se atendió con el Oleozón y el segundo grupo o de control con los métodos convencionales (clorhexidine 0,02%). **Tratamiento con Oleozón** (en el grupo de estudio) **Almacenamiento del medicamento:** De 2 a 8^0 C. **Envase**: Frasco plástico color blanco. **Garantía**: Determinada

Propiedades del Oleozón: Analgésica e Inmunosupresora, Antiinflamatoria, Cicatrizante, Bactericida, Virucida, Fungicida. **Vía de administración**: Tópico. **Contraindicaciones**: No se han reportado. **Posología**: Se siguieron con todos los pacientes las normas establecidas para el tratamiento de la gingivitis crónica edematosa. Tanto para el grupo de estudio como el de control, el tratamiento consistió primeramente en la aseptización del campo operatorio, tartrectomía, se colocó cura medicamentosa a través de bolilla de algodón estéril embebida en Oleozón en la zona afectada en el grupo de estudio y colutorios de clorhexidina al 0,02% en el grupo control. Se les indicó a los pacientes acudir a consulta al 7mo día, 11no día y 15 día para su evolución. Los integrantes del grupo de estudio no recibieron indicación de medicamento secundario, solo la aplicación del Oleozón en la zona afectada 4 veces al día y esperar 1hora para la ingestión de alimentos.

La efectividad del tratamiento se tuvo en cuenta mediante la aplicación de los criterios: **Curado:** Cuando existe buen estado general de la encía con remisión de los síntomas

(dolor, edema, halitosis, sangramiento) y no reacciones adversas. **No Curado:** Cuando permanezca la enfermedad, no remitiendo los síntomas con la aplicación del medicamento y presencia de reacción adversa.

Teniendo en cuenta los objetivos trazados para el trabajo, se analizaron y discutieron los resultados, los cuales se mostraron en forma de cuadros y se describieron en el contenido del informe final arribando a las conclusiones de la investigación realizada. Se calculó el X^2.

En el cuadro No 1, relacionado con la distribución de la población según el sexo, se puede observar que 33 pacientes son del sexo masculino, para un 53,2%. La autora considera que el predominio de la gingivitis en el sexo masculino se debe a que los hombres son más despreocupados y descuidan más la higiene bucal. Nuestros resultados no concuerdan con los de otros investigadores donde se refleja un franco predominio del sexo femenino respecto al sexo masculino representado por el 42,5 %(Fernández-Corrales y otros, 2017). Los resultados del presente estudio guardan similitud con los obtenidos por otros autores donde predominó el sexo masculino (Zamora Tejeda, Castañeda Deroncelé, y Hechavarría Martínez, 2017).

Cuadro No 1

Distribución de la población estudiada según sexo. Policlínico Guillermo Tejas Silva. Marzo del 2018 a Abril del 2019.

Sexo	Grupo Estudio		Grupo Control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	14	45,2	15	48,3	29	46,8
Masculino	17	54,8	16	51,6	33	53,2
Total	**31**	**100**	**31**	**100**	**62**	**100**

Fuente: Historia Clínica Individual

En el cuadro **No 2** se puede observar la distribución de los pacientes por grupos de edades, y aunque en todos los grupos hubo pacientes que presentaron la enfermedad, el grupo predominante fue el de 35-59 años con un 48,3 % en el grupo control y un 45,1 % en el grupo de estudio, representando un 46,7% de la población en general. La autora considera que predomina este grupo de edad debido a que es una población trabajadora que descuida su higiene bucal en el horario de las comidas al estar en su trabajo y a que el estudio se llevó a cabo con un mayor número de personas de esta edad.

Nuestros resultados difieren de los obtenidos por Camacho y otros (2014), donde en sus investigaciones, en cuanto a la distribución por grupos de edades el de 21 a 25 años fue el más afectado.

Cuadro No 2

Distribución de la población estudiada según grupos de edades.

Edades	Grupo Estudio		Grupo Control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
12 – 18	7	22,5	5	15,5	12	19,3
19 – 34	10	32,8	11	34,1	21	33,8
35 – 59	**14**	**45,1**	**15**	**48,3**	**29**	**46,7**
Total	**31**	**50**	**31**	**50**	**62**	**100**

Fuente: Historia Clínica Individual

El cuadro **No 3** muestra la distribución de la población según factores predisponentes donde podemos observar que la presencia de la placa dentobacteriana es el factor que predomina en ambos grupos representando el 100% de la población. La autora considera que esto se debe al resultado de un hábito incorrecto de higiene bucal que trae consigo acúmulos de placa con todo su metabolismo microbiano al mantener el contacto con la encía. Concordamos con otros autores en que un manejo periodontal que incluya la eliminación o el control de placa puede favorecer la reducción o eliminación de los microorganismos en la enfermedad periodontal inflamatoria crónica (Morillo Monegro y Rodríguez Pulido, 2015).

Cuadro No. 3

Distribución de la población estudiada según factores predisponentes.

Factores Predisponentes	Grupo Estudio		Grupo Control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Placa dentobacteriana	**31**	**100**	**31**	**100**	**62**	**100**
Diabetes Mellitus	4	12,9	3	33,3	7	11,2
Tabaquismo	9	29,0	7	22,5	16	25,8
Caries	10	32,2	5	16,1	15	24,1

Fuente: Historia Clínica Individual

En el cuadro **No 4** se refleja la evolución del tratamiento según intervalos de tiempo, en la que se observa que al séptimo día en el grupo de estudio, evolucionaron favorablemente 10 pacientes, representando un 37,0%. La autora de la presente investigación admite que el tratamiento con Oleozón ayudó a los pacientes en el tratamiento en un menor intervalo de tiempo por las propiedades cicatrizantes, antiinflamatorias y bactericidas presentadas por el Oleozón. Algunos investigadores han demostrado que la irrigación con ozono acuoso durante la terapia periodontal no quirúrgica logra obtener mayor reducción del índice de placa y del índice de sangrado al sondeo, en comparación con clorhexidina a 0,2% que obtuvo niveles más bajos. Además el ozono logró reducir en 25% la presencia de Aggregatibacter actinomycetemcomitans, a diferencia de la clorhexidina que no produjo cambio alguno (Morillo Monegro y Rodríguez Pulido, 2015).

Cuadro No 4

Distribución de los pacientes según tiempo de evolución del tratamiento.

Tiempo de evolución	Grupo Estudio		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
7días	**10**	**37,0**	5	20,0
11 día	8	29,6	9	36,0
15días	9	33,3	11	44,0
Total	27	87,0	25	80,6

Fuente: Historia Clínica Individual

El Cuadro **No 5** muestra como evolucionaron los pacientes con respecto al tratamiento, se puede decir de manera general, que la evolución fue favorable, pues 52 pacientes resultaron curados, representando un 83,8%; en el grupo de estudio fue de un 87,0% y en el grupo de control un 80,6%. Solamente 4 pacientes tratados con Oleozón no alcanzaron las cifras establecidas previamente, y en el grupo de control 6 pacientes no alcanzaron las cifras establecidas. Podemos decir que el tratamiento con Oleozón actuó favorablemente, ya que en un menor intervalo de tiempo la mayoría de los pacientes, remitieron los síntomas y signos presentados antes de los primeros 11 días. Estos resultados son similares a los obtenidos por diversos investigadores (Bravo Rodríguez y Espinosa Tejeda, 2014; Díaz-Couso y otros, 2018).

Morillo Monegro y Rodríguez Pulido (2015), destacan que:

> "El ozono presenta una acción específica y selectiva de las células microbianas; no daña las células del cuerpo humano debido a su capacidad antioxidante importante y va a estimular la proliferación de las células inmunocompetentes y síntesis de inmunoglobulinas. Además provoca la síntesis de sustancias biológicamente activas tales como interleucinas, leucotrienos y prostaglandinas, lo que beneficia la reducción de la inflamación y la estimulación de la cicatrización "

Cuadro 5

Evolución del tratamiento.

Evolución	Grupo Estudio		Grupo Control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Curado	**27**	**87,0**	**25**	**80,6**	**52**	**83,8**
No Curado	4	12,9	6	19,3	10	16,1
Total	**31**	**100**	**31**	**100**	**62**	**100**

Fuente: Historia Clínica Individual $X^2 = 0,051$

CONCLUSIONES

Predominó el sexo masculino y el grupo de edad de 35-59 años. La placa dentobacteriana como factor predisponente de la enfermedad fue lo más representativo. El tratamiento con Oleozón fue efectivo en un tiempo menor que con el tratamiento convencional. Un mayor número de pacientes resultaron curados.

REFERENCIAS

Bravo Rodríguez, M., & Espinosa Tejeda, N. (2018). *Tratamiento pulpo radicular con ozono en pacientes con absceso alveolar agudo. Sancti Spíritus*. Gaceta Médica Espirituana. Recuperado en 01 de febrero de 2019, de http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/559

Camacho EL, Rodríguez NM, González LY, Rodríguez MO, Delgado ZM, & Pérez MR. (2014). Intervención con láser terapéutico en pacientes portadores de gingivitis crónica Mediciego, 20 (S2). Recuperado en 09 de mayo de 2019, de https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdcs142i.pdf

Díaz-Couso, Y., Arias-Pérez, Y., Garrido-Labrada, M., Reyes-Nieblas, J., & Tamayo-Ricardo, C. (2018). Ozonoterapia en pacientes mayores de 12 años con estomatitis aftosa recurrente. *Revista ElectróNica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 43*(6). Recuperado de http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1486

Fernández-Corrales Y, Calzado-Salomón R, Cabrera-Zamora S, Martínez-Suárez H. (2017). *Eficacia y seguridad de la tintura de Salvia officinalis L en el tratamiento de la gingivitis crónica edematosa.* MULTIMED [revista en Internet].Recuperado en 01 de febrero de 2019, de http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/383.

Morillo Monegro L M, & Rodríguez Pulido J I. (2015) Ozonoterapia como adyuvante en el tratamiento periodontal no quirúrgico. Revisión de la bibliografía. [revista en Internet]. [Recuperado en 04 enero de 2018, de

http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2015/mp153e.pdf

Pascual Casamayor, Dianelis, Pérez Campos, Yaima Esperanza, Morales Guerrero, Ivette, Castellanos Coloma, Ivet, & González Heredia, Eugenia. (2014). Algunas consideraciones sobre el surgimiento y la evolución de la medicina natural y tradicional. *MEDISAN*, *18*(10), 1467-1474. Recuperado en 05 de agosto de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000019&lng=es&tlng=es.

Padilla Gómez, E., Sueiro Sánchez, I., Quintero Chis, I., Domínguez Rojas, C., Hernández Millán, A., & Ercia Sueiro, L. (2016). Usos terapéuticos del ozono en los servicios de salud. *Revista Cubana de Medicina Natural y Tradicional, 1*(1). Recuperado de http://www.revmnt.sld.cu/index.php/rmnt/article/view/17

Peña Rosell, Amalia, Capote Femenías, José Luis, & Jover Capote, Nadia. (2019). Utilidad del oleozón tópico en la gingivitis crónica fibroedematosa. *Revista Médica Electrónica*, *41*(1), 54-62. Recuperado en 24 de junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000100054&lng=es&tlng=es.

Zamora Tejeda, Maitee, Castañeda Deroncelé, Mario, & Hechavarría Martínez, Bárbara Olaydis. (2017). Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes especiales con gingivitis crónica. *MEDISAN*, *21*(10), 3011-3017. Recuperado en 09 de mayo de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001000003&lng=es&tlng=es

EFECTIVIDAD DEL DENTOFAR EN LA MEDICACIÓN INTRACONDUCTO

EFFECTIVENESS DEL DENTOFAR IN THE MEDICACIÓN INTRACONDUCTO

Josefa Navarro Nápoles josefa.navarro@infomed.sld.cu

Mayelin de la Caridad Suárez González mcsuarez@ltu.sld.cu

Lilian del Todo Pupo

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención terapéutica, con el objetivo de evaluar la efectividad del dentofar en la terapéutica de medicación de conductos radiculares de dientes con afecciones pulpares y periapicales en pacientes atendidos en el policlínico servicios del MININT en el período comprendido entre junio 2017 a enero 2018. La población del estudio estuvo constituida por 54 pacientes de ambos sexos, de 15 a 78 años con patologías pulpar para tratamiento pulporadicular derivados en dos grupos: estudio tratados con Dentofar y control con Paramonoclorofenol Alcanforado, 27 pacientes cada uno. Se operacionalizó edad, sexo, diente a tratar, patología pulpar, síntomas y signos antes y después y la efectividad de los tratamientos. Se utilizó el Chi cuadrado de homogeneidad para determinar si existieron diferencias en ambos grupos de tratamiento con un nivel de significación de 5% $p < 0.05$. Se obtuvo que estadísticamente no existió diferencias entre ambos tratamientos, clínicamente se observó un 96.3% de efectividad en el grupo estudio y un 88.9% en el grupo control.

PALABRAS CLAVES: medicación, intraconducto, dentofar, efectividad

ABSTRACT

It was carried out a study experimental cuasi of therapeutic intervention, with the objective of evaluating the effectiveness of the dentofar]in the therapy of medication of conduits radicular of teeth with affections pulpares and periapical in patients assisted in the policlinic services of the MININT in the period understood between June 2017 to January 2018. The population of the study was constituted by 54 patients of both sexes, of 15 to 78 years with pathologies pulpar for treatment pulporadicular derived in two groups: study tried with Dentofar and control with Paramonoclorofenol Alcanforado, 27 patients each one. operationalize age, sex, tooth to try, pathology pulpar, symptoms and signs before and later and the effectiveness of the treatments. The square Chi of homogeneity was used in order to determine if differences in both groups of treatment with a level of significance of 5 existed% $p < 0.05$. he/she/it/you was obtained that estadísticamente didn't exist differences between both treatments, [clinically was observed a 96.3% I of effectiveness in the group study and a 88.9% in the group control.

KEY WORDS: medication, intraconducto, dentofar, effectiveness

INTRODUCCIÓN

Durante décadas, diferentes investigadores recomiendan el tratamiento de los conductos infectados con o sin complicación periapical en más de una cita, con la introducción de un medicamento en el interior del conducto.

La medicación intraconducto actuará como un auxiliar en cuanto a la desinfección de los conductos radiculares, ayudando a la desinfección y por ende controlar los síntomas y signos presentes. (Rivas Muñoz, R. 2014)

El empleo de fármacos para la medicación intraconducto plantea el uso más generalizado de sustancias que conlleven a resultados superiores. El Dentofar es un producto con una formula debidamente estabilizada que combina la acción antiinflamatoria de la prednisolona con la actividad antimicrobiana del Paramonoclorofenol Alcanforado y entre sus indicaciones está como medicación intraconducto. (Hoja de seguridad del Dentofar. Laboratorios EUFAR. 2016) y (Registro sanitario Dentofar. 2016)

La Prednisolona presente en la composición del Dentofar, es un cortico esteroide que le confiere efectos desensibilizantes y antiinflamatoria. (Prednisolona. 2016 y 2018). El Paramonoclorofenol Alcanforado, por su actividad antimicrobiana, la refuerza sinérgicamente.

En la literatura revisada no se reportan estudios que avalen el efecto terapéutico del medicamento en el tratamiento endodóntico; por lo que se desconoce la efectividad del dentofar en la medicación intraconducto en pacientes del policlínico Servicios Médicos del MININT nos motivó a realizar el estudio planteándose la hipótesis de (si se aplica el Dentofar como medicación intraconducto, sería tan o más efectivo que el Paramonoclorofenol Alcanforado logrando la disminución de la infección).

MÉTODO

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención terapéutica, con el objetivo de evaluar la efectividad del Dentofar en la terapéutica de medicación de conductos radiculares de dientes con afecciones pulpares y periapicales en 54 pacientes de ambos sexos de 15 a 78 años atendidos en el policlínico Servicios Médicos del MININT de Santiago de Cuba en el período comprendido entre junio 2017 a enero de 2018; 27 pacientes en cada grupo estudio y control.

Al grupo estudio posterior a la instrumentación e irrigación se secó con conos de papel estéril; se colocó una punta de papel estéril de aproximadamente 3 mm embebida en dentofar en el interior del conducto y se selló con policarboxilato de zinc, al segundo día se retiró para evaluar el conducto según lo descrito. En el grupo control el procedimiento posterior a la instrumentación e irrigación fue secado del conducto y colocación de punta de papel estéril embebida en paramonoclorofenol alcanforado en el interior del conducto, se selló con policarboxilato de zinc para evaluar el conducto según lo descrito. En cada caso se tuvo en cuenta largo de trabajo del conducto radicular para colocar la cura con la punta de papel estéril.

El dolor se evaluó antes y después de iniciados los tratamientos en ambos grupos terapéuticos. Al 2do, 3er y 4to día se retiraba el sellado para evaluar el conducto. El número de cita estuvo en consideración a la remisión de los signos y síntomas en el paciente, en la sesión en que se encontró el diente asintomático se procedió a la obturación del conducto.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los fundamentos de la medicación intraconducto está dado por lograr destruir los microorganismos residuales y sus toxinas y la remoción de tejido orgánico. Este objetivo se alcanza en gran parte durante la preparación del conducto, pero dada la complejidad de los sistemas de conductos radiculares, no se eliminan todos los microorganismos ni el tejido remanente, además los túbulos dentinarios de conductos con pulpas necróticas pueden estar invadidos por bacterias (Burgos Zamorano, F. 2014) En la literatura nacional e internacional consultada se encontraron diferencias y semejanzas.

En la tabla 1 se tiene que en la población estudiada predominó el sexo masculino en un 59.3%, el grupo etario más afectado fue de 35 a 59 años con el 51,9%. No existió diferencia significativa entre ambos grupos terapéuticos (p≥0.05).

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo.

Grupos de Edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
15 – 24	2	6.25	1	4.54	3	5.55
25 – 34	11	34.4	6	27.3	17	31.5
35 – 59	16	50.0	12	54.5	28	51.9
60 y más	3	9.37	3	13.6	6	11.1
Total	32	59.3	22	40.7	54	100.0

p≥0.05

La edad de 35 a 59 es el rango laboral que mayoritariamente se atiende en el servicio estomatológico del Policlínico Servicios Médicos del MININT. En el rango de edad de 35 a 59 años, el tiempo de exposición del diente a las condiciones bucales ha sido más prolongado y la capacidad de regeneración del tejido pulpar es menor.

La primacía del sexo masculino se ve influenciado por las características de las actividades laborales que se realizan en las instituciones y unidades militares, las cuales están diseñadas fundamentalmente para hombres.

La tabla 2 muestra que los incisivos y las bicúspides fueron los más afectados por enfermedades pulpares representados por un 51,9 % y 37,0 % en el grupo estudio y 44,4% y 44,5% en el grupo control, no existieron diferencias significativas (p≥0,05), por lo cual se afirma son homogéneos.

Tabla 2. Pacientes según grupos de dientes afectados.

Grupos dentarios	Grupos terapéuticos				Total	
	Grupo estudio		Grupo control			
	No	%	No	%	No	%
Incisivos	14	51,9	12	44,4	26	48,2
Caninos	1	3.7	1	3,7	2	3.7
Bicúspides	10	37,0	12	44,5	22	40,7
Molares	2	7,4	2	7,4	4	7.4
Total	27	100.0	27	100.0	54	100.0

p≥0.05

(González, L y col. 2017) plantean un predominio de incisivos y premolares, esto puede suceder porque los incisivos son dientes anteriores y a los mismos se les confiere gran importancia por parte de los pacientes, pues en la mayoría la principal preocupación es la estética. (Sosa Rosales, MC. 2017). Por otra parte, los premolares soportan mayor carga masticatoria en la arcada y por las características de su anatomía son particularmente vulnerables y aunque la implicación estética es menor que en los incisivos, también se convierten habitualmente en tributarios de tratamiento pulpo radicular.

En la Tabla 3 se muestran los dientes a tratar según el número de raíces, se evidenció una mayor afectación en los dientes unirradiculares con un 70.4 % en el grupo estudio y un 66.7 % n el grupo control. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, existió homogeneidad.

Tabla 3. Pacientes según diente a tratar y grupos de tratamiento

Diente a tratar	Grupos terapéuticos				Total	
	Estudio		Control			
	No	%	No	%	No	%
Unirradiculares	19	70.4	18	66.7	37	68.5
Multirradiculares	8	29.6	9	33.3	17	31.5
Total	27	100,0	27	100,0	54	100.0

p≥0.05

En el estudio la primacía de los dientes unirradiculares estuvo dado por la mayor afectación de los incisivos, caninos y segunda bicúspides en ambos grupos terapéuticos. En los multirradiculares la mayor afectación fue en la primera bicúspide.

En la Tabla 4 se presentan los pacientes según tipo de patología pulpar diagnosticada al momento de iniciar el tratamiento; la misma indica que la mayor frecuencia de diagnóstico fueron las patologías enmarcadas en la clasificación de pulpa vital irreversible en un 53.7% del total de la población en estudio, en segundo término, la pulpa no vital crónica con el 29.6% seguida de pulpa no vital aguda en el 16.7% del total de casos.

No se detectaron diferencias (p≥0.05) entre grupos con respecto a esta variable.

Tabla 4. Pacientes según tipo de patología pulpar en ambos grupos terapéuticos.

Patología Pulpar	Grupos Terapéuticos					
	Estudio		Control		Total	
	No	%	No	%	No	%
Pulpa vital irreversible	15	55.5	14	51.8	29	53.7
Pupa no vital aguda	4	14.8	5	18.5	9	16.7
Pulpa no vital crónica	8	29.6	8	29.6	16	29.6
Total	27	50.0	27	50.0	54	100.0

p≥0.05

En el estudio, se exhibió en primacía la pulpitis irreversible, que según (Mendiburu Zavala, CE y col. 2017) puede ser causada por traumas, irritantes químicos o infecciones bacterianas por caries.

La tabla 5 muestra los signos y síntomas presentes antes de iniciar el tratamiento. El exudado fue el síntoma predominante en un 28.3% de los pacientes en estudio, de todos los signos observados.

Tabla 5. Signos y síntomas presentes antes de iniciar el tratamiento en ambos grupos terapéuticos

Signos y síntomas	Grupos terapéuticos				Total	
	Grupo estudio		Grupo control			
	No	% *	No	% *	No	% **
Dolor	7	23,3	7	23,3	14	23,3
Exudado	9	30,0	8	26,7	17	28,3
Fetidez	8	26,5	7	23,3	15	25,0
Inflamación	6	20,0	5	16,7	11	18,3
Fístula	2	13,3	2	13,3	8	13,3

p≥0,05. *por ciento calculado en función al grupo total de caso por grupo de tratamiento.

** porciento calculado en base al total de la población.

Para la inflamación se tuvo en cuenta la referencia de episodios de inflamación y/o dolor que expresó tener el paciente antes de iniciado el tratamiento.

(Toledo Reyes, L y col 2015 y 2018) señalan que el dolor preoperatorio se establece como uno de los parámetros más influyentes en la incidencia de dolor postratamiento endodóntico y señala que esta asociación puede estar relacionada con el alto grado de contaminación del conducto que favorece la periodontitis apical y dificulta el proceso reparativo de los tejidos y que desde el punto de vista psicológico también la presencia de dolor anterior pudiera influenciar la aparición de este evento al concluir el tratamiento endodóntico

En cuanto a los signos y síntomas de ambos grupos después del tratamiento, como se muestra en la tabla 6, se obtuvieron respuestas positivas en cuanto a la inflamación, el dolor y la fetidez siendo significativo en el grupo estudio; que desde el segundo día de la medicación intraconducto comenzó a disminuir. Al cuarto día se tuvo 1 solo caso con fistula sin cerrar en el grupo estudio a diferencia del grupo control que mantuvo dos casos con exudados, uno con fetidez y los dos casos de fistula sin reducir.

Tabla 6. Signos y síntomas después del tratamiento en ambos grupos terapéuticos

Signos y síntomas	Grupo estudio						Grupo control					
	Segundo día		Tercer día		Cuarto día		Segundo día		Tercer día		Cuarto día	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%

Dolor	1	3.7	-	-	-	-	3	11,1	1	3,7	-	-
Exudado	5	18,5	2	7,4	-	-	6	22,2	3	11,1	2	7,4
Fetidez	3	11,1	1	3,3	-	-	4	14,8	2	7,4	1	3,7
Inflamación	2	7,4	-	-	-	-	3	11,1	1	3,7	-	-
Fistula	2	7,4	1	3.7	1	3.7	2	7,4	2	7,4	2	7,4

* porciento calculado en función al grupo total de caso por grupo de tratamiento

El dentofar utilizado en el grupo estudio es un producto de importación que ejerce su acción farmacológica directa sobre los nervios sensoriales pulpares y periapicales. (Landroguez Salina S y col. 2016) lo que le confiere ventajas sobre el paramonoclorofenol alcanforado.

La prednisolona en un 2% (como corticoides, actúa disminuyendo la inflamación), a lo que le atribuimos su poder de ejecución más rápido que el paramonoclorofenol alcanforado. (Prednisona. 2016)

La solución acuosa de paramonoclorofenol alcanforado al 1% utilizado en el grupo control presenta un espectro antibacteriano amplio y eficaz aunado a una baja toxicidad tisular. Se ha señalado en relación a los resultados obtenidos para el uso clínico del paramonoclorofenol alcanforado, que la droga no logra estar próxima a las bacterias para ser más efectiva, pues se ha comprobado que sus vapores no inhiben el crecimiento de las bacterias en las placas Petri y tampoco en el área apical simulada, concluyendo que el paramonoclorofenol alcanforado no se difunde a través de los túbulos dentinarios y se recomienda colocarlo con puntas de papel. (Iriza Celiz, MG. 2004)

La tabla 7 muestra la evaluación de la efectividad de ambos tratamientos a los siete días de iniciados estos. En el grupo estudio a los siete días en el 96.3% de los dientes tratados con dentofar resultó efectivo, en el grupo control tratado con paramonoclorofenol alcanforado fue de un 81.5% de los casos.

Estadísticamente no existió diferencia significativa entre los grupos, lo cual indica que ambos medicamentos son efectivos como medicación intraconducto, sin embargo, clínicamente se observó que la efectividad del dentofar se obtuvo en menor tiempo de tratamiento**.**

Tabla 7. Evaluación de la efectividad en ambos grupos terapéuticos.

Efectividad del tratamiento	Grupos terapéuticos				Total	
	Estudio		Control			
	No	%	No	%	No	%
Efectivo	26	96.3	22	81,5	48	88.9

No efectivo	1	3.7	5	18,5	6	11.1
Total	27	100,0	27	100,0	54	100.0

p≥0.05

En esta serie se tiene que al tercer día la mayoría de los signos y síntomas se reducen alcanzando mayores resultados en los dientes tratados con Dentofar

CONCLUSIONES

El uso del Dentofar como medicación intraconducto resultó ser tan efectivo como el paramonoclorofenol alcanforado.

REFERENCIAS

Burgos Zamorano F. (2014). Medicación intraconducto en endodoncia. Postgrado Endodoncia, Universidad de Valparaíso. Disponible en: http://www.postgradosodontologia.cl/endodoncia/images/EspecialidadEndodoncia/Seminarios/2013-2014/DocMedicacionIntraconductonEndodoncia. .pdf

González L, Ruiz P. (2017). Caracterización de las enfermedades pulpares en pacientes pertenecientes al Área II del municipio Cienfuegos. *Medisur.* [citado 22 enero 2019] 158(3) Disponible: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/rt/printerFriendly/3580/2342

Hoja de seguridad del Dentofar. Laboratorios EUFAR. 2016 [INTERNET]

Iriza Celis MG. (2004). Medicación intraconducto intermedia en tratamientos de conductos. [Internet]. [citado 2019 feb 20] Disponible en: http://www.carlosboveda.com/odontologosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado_38.htm

Landróguez Salinas S, Flores López AR, Delgado Pérez E, García Pantoja J, Merina Díaz R, Pérez Román MD. (2016). Alternativas de uso y Eficacia Analgésica en el Dolor de Origen Dental en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Int. J. *Odontostomat.* [Internet]. Ago [citado 2017 Feb 21]; 10(2): 221-228.

Mendiburu Zavala Celia Elena Del Perpetuo Socorro, Peñaloza Cuevas Ricardo, Chuc Baas Inés del Rosario, Medina Peralta Salvador. (2017) Enfermedades pulpares y periapicales en estructuras dentales permanentes. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 54(3).

Prednisolona Internet (2016) [citado 11 diciembre 2018] disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Prednisolona.htm

Prednisolona. Portal Hispano de medicina, medicamentos y plantas medicinales. (2016) Internet [citado 22 enero 2019] disponible en: http://www.medizzine.com/pacientes/medicamentos/P/prednisolona.php

Registro sanitario Dentofar. Laboratorios EUFAR. (2016) [INTERNET]

Rivas Muñoz, R. (2014) Microbiología en Endodoncia. Unidad 13. Sección 3: Medicamentos intraconductos y curaciones temporales. 2014. UNAM.

Sosa Rosales, MC. (2017). Programa Nacional de Atención Estomatológica a la población. *Ed. ECIMED*. La Habana.

Toledo Reyes L, Alfonso Carrazana M, Barreto Fiú E. (2018). Evolución del tratamiento endodóntico y factores asociados al fracaso de la terapia. *Medicent Electrón.* Abr.-jun.; 20(3): [aprox. 4 p.]. Acceso: 14/01/2017.

Toledo Reyes L, Cabrera García K, González Ferrer V, Machado Martínez M. (2015) Índice del dolor postratamiento endodóntico. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. [citado 2019 May 23];55(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1517

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES

INTERVENTION EDUCATIVE ON ORAL HEALTH IN ADOLESCENTS

Karenia Prada García[1] kprada@nauta.cu

Kenya Caridad Casanova Sales[2] kenya@ltu.sld.cu

Haideé Tamara Díaz Méndez[3] tamarita21@nauta.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio experimental de intervención educativa en la Escuela Secundaria Básica Cosme Torres de la localidad de Vázquez, durante el período comprendido entre septiembre de 2018 a mayo de 2019, para evaluar la efectividad de un programa educativo sobre salud bucodental. La muestra del estudio estuvo constituida por 166 estudiantes. La investigación se desarrolló en cuatro etapas: organizativa, diagnóstico, diseño de la estrategia e intervención y evaluación. Inicialmente se realizaron encuestas para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal y se evaluó la higiene bucal. Luego se diseñó y aplicó una estrategia educativa, se puso en práctica durante diez meses, se realizó la evaluación de estos aspectos nuevamente comparando los resultados finales con los iniciales. Para recolectar la información se utilizaron cuestionarios, y examen bucal. Se incrementó el nivel de conocimientos sobre salud bucal de los alumnos y contribuyó a que mejoraran su higiene bucal.

PALABRAS CLAVES: Intervención educativa, adolescentes, salud bucodental.

ABSTRACT

An experimental study of educational intervention was carried out at Cosme Torres Middle School in Vázquez town, during the period from September 2018 to May 2019 to evaluate the effectiveness of an educational program on oral health. The study sample consisted of 166 students. The research was developed in four stages: organizational, diagnostic, strategy design and intervention and evaluation. Initially there were carried out surveys to evaluate the level of knowledge of oral health and the oral hygiene. Then an educational strategy was designed and applied which was put into practice for ten months and the evaluation of all these aspects was carried out again comparing the final results with the initial ones.

Questionnaires and the oral exams were used to collect the information. The level of knowledge on oral health of the students was increased and it was improved their oral hygiene.

KEY WORDS: Educational intervention, adolescents, oral health.

INTRODUCCIÓN

La Estomatología tiene como misión, prevenir, mantener y devolver la salud oral a las personas para mejorar su calidad de vida. Se deben adaptar diversos aspectos de esta

[1] Residente de 2do año de Estomatología General Integral. Policlínico 28 de septiembre. Puerto Padre. Las tunas.
[2] Especialista de 2do grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas, Profesora Auxiliar, Investigador Agregado. Policlínico 28 de septiembre. Puerto Padre. Las tunas.
[3] Especialista de 2do grado en Ortodoncia. Profesora Asistente, Investigador Agregado. Policlínico 28 de septiembre. Puerto Padre. Las Tunas.

profesión para conseguir este objetivo y de manera especial en los llamados grupos de «riesgo». Estos grupos se denominan así por tener ciertas características que facilitan el establecimiento de enfermedades orales con mayor frecuencia. Uno de ellos es el de adolescentes, quienes atraviesan por una fase de cambios dramáticos y justos a las particularidades de cada cultura, se convierten en un reto para la práctica. (Matos Cantillo, Matos Matos, Carcasés Obana, Pita Laborí y Nicot Navarro, 2017)

“La adolescencia forma parte de una ola de transformación positiva, que busca llevar la práctica al lugar donde hace tiempo está el discurso, reclamando sus derechos y deberes, los cuales se complementan, para ser ciudadanos activos” (Nicot Navarro, Martínez Vidal, Matos Cantillo, Fernández Matos y Correa Ruíz, 2018)

> En esta etapa de la vida, se comienza a evidenciar un aumento de las enfermedades bucodentales, principalmente caries y periodontopatías, consideradas las causas más frecuentes de la pérdida prematura de los dientes, con la consiguiente afectación a las funciones y la estética de los adolescentes. (García, Gálvez Moya y Ramos Hurtado, 2018, p. 2)

Según la bibliografía especializada la adolescencia es un periodo bio-psicosocial entre los 10 y los 20 años, donde tienen lugar modificaciones corporales y adaptación a nuevas estructuras psicológicas y ambientales que conducen de la infancia a la adultez, que:

> Se divide en adolescencia temprana (12 a 14 años) y tardía (15 a 19 años). Es el periodo que empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la madurez social, cuando se asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto. Para algunos jóvenes es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación, para otros, una etapa de amistades internas, aflojamiento de ligaduras con los padres y sueños acerca del futuro. (López Vantour, Quinzán Luna, Núñez Antunez, Ponce y Macías Frómeta, 2016, p.4)

También se afirma que:

> El adolescente en los últimos años ha sido parte de una sociedad que promueve la cultura de la «belleza» con mayor intensidad, inmerso en cirugías estéticas, tratamientos ortodónticos, y otros procedimientos cosméticos, en los que no se perciben la responsabilidad o las implicaciones éticas. (Matos Cantillo, Matos Matos, Carcasés Obana, Pita Laborí y Nicot navarro, 2017, p.3)

Es importante referirse a los cambios psicológicos y biológicos de los adolescentes, en ellos se produce una sobreestimación de la invulnerabilidad, que hace pensar al joven que aquello que ocurre a los demás no le sucederá a él, lo que es el prototipo de salud y fuerza. “El adolescente se siente inmune ante un número de situaciones, por lo que descuida su salud general y con ello, su salud bucal; tampoco cuenta con mucho tiempo para sus actividades personales, lo que influye desfavorablemente en la realización del correcto cepillado” (Torres Mahy, Pérez Campos, Pascual Casamayor y Noadeyá, 2015)

Otros aspectos significativos son las situaciones que comprometen al adolescente como “… el consumo de alcohol, cigarrillo y ciertas sustancias psicoactivas, además de desórdenes alimenticios, y embarazos a temprana edad”. (Hechavarría Martínez, Venzant Zulueta, Carbonell Ramírez y Carbonell Gonzálvez, 2013), así como las tensiones por diversas causas “… motivan numerosas reacciones fisiológicas, algunas

de las cuales pueden ser la disfunción masticatoria, bruxismo y los movimientos para funcionales. (Ledezma Álvarez, Ham, y Jiménez del Valle, 2014)

Las fracturas dentarias por traumatismos de la cavidad bucal son frecuentes, la causa más frecuente en adolescentes son las peleas callejeras, deporte y juegos violentos o accidentes. (Hernández Aréchaga, Pérez Borrego y Cabrera Cardoso, 2014)

Salud bucal en los adolescentes

De la salud bucodental pudiera depender la salud general del hombre

> La cavidad bucal es una parte fundamental del cuerpo, tenerla sana es muy importante para poder masticar, hablar y lucir bien, pero su descuido, puede afectar a todo el organismo; por estas razones, la boca es una ventana que permite a un dentista hábil hacer una evaluación de la salud en general.
>
> La salud constituye un fenómeno dinámico que se relaciona con las diferentes etapas de la vida, entre las cuales se encuentra la adolescencia, donde ocurren complejas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que requieren de una atención médica. Las enfermedades bucodentales pueden convertirse en un obstáculo importante para disfrutar de una vida saludable, por ello es importante valorar y proteger la salud bucodental antes de que ocurran los problemas; 9 de cada 10 personas en todo el mundo están en riesgo de tener algún tipo de enfermedad en la boca, lo cual incluye caries, problemas en las encías e incluso el cáncer. La prevención empieza en la infancia. (López Vantour, Quinzán Luna, Núñez Antunez, Ponce y Macías Frómeta, 2016, p.2)

La modificación de la conducta individual con el fin de reducir el riesgo de enfermar, o de aumentar la salud y el bienestar, es hoy el objetivo común de las diferentes concepciones de la salud pública, donde la promoción de salud con su herramienta fundamental, la educación para la salud, juega un papel trascendental. (Rodríguez Sotomayor, 2018)

A pesar de todos los esfuerzos realizados por el personal encargado de esta actividad se ha podido comprobar en la práctica que en ocasiones no hay una adecuada percepción del riesgo de las enfermedades bucales por parte de los adolescentes y sus familiares, en especial de la caries dental y que el nivel de educación para la salud bucal de los mismos no es óptimo.

Por lo que sería importante estudiar ¿Cómo contribuir a modificar la salud bucodental de los alumnos de la ESBU Cosme Torres Izquierdo, del área de salud de Vázquez? Por lo que nos propusimos evaluar la efectividad de un programa educativo sobre salud bucodental aplicado a alumnos de la escuela secundaria básica Cosme Torres del área de salud de Vázquez, durante el período comprendido entre septiembre de 2018 a mayo de 2019.

Durante la realización de la investigación se trabajó con una población de 166 estudiantes entre 14 y 15 años de edad de la secundaria básica Cosme Torres de la localidad de Vázquez.

Diseño de la Intervención Educativa sobre salud bucal en adolescentes

Este estudio para su realización se dividió en cuatro etapas: diagnóstico, diseño del programa educativo, ejecución del programa y evaluación de los resultados.

Etapa de diagnóstico

Su objetivo fue demostrar la existencia del problema, profundizar en sus particularidades y definir sus causas.

Se dividió en 2 fases:

- Fase de diagnóstico de necesidades reales.
- Fase de diagnóstico de necesidades sentidas.

Fase de diagnóstico de necesidades reales:

Previa firma del convenio investigador escuela y la obtención del consentimiento informado de docentes y padres para participar en la investigación y de estos últimos autorizando la participación de su hijo, se utilizó como instrumento para detectar las necesidades reales de aprendizaje un cuestionario para los adolescentes.

Los estudiantes se citaron a la consulta de consejería de salud bucal de la clínica estomatológica perteneciente al policlínico *28 de septiembre* para realizarle a cada uno de ellos el control de placa dentobacteriana, para lo cual fue necesario un espejo bucal, espejo facial, cepillo dental y la sustancia reveladora. Se evaluó la higiene bucal de cada uno mediante el Índice de higiene bucal de Love y colaboradores, en aceptable cuando era menor del 20%, y no aceptable cuando era superior al 20% de superficie dentarias teñidas, siendo este último un importante factor de riesgo de la caries dental.

Fase de diagnóstico de necesidades sentidas.

Se realizaron grupos focales con los adolescentes como método cualitativo para explorar la percepción que poseen los estudiantes sobre la caries dental y su repercusión lo que permitió profundizar en el problema.

Etapa de diseño del programa educativo

Teniendo en cuenta las necesidades reales y sentidas de los adolescentes, que se detectaron, se diseñó un programa educativo titulado: *Sonrisa sana y feliz*, teniendo en cuenta la edad y característica de los escolares, así como los conocimientos que deben adquirir, planificando actividades educativas con la utilización de técnicas afectivo – participativas y diferentes medios de enseñanza que propiciaron la adquisición de conocimientos.

Etapa de ejecución del programa educativo

El programa educativo se desarrolló entre los meses de septiembre de 2018 a mayo de 2019, el horario se estableció de acuerdo con las posibilidades de los integrantes de la investigación en correspondencia con el horario escolar. Se dividió por sesiones:

Inicialmente se les informó de las características del programa educativo a los directivos de la escuela, docentes y padres de los estudiantes. Se confeccionaron murales para informar sobre los factores de riesgo de la Caries Dental. Luego se impartió charla educativa: Importancia del correcto cepillado a los alumnos y docentes. Se realizó la pantomima: Una sonrisa sana para mi familia y yo. También se efectuó la demostración a estudiantes, padres y docentes sobre forma y frecuencia del correcto cepillado dentogingival y daños de la placa dentobacteriana, mediante láminas, typodont, cepillos

de dientes y sustancia reveladora Placdent, así como se realizó la demostración sobre los medios auxiliares para la higiene bucal, con la utilización del hilo dental, typodont, cepillo, palillo dental y láminas. A continuación, se impartió charla educativa ¿Cómo se forma una caries? Y se le dio lectura a la poesía *A toda la familia*. También se realizó charla demostrativa sobre la importancia del flúor para los dientes y se enseñó el juego *Laberinto Fluorado*, utilizando láminas, tablero con el juego, fichas y dados. Luego se impartió charla educativa *Dientes sanos, cuerpo sano* y se leyó la poesía *La Sonrisa*, de Charles Chaplin. Se orientó un concurso de pinturas, poesías y cuentos sobre salud bucal. Para dar terminación se realizó el festival educativo *Por una sonrisa sana*, mediante canciones, pinturas, teatro, cuentos y poesías. Todo esto se llevó a cabo con el propósito de elevar los conocimientos sobre salud bucal.

Etapa de evaluación de los resultados del Programa

Se aplicaron nuevamente las encuestas y se determinó el Índice de Higiene Bucal de Love y colaboradores, a los estudiantes. Se determinó si los resultados del Programa eran satisfactorios, si el nivel de conocimientos y el Índice de Higiene Bucal de Love y colaboradores eran aceptables y no satisfactorios cuando uno o los dos criterios anteriores eran no aceptables.

DISCUSIÓN

En la tabla 1 se muestra la distribución de los estudiantes según edad y sexo**,** observándose un ligero predominio del sexo masculino; en cuanto a las edades en que fue distribuida la muestra estudiada, no existen diferencias estadísticas significativas.

Tabla 1. Distribución de los estudiantes de noveno grado de la escuela Cosme Torres según edad y sexo. Septiembre de 2018 a mayo de 2019.

Edades	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
14	84	50.60	75	45.18	159	95.78
15	7	4.22	0	0	7	4.22
Total	91	54.82	75	45.18	166	100

Fuente: Historia Clínica Individual.

En los escolares objeto de estudio, la edad predominante fue 14 para un 95% y el sexo masculino representado por 91 adolescentes para un 54,8%. Esto coincide con otros estudios en los que también hubo predominio del sexo masculino con respecto al femenino, como son los realizados mediante la aplicación de un programa preventivo de salud bucal en escuelas primarias mexicanas. (Cruz Martínez, Saucedo Campos, Ponce Rosas y Pedraza Avilés, 2018)

En la tabla 2 se realiza una comparación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de los alumnos antes y después de aplicado el programa educativo.

Tabla 2. Comparación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de los estudiantes de la escuela Cosme Torres antes y después de aplicado el programa educativo. Septiembre de 2018 a mayo de 2019.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No	%	No	%
Malo	58	34.94	0	0
Regular	74	44.58	29	17.47
Bueno	34	20.48	137	82.53
Total	166	100	166	100

Fuente: Encuesta.

El nivel de conocimientos sobre salud bucal antes de la intervención fue catalogado de malo 34**%,** y regular 44%. Gracias a la aplicación de las técnicas afectivo participativas se elevó el nivel de conocimientos clasificándose de bueno 82% y regular 17%.

En estudios similares como los realizados en estudiantes de la escuela primaria Rodney Coutin en Guantánamo, también se obtuvieron cambios favorables. (Nicot Navarro, Martínez Vidal, Matos Cantillo, Fernández Matos y Correa Ruíz, 2018) al igual que en una intervención educativa realizada en adolescentes venezolanos. (Matos Cantillo, Matos Matos, Carcasés Obana, Pita Laborí y Nicot Navarro, 2017)

Con esto se demuestra la importancia de las técnicas educativas utilizadas y planificadas en correspondencia con la edad, el nivel cultural y otras variables.

En la tabla 3 se compara la higiene bucal de los alumnos antes y después de aplicado el programa educativo.

Tabla 3. Comparación de la higiene bucal de los estudiantes de la escuela Cosme Torres antes y después de aplicado el programa educativo, según el Índice de Higiene Bucal de Love. Septiembre de 2018 a mayo de 2019.

Higiene bucal	Antes		Después	
	No	%	No	%
Aceptable	41	24.70	143	86.14
No aceptable	125	75.30	23	13.86
Total	166	100	166	100

Fuente: Historia Clínica individual.

Antes de la intervención el 24,7% de los adolescentes tenían higiene bucal aceptable; después de poner en práctica el programa educativo esta cifra aumentó a un 86,1%.

Investigaciones recientes muestran similares resultados a los nuestros, como son las realizadas en estudiantes de la escuela primaria Rodney Coutin en Guantánamo. (Nicot Navarro, Martínez Vidal, Matos Cantillo, Fernández Matos y Correa Ruíz, 2018)

Resulta de gran importancia el conocimiento sobre higiene bucal, pues se logra prevenir gran cantidad de enfermedades bucales.

Tabla 4. Evaluación del programa de intervención educativa

Criterio	Valor propuesto	Valor obtenido	Evaluación
Nivel de conocimientos sobre salud bucodental	> 90% de los adolescentes evaluados de bueno y regular	82,53% bueno 17,47% regular =100%	Satisfactorio
Higiene bucal	>80% de los adolescentes evaluados de aceptable	86,14%	Satisfactorio

Fuente: Historia Clínica individual y encuesta.

El programa educativo fue evaluado de satisfactorio, pues se cumplió con los objetivos propuestos. Se logró elevar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre salud bucal y modificar satisfactoriamente la higiene bucal de estos.

Estos resultados coincidieron con los obtenidos en la secundaria básica Orlando Fernández. (Torres Mahy, Pérez Campos, Pascual Casamayor y Noadeyá, 2015)

Es importante sensibilizar a los adolescentes para lograr el cuidado de su dentadura y extremar las medidas de higiene bucal, así como sistematizar las visitas al estomatólogo cada 6 meses, aunque sus dientes permanezcan sanos. Igualmente, se debe orientar la realización de los exámenes bucal y facial para prevenir el cáncer; enseñar la práctica del autoexamen de esta cavidad. También se debe actuar sobre los riesgos asociados a estilos de vida negativos para la salud de los integrantes de este grupo poblacional y su entorno; prevenir los accidentes y traumas que involucren la región bucal o facial; ejecutar los controles de placa dentobacteriana para lograr cepillados dentales correctos y efectivos, así como tener en cuenta las secuencias de los brotes dentarios.

CONCLUSIONES

En la distribución de los estudiantes según edad y sexo, existió un ligero predominio de los masculinos y no hubo diferencias significativas en cuanto a la edad de los mismos. El nivel de conocimiento sobre salud bucal de los alumnos se comportaba regular en su mayoría, después de aplicar el programa educativo, este se comporta como bueno. La higiene bucal que se encontraba en la mayor parte de los casos como no aceptable, logró modificarse a aceptable al concluir la intervención. La evaluación final de este trabajo fue de satisfactoria ya que se cumplieron los objetivos propuestos.

REFERENCIAS

Cruz Martínez RM, Saucedo Campos GA, Ponce Rosas ER, Pedraza Avilés AG. (2018). Aplicación de un programa preventivo de salud bucal en escuelas primarias mexicanas. *Revista Cubana de Estomatología,* 55 (2),1-10. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=132352707&lang=es&site=ehost-live

García AJ, Gálvez Moya M, Ramos Hurtado I. La promoción de salud bucal en los adolescentes. Medicentro Electrónica [Internet]. 2018 Apr [cited 2019 Apr 16];22(2):169–72. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=128938182&lang=es&site=ehost-live

Hechavarría Martínez BO, Venzant Zulueta S, Carbonell Ramírez MC, Carbonell Gonsalves C. (2013). Salud bucal en la adolescencia. *Medisan,*17(1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script-=sci_arttext&pid=S102930192013000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Hernández Aréchaga GA, Pérez Borrego A, Cabrera Cardoso GH. (2014). Comportamiento de la Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda en la clínica Odontológica "Guaicaipuro", Portuguesa, Venezuela. *Rev Hab Cienc Méd*, 14(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_-arttext&pid=S1729-519X2015000200006

Ledezma Álvarez AH, Ham D, Jiménez del Valle J. (2014). Trastorno temporomandibular y factores asociados en adolescentes de Montemorelos, Nuevo León. *Rev Mex Estomatol*, 3(2). Recuperado de: http://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/73/121

López Vantour AC, Quinzán Luna AM, NuñezAntunez L, Ponce MM, Macías Frómeta R. (2016). Salud bucal en jóvenes soldados. Medisan, 20(9), 3041–6. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=118302482&lang=es&site=ehost-live

Mavis Matos Cantillo D, Matos Matos M, Carcases Obana Y, Yanet Pita Laborí L, Nicot Navarro AM. (2017). Intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes venezolanos. *Revista Información Científica,*96(3), 415–23. Recuperado de:http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126352462&lang=es&site=ehost-live.

Nicot Navarro AM, Martínez Vidal A, Matos Cantillo DM, Fernández Matos AR, Correa Ruiz E. (2018). Intervención educativa sobre salud bucal en estudiantes de la escuela primaria “Rodney Coutin Correa.” *Revista Información Científica*, 97, 457–65. Recuperado de:http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=132453943&lang=es&site=ehost-live

Rodríguez Sotomayor Y. (2018). Salud bucal, embarazo y género. *Revista Información Científica,*97, 496–507. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=132453947&lang=es&site=ehost-live

Torres Mahy L, Pérez Campos YE, Pascual Casamayor D, NoaDeyá Y. (2015) Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adolescentes de la Secundaria Básica "Orlando Fernández Badell." *Medisan*,19(3), 365–73. Recuperado de:http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=101593701&lang=es&site=ehost-live

ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE: EFECTIVIDAD DEL ALIVIHO-TRAUMA

RECURRENT AFTOSE STOMATITIS: EFFECTIVENESS OF THE TRAUMA-ALIVIHO

Karina Pagán Peña[1] kpagan@ltu.sld.cu

Liset Paz Quiñones [2].

RESUMEN

La Estomatitis Aftosa Recurrente es la enfermedad de la mucosa bucal más frecuente y no tiene medicamentos que la curen totalmente. El Aliviho-Trauma, medicamento homeopático con evidencias científicas de uso en diferentes padecimientos, se escogió para realizar un estudio de intervención prospectivo aleatorizado y demostrar su efectividad en la enfermedad. Se escogieron pacientes mayores de 15 años que acudieron a la Clínica Estomatológica del Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López", entre enero de 2018 y enero de 2019. La muestra fue de 98 pacientes distribuidos en 2 grupos de 49 (estudio y control), a través de un muestreo aleatorio simple. La enfermedad predominó entre los 15 a 20 años y en el sexo femenino. Las lesiones en la mucosa labial fueron frecuentes en ambos grupo. El Aliviho Trauma obtuvo resultados superiores al tratamiento convencional, fue más corto el período de cura de las lesiones. Se demuestra la inocuidad del medicamento.

PALABRAS CLAVES: Estomatitis aftosa recurrente, Medicina natural y tradicional, Homeopatía.

ABSTRACT

Recurrent aphthous stomatitis is the most common oral mucosal disease and has no medications that cure it completely. Aliviho-Trauma, homeopathic medicine with scientific evidence of use in different conditions, was chosen to conduct a randomized prospective intervention study and demonstrate its effectiveness in the disease. Patients older than 15 years of age who attended the Stomatology Clinic of the General Teaching Hospital "Guillermo Domínguez López" were chosen between January 2018 and January 2019. The sample was 98 patients distributed in 2 groups of 49 (study and control), through a simple random sampling. The disease prevailed between 15 and 20 years and in the female sex. Lesions in the labial mucosa were frequent in both groups. The Trauma Relief obtained results superior to the conventional treatment, the healing period of the lesions was shorter. The safety of the medication is demonstrated.

KEY WORDS: Recurrent aphthous stomatitis, Natural and traditional medicine, Homeopathy.

[1] Residente de 2do año de Estomatología General Integral. Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López". Puerto Padre[2] Especialista de I grado en Estomatología General Integral, Profesor Instructor. Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López". Puerto Padre.

INTRODUCCIÓN

“Las enfermedades de la cavidad bucal están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano. La estomatitis aftosa recurrente (EAR) constituye una de las urgencias en estomatología” (Díaz, Arias, Garrido, Reyes y Tamayo, 2018, p.2).

Estas son lesiones llamadas comúnmente aftas, muy dolorosas que dificultan la masticación y articulación de palabras. Los síntomas prodrómicos en el lugar en el que se establecerán pueden ser hiperestesia, inflamación, quemazón, escozor, picor o dolor. Son variables en forma, número y tamaño con una porción central roja grisácea y periferia elevada a modo de reborde, curan en pocos días, semanas o meses en dependencia de los factores de riesgo que la desencadenen, aunque por lo general duran de 7 a 10 días. (Rodríguez y Raissouni, 2018)

La ocurrencia de esta afección es considerada alta y aporta cifras entre el 5 y el 66 que varía entre distintos tipos de población. Es frecuente en ambos sexos. Desde el punto de vista clínico es una entidad de etiología desconocida, mundialmente se acepta como un proceso multifactorial, con una alteración inmunológica de base, unida a múltiples factores precipitantes y se caracterizan por ser benignas. Se relaciona con el virus del Herpes simple, Streptococcus, afecciones digestivas, trastornos inmunológicos y traumáticos, factores endocrinos, deficiencias nutricionales, hábito de fumar, herencia, infecciones respiratorias agudas y trastornos psicosomáticos (Díaz et al., 2018)

La patogenia de la EAR ha sido motivo de grandes controversias científicas que han analizado aspectos clínicos y terapéuticos de esta por ser una enfermedad multifactorial, que unidos con un trastorno de la inmunorregulación de la mucosa bucal, favorece la aparición de las aftas, que según su intensidad y persistencia se convierte en una lesión recurrente (Díaz et al., 2018); no obstante,

> la causa de la EAR aún es desconocida; el tratamiento es paliativo y está encaminado a la reducción de los síntomas y evitar una infección secundaria sobreañadida. Como tratamiento se emplean anestésicos tópicos, esteroides, complejos vitamínicos, antihistamínicos y distintos fitofármacos, la medicación de antibióticos se realizará cuando sea necesario. (Rodríguez y Raissouni, 2018, p 168)

Una opción de tratamiento es la Medicina Natural y Tradicional (MNT) con las numerosas alternativas terapéuticas que brinda. En Cuba a partir de la década del 90 su utilización se incrementa notablemente en los servicios de salud del país, también en la atención estomatológica, esto produjo un cambio en el enfoque terapéutico de las afecciones del complejo bucomaxilofacial. En la actualidad la MNT forma parte de la estrategia de salud del estado cubano, pues el lineamiento no. 158 de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución expresa prestar la máxima atención al desarrollo de la MNT (Guillaume, Ortiz, Álvarez y Marín, 2017).

El medicamento homeopático no presenta los inconvenientes y contraindicaciones de muchos medicamentos alopáticos, y evita el desarrollo de cepas resistentes y el empleo de medicamentos con sus reacciones secundarias. Modifica la predisposición del organismo hacia la producción de la enfermedad una vez que logra la armonía de la energía vital. Se indican según la potencia con que son elaborados, las potencias bajas se usan en enfermedades agudas y locales, las medianas en enfermedades crónicas y

dolor; las altas en manifestaciones locales, generales y psíquicas y tienen afinidad por el sistema nervioso (Puig, Rodríguez, Espeso y Barciela, 2009).

La EAR no dispone hasta el momento actual de un medicamento específico que cure totalmente la enfermedad, en estudios sobre el beneficio de la homeopatía se plantea que sus resultados se limitan a lograr el acortamiento del período de estado y alargar el período de remisión. Existe la duda si la mejoría obedece al efecto del fármaco o a la propia evolución natural de la enfermedad.

El Aliviho-Trauma es uno de los medicamentos homeopáticos con abundante evidencias científicas de la utilidad clínica del mismo en diferentes padecimientos, que resultan de interés para el abordaje de la EAR, ya que brinda múltiples ventajas y beneficios con efectos secundarios mínimos, ahorro de recursos y apertura de una nueva línea de investigación y tratamiento.

En la práctica clínica son frecuentes los pacientes aquejados de EAR, con mucho dolor en la mucosa bucal y en la mayoría de los casos con imposibilidad de ingerir alimentos por esta causa. Tradicionalmente, se tratan con el proceder convencional, aunque los medicamentos existentes demoran la curación de los pacientes, pero con la introducción de los medicamentos homeopáticos a las redes de farmacias, la utilización de los mismos es particularmente cómoda y con mínimos efectos adversos.

Metodología empleada en el estudio

Teniendo en cuenta que las características particulares de los pacientes son importantes en la efectividad del tratamiento se trazó el objetivo de demostrar la efectividad del tratamiento de la EAR con Aliviho-Trauma entre enero de 2018 y enero de 2019. Se realizó un estudio de intervención prospectivo aleatorizado en 98 pacientes mayores de 15 años con EAR que acudieron a la clínica estomatológica del Hospital General Docente “Guillermo Domínguez López” en el período de enero de 2018 y enero de 2019. La muestra se distribuyó en 2 grupos (estudio y control) de 49 pacientes. Los criterios de inclusión para ambos grupos fueron que aceptaran participar para lo que se solicitó el consentimiento informado, y no tener más de 24 horas de evolución de la enfermedad.

Para el tratamiento del grupo estudio se dinamizó el frasco de Aliviho-Trauma y se dejó caer 5 gotas sublinguales del mismo. Se esperaron 15 minutos, se repitió esta operación dos veces más. Se indicó al paciente no tomar agua, café, u otro alimento o fumar hasta pasados 30 minutos y tampoco haberlo hecho 30 minutos antes. Se le explicó cómo realizar el tratamiento para que lo hiciera en su casa días alternos y los otros días debía asistir a consulta hasta que se encontrara totalmente curado.

El grupo control se trató con la aplicación de anestésicos tópicos, en este caso el Anestop, 10 minutos antes de cada comida, y enjuagatorios antisépticos con clorhexidina al 0.2%, 3 veces por día.

Homeopatía

Desde la antigüedad Hipócrates abordó los principios de Simílla Similibus Curentur y Natura morborum Medicatrix. El primero se refiere a que lo similar cura con lo similar y el segundo que la naturaleza es el mejor médico de las enfermedades.

Como mecanismo de acción la terapia homeopática se basa en los principios básicos de la ley de semejanza o similitud (origen hipocrático), el “uso del remedio único”, y la necesidad de disminuir la dosis de los medicamentos para no agravar al enfermo y llegar hasta las dosis infinitesimales (Puig et al., 2009).

Para el diagnóstico homeopático se utiliza el examen minucioso y directo al paciente mediante anamnesis, examen físico y estomatológico. A partir de aquí, el odontólogo busca la sustancia medicinal, cuyos signos y síntomas, sean lo más parecido posible a los de la enfermedad. La semiología homeopática se diferencia de las demás debido a que individualiza cada persona, más que a la enfermedad, he aquí el secreto de su efectividad (Puig et al., 2009).

Para que la terapia homeopática tenga alta efectividad existe una serie de indicaciones que debe cumplir el paciente con relación a su estilo de vida. Algunas de ellas son: evitar el consumo de alcohol, cigarrillo, menta, hierbabuena, mentol, alcanfor y sus derivados; tener una dieta alta en verduras y proteínas vegetales, baja en carbohidratos, en proteína animal y en grasas; evitar el sedentarismo, el consumo de café, té y/o bebidas estimulantes; tener un mejor control emocional y cumplir con la dosificación hecha por el profesional (Puig et al., 2009).

Los remedios homeopáticos equilibran las funciones orgánicas, con el objetivo de restablecer la homeostasis, aumentan las defensas de inmunoestimulación, ausencia de toxicidad, son económicos, y no necesitan personal médico para su administración.

Aliviho Trauma

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 2018) en la Guía para la prescripción de productos naturales presenta el Aliviho Trauma como un medicamento homeopático que tiene como forma de presentación gotas sublinguales.

Composición: Cada ml (20 gotas) contiene Arnica Montana, Bellis perennis, Bryonia alba, calcarea phosphorica, Conium maculatum, Hypericum perforatum, Ledum palustre, Natrum sulfuricum, Ruta graveolens, Symphitum officinale y Rescue remedy (complejo de esencias florales) en solución hidroalcohólica al 30 %.

Usos recomendados: tratamiento analgésico auxiliar para dolores agudos como consecuencias de contusiones, hematomas, luxaciones, secuelas de caídas, golpes, fracturas, y otros traumas mecánicos.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes.

Precauciones: El uso de este producto no excluye, sustituye o limita la aplicación de otro tratamiento. Este producto contiene etanol al 30 % por lo que en los niños menores de 10 años, embarazadas, lactantes, gerontes y en personas sensibles (con desordenes hepáticos o alcoholismo), recomendamos diluirlo en ¼ vaso con agua.

Advertencias: No manipular o administrar este producto en presencia de olores fuertes (perfumes, tabaco, ambientadores, mentol, desinfectantes, etc). No administrar junto a comidas y bebidas. Se recomienda no fumar, beber comer, o lavarse los dientes 20 minutos antes y después de la administración. Mantener alejados de equipos electrónicos que generan ondas electromagnéticas fuertes (televisores, microondas, computadoras, celulares, radios teléfonos inalámbricos, refrigeradores). En caso de aparición de

síntomas severos asociados a los usos recomendados u otro signo no relacionado, acudir al médico.

Posología: Se recomienda la administración de una dosis (5 gotas) 4 veces al día durante al menos 5 días. En caso de agudización de los síntomas puede administrarse una dosis cada 1 hora y luego en la medida que se alcance la mejoría disminuir gradualmente la frecuencia hasta la posología indicada de 4 dosis diarias. Se recomienda no exceder de 21 días el tratamiento. Durante el tratamiento deben respetarse los horarios de sueño.

Reacciones adversas: No se han descrito.

Instrucciones para el uso: Antes de administrar cada dosis se sugiere golpear al menos 10 veces el frasco contra la palma de la mano. La administración sublingual con la boca completamente limpia y libre de olores fuertes y cualquier sabor. Por lo que no se debe fumar, beber comer, o lavarse los dientes 20 minutos antes y después de la administración. En caso de diluirlo en ¼ vaso con agua este se debe retener en la boca durante 5 segundos garantizando el contacto sublingual.

Se recomienda además evitar el contacto del cuenta gotas, el interior de la tapa del frasco, o el medicamento con las manos o los labios, se sugiere dispensar previamente cada dosis 5 gotas en la tapa del frasco y luego administrar debajo de la lengua.

Caracterización de los pacientes con EAR

Este trabajo no es un estudio de prevalencia, en el cual se tienen en cuenta aspectos esenciales para la obtención de la muestra y en nuestro caso como no es tan grande aquellos grupos etáreos que no tuvieron representación no se incluyen.

Tabla 1. Distribución de pacientes por sexo y edad según grupo. Clínica Estomatológica**.** Hospital General Docente “Guillermo Domínguez López”. Enero/ 2018 - enero/ 2019.

Pacientes con EAR (n = 98)		Total	
		No.	%
Sexo	Femenino	60	61.2
	Masculino	38	38.8
Grupos de edades	15-20	44	44.9
	21-30	32	32.6
	31-40	11	11.2
	41-50	5	5.1
	51-60	6	6.1

Fuente: Formulario

Los resultados obtenidos coinciden con los de Rodríguez y Raissouni (2018) quienes plantean que la EAR se observa en individuos de edades jóvenes y del sexo femenino. Se considera que la mujer se exige mucho más a sí misma, y esto la hace más vulnerable a situaciones de estrés, es más sensible a desarrollar un estado de ansiedad. Esta

enfermedad es más frecuente en edades tempranas, con mayor inicio en la adolescencia y adultez joven. Una vez, que la persona reitera o repite eventos similares, encuentra respuestas o afrontamientos más correctos, lo que permite mejor respuesta biológica-psíquica y menos riesgo al daño. Varios son los estudios que coinciden con la prevalencia del sexo femenino como Díaz et al. (2018).

En la localización anatómica de las aftas, ambos grupos coinciden en que el lugar más afectado es el labio, con 42.9 % de los pacientes del grupo de estudio y 38.8 % del grupo de control, luego aparece carrillo (26.5%) y lengua (18.4%) en el grupo estudio y lengua (20.4%) y carrillo (18.4) en el grupo control.

Los resultados coinciden con los de Díaz et al. (2018) donde el 62.5 % de los pacientes presentaron afectación en la mucosa labial, seguidos del 56.2 % que la tuvieron a nivel de los carrillos. En otro estudio realizado por Téllez, Pérez, Rodríguez, Travieso y López (2013) encontraron que el lugar de mayor localización fue la mucosa del labio inferior, seguido del carrillo, según él en la literatura revisada hasta ese momento existía concordancia en este sentido, planteándose que resultan zonas no queratinizadas y expuestas a la acción directa de algunos alimentos considerados alergénicos, entre ellos el tomate, la piña, el vinagre, entre otros.

Otro aspecto importante es que existen pacientes que tienen tendencia a presionar o morder las partes blandas de la boca lo que influye en el arrastre de la capa mucosa y provoca la formación de aftas recurrentes en esta zona.

Características de las úlceras

Los resultados del tiempo que demoró en desaparecer el dolor y las úlceras, se observa en el siguiente cuadro.

Tabla 2. Distribución de pacientes según desaparición del dolor y úlcera. Clínica Estomatológica**.** Hospital General Docente “Guillermo Domínguez López”. Enero/ 2018 - enero/ 2019.

Tiempo de evolución	Desaparición del dolor				Desaparición de la úlcera			
	Grupo estudio		Grupo control		Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
3er día	11	22.4	5	10.2	-	-	-	-
5to día	29	59.2	17	34.7	10	20.4	3	6.1
7mo día	9	18.4	24	49.0	35	71.4	28	57.1
10mo día y mas	-	-	3	6.1	4	8.2	18	36.7
Total	49	100	49	100	49	100	49	100

Fuente: Historia clínica

En el primer día no tuvo efecto ninguna variante de medicamento, la diferencia entre ambos grupos fue significativa según el análisis porcentual. Esto se apreció en especial al 3er y 5to días, se debe a que al aplicar el Aliviho Trauma, comenzó a actuar el efecto analgésico del remedio homeopático, mientras que en el grupo control alcanzó en algunos casos una analgesia momentánea a causa del Anestop que provocó un efecto de sedación del dolor, pero sólo unos minutos, por que el dolor regresaba. De forma general se logró alcanzar un mayor efecto analgésico con el Aliviho Trauma.

Aguilar, Peña, Chacón, Arza y Morgado (2015) obtuvieron resultados similares con el medicamento homeopático Mercurius solubilis, los afectados refirieron ausencia total del dolor al 7mo día de tratamiento; y los mayores porcentajes de pacientes asintomáticos estuvieron en el grupo de estudio.

Estudios realizados por Echarry y Bellón (2013), observaron que a los 3 días, el 15,9 % de los pacientes de este grupo asistió a consulta sin presencia de lesiones, el 28,2 % necesitó de 5 días y el 55,9 % requirió de 7 días o más para resolver el problema de las lesiones. Gortazar, Ponce de León y Bernal (2012) en la Isla de la Juventud con otro remedio homeopático, el Bórax mostraron resultados satisfactorios, en estos pacientes desapareció el dolor entre el quinto y séptimo día de tratamiento, lo que corrobora la efectividad de los medicamentos homeopáticos.

Al igual que otros semejantes homeopáticos el Aliviho Trauma es eficaz para tratar a pacientes con EAR y que entre los grupos estudiados no existieron diferencias significativas en relación con la remisión de la intensidad del dolor, la recuperación de la integridad epitelial y la curación al tercer, quinto y séptimo días de tratamiento, lo cual demuestra su eficacia como terapia alternativa.

Con esto se comprueba la propiedad de homeostasis del remedio homeopático, que activa el mecanismo de la cicatrización en las aftas bucales, capaz de eliminar estas lesiones en los pacientes entre el quinto y séptimo días de tratamiento. En el grupo control se usó sólo el Anestop que es un anestésico local sin propiedades cicatrizantes y los enjuagatorios antisépticos de clorhexidina para evitar una infección sobreañadida, de manera que la cicatrización vino solo por la vía natural, es decir que se produjo haciendo uso de todo los mecanismos que habitualmente usa el cuerpo humano para cicatrizar, más la ayuda del antiséptico.

Eficacia del Aliviho-Trauma

La evaluación de la eficacia y seguridad del medicamento a través de la evolución clínica de las lesiones, demostró diferencias entre uno y otro grupo. En el grupo estudio tratado con Aliviho Trauma el 91.8 % calificó de Bien el tratamiento que las aftas no le dolían, estaban cicatrizadas y el 8.2 % de regular, para el 100% de la muestra del grupo, mientras que el grupo control tratado con el tratamiento convencional sólo el 55.1 % evaluó de Bien el tratamiento, el 38.8 % de Regular y 6.1 % de Mal. Los resultados obtenidos con el Aliviho Trauma son superiores a los obtenidos con el tratamiento convencional

Casi la totalidad de los pacientes del grupo estudio y control se encontraron curados al séptimo día de tratamiento, en la evolución clínica la mayor cantidad de pacientes clasificó con buena evolución. Esto sigue siendo estadísticamente significativo. Se explica por las propiedades analgésicas y cicatrizantes de este remedio homeopático. Los pacientes que tuvieron la condición de regular ya no presentaban dolor, pero mantenían la úlcera y

fueron sanando después del 7mo día, de la misma manera los que estaban en la condición de malo.

En este caso la curación a la que se refiere el trabajo es a una cicatrización total, o sea, ausencia de dolor y de la lesión ulcerosa, es por ello que en el grupo control la curación total es más tardía, ya que en este grupo estas dos variables demoraron más en ascender. Por otro lado las propiedades del Aliviho Trauma permitieron que alcanzaran su curación total más rápidamente,

Las investigaciones independientes realizadas por Echarry y Bellón (2013) y Gortazar et al. (2012) evidenciaron los efectos curativos de los remedios homeopáticos. Díaz et al. (2018) obtuvo resultados similares en cuanto a la efectividad según tiempo de evolución del tratamiento.

Con la aplicación de un método rápido, de bajo costo y fácil ejecución se obtuvieron resultados satisfactorios, con una rápida incorporación de los pacientes a sus actividades y el mejoramiento en su calidad de vida, ya que signos como el dolor disminuyen progresivamente. Aguilar et al. (2015) refieren en su investigación que al 5to día, con primacía de los del grupo de estudio el 93,8 % de los pacientes respondieron de manera positiva y lograron la remisión de los signos clínicos de la enfermedad, alcanzando el criterio de bueno.

Los resultados de la presente investigación guardan semejanza con los de Rodríguez y Raissouni (2018) en cuanto a mejoría, siendo alentadores a las 72 horas en ambos grupos (estudio y control), basados en el tiempo de evolución. Es relevante destacar que un gran número de pacientes ya habían alcanzado la categoría de Bien al quinto día, lo que muestra la efectividad de este proceder.

Efectos adversos

No se reportaron efectos adversos al tratamiento con Aliviho Trauma. Por lo general los remedios homeopáticos no producen efectos adversos, ya que una de sus características es la falta de toxicidad, al respecto se han realizado estudios, que han demostrado que no resultan frecuentes los casos de efectos adversos.

Es una terapia holística que reactiva la energía vital, estimula la homeostasis y procesos naturales de curación y constituye una tendencia creciente en pro del equilibrio natural y los procedimientos sencillos, representa mejoría en la economía que se logra de los recursos médicos y medicamentos, teniendo en cuenta que el costo del tratamiento es insignificante en relación al de la terapéutica convencional (Puig et al., 2009).

CONCLUSIONES

La enfermedad predominó en el grupo de 15 a 20 años y sexo femenino. Las lesiones en la mucosa labial seguido del carrillo fueron la localización anatómica más frecuentes en ambos grupo. El mayor beneficio con respecto al tiempo que demoró en desaparecer el dolor y las úlceras, se logró en el grupo que utilizó el Aliviho Trauma. El medicamento homeopático obtuvo resultados superiores a los obtenidos con el convencional. Ambos tratamientos demuestran inocuidad al no ser reportada reacciones adversas.

REFERENCIAS

Aguilar, M.I., Peña, M., Chacón, J., Arza, M., y Morgado, N. (2015). Mercurius solubilis en el tratamiento de pacientes con estomatitis aftosa recurrente. *MEDISAN, 19*(1), 10-17. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100003&lng=es

Echarry, O., y Bellón, S. (2013). Evaluación clínica de la efectividad de bórax en el tratamiento de la estomatitis aftosa. *Rev Cubana Estomatol, 43*(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-63072006000200006&lng=es&nrm=iso.

Díaz, Y., Arias, Y., Garrido, M., Reyes, J., y Tamayo, C.M. (2018). Ozonoterapia en pacientes mayores de 12 años con estomatitis aftosa recurrente. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 43*(6). Recuperado de: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1486

Gortazar, T., Ponce de León, E., y Bernal, E.R. (2012). Eficacia del Bórax en el tratamiento del afta bucal. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0018-71072007000300008&lng=es&nrm=iso

Guillaume, V., Ortiz, M.T., Álvarez, I., y Marín, M.E. (2017). Aplicación de la Medicina Natural y Tradicional y dificultades para su uso en Estomatología. *Revista Cubana de Estomatología, 54*(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000200005&lng=es

Ministerio de Salud Pública (2014). *Guía para la prescripción de productos naturales*. La Habana: Ecimed. Recuperado de: http://www.cimgbc.sld.cu/Articulos/productos_nat_completo.pdf

Puig, E., Rodríguez, G.M., Espeso, N., y Barciela, J. (2009). La terapia homeopática y su aplicación en la Estomatología. *AMC, 13*(1). Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000100019&lng=es

Rodríguez, A., y Raissouni, T. (2018). Estudio clínico de 200 pacientes con estomatitis aftosa recurrente. *Gac Med México, 154*(2), 165-71. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79100

Téllez, N.C., Pérez, L.Y., Rodríguez, J., Travieso, M., y López, M.N. (2013). Efectividad del tratamiento con radiación láser de baja potencia en la estomatitis aftosa recurrente. *Rev Ciencias Médicas, 17*(5), 40-50. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500005&lng=es

LAS LESIONES BUCALES Y EL HÁBITO DE FUMAR

THE ORAL LESIONS AND THE SMOKING HABIT

Kenya Casanova Sales[1] kenya@ltu.sld.cu) https://orcid.org/0000-0002-2392-3495

Rosario Abraham Iglesias[2] rosario@ltu.sld.cu) https://orcid.org/0000-0002-4672-4712

Haideé Tamara Díaz Méndez[3] tamara@ltu.sld.cu)https://orcid.org/0000-0002-9281-2377

RESUMEN

En el trabajo se muestra el comportamiento de las lesiones premalignas bucales en el área de salud de Vázquez, en el período comprendido entre enero de 2016 a enero de 2018 y la influencia del hábito de fumar en su aparición. Es un estudio descriptivo, transversal, observacional de los pacientes remitidos por el PDCB del Policlínico 28 de Septiembre en Vázquez al Hospital Guillermo Domínguez. Se presenta la información en tablas. Sus resultados permitieron detectar que el hábito de fumar fue el factor de riesgo predominante en los pacientes con lesiones premalignas de la cavidad bucal. Se propone la aplicación de un programa educativo para contribuir al abandono del hábito de fumar.

PALABRAS CLAVES: lesiones bucales, hábito de fumar, programa educativo.

ABSTRACT

In this work it is shown the behavior of the oral pre-maligns lesions, in Vazquez health area, in the period from January of 2016 to January of 2018; and the influence of the smoking habit in its appearance. It is a descriptive, traverse, observational study, of the patients remitted by the PDCB (Oral Cancer diagnosis program) of September 28 Policlinic in Vázquez to Guillermo Domínguez Hospital. The information is presented in charts. Their results allowed to detect that the habit of smoking was the factor of predominant risk in the patients with pre-maligns lesions of the oral cavity. It is intended the application of an educational program to contribute to the abandonment of the smoking habit.

KEY WORDS: oral lesions, smoking habit, educational programs.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye uno de los mayores problemas que enfrenta la humanidad no solo en el ámbito de la salud pública, sino también para la ciencia en general. Según refiere

[1] Estomatóloga. Especialista de 2do Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Facultad de Ciencias Médicas Zoilo Marinello Vidaurreta Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Cuba.
[2] Estomatóloga. Especialista de 2do Grado. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Zoilo Marinello Vidaurreta Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Cuba.
[3] Estomatóloga. Especialista de 2do Grado. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Facultad de Ciencias Médicas Zoilo Marinello Vidaurreta Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Cuba.

la literatura especializada. Cada año enferman de cáncer 9 000 000 personas en el mundo y mueren por su causa unos 5 000 000.

> Se estima en la actualidad que existen alrededor de 14 000 000 de enfermos de cáncer. Las consecuencias económicas y sanitarias lo convierten en un importante problema de salud. Además, con el incremento del hábito de fumar y el envejecimiento gradual de la población, se piensa que, si no se toman medidas de control, exista un incremento de su incidencia y mortalidad. (Rogert Alcolea, Martínez Sánchez, Palomino Rodríguez, Carranza Montejo, y Pompa Sánchez, 2017, p. 1)

Sobre el cáncer bucal se ha descrito que: "La incidencia de este cáncer en el mundo, para el 2012, fue de 4,0 casos nuevos por 100.000 habitantes: 5,5 casos nuevos por 100.000 hombres y de 2,5 por cada 100.000 mujeres" (Santelices, Cárcamo, Claudio Brenner y Rodrigo Montes, 2016, p. 767).

También se ha de destacar que "En Cuba, en el año 2013, la tasa cruda de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe en ambos sexos fue de 6,5 por 100 000 habitantes, donde ocupó el quinto lugar dentro de las diez primeras localizaciones" (Miguel Cruz, Niño Peña, Batista Marrero, y Miguel-Soca, p. 2).

Investigaciones realizadas afirman que las condiciones de vida influyen notablemente en el desarrollo de esta enfermedad, debido a los agentes carcinogénicos que las personas respiran, ingieren y otros, a los que se exponen por largo tiempo.

Según el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población de la República de Cuba el cáncer de la cavidad bucal y la orofaringe se encuentra entre las 10 primeras localizaciones de evidencias del cáncer en Cuba y en el mundo. En Cuba existe el Área de Asistencia Médica y Social y la Dirección Nacional de Estomatología.

También el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Bucal, en su anexo 17 contiene el Programa de Detección de Cáncer Bucal (PDCB), que a su vez está integrado al Programa de Control de Cáncer.

Según la referencia anterior el Ministerio de Salud Pública en 1986 dispuso con carácter oficial el PDCB, que tiene como objetivos la disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal. Se estableció así, que al seguir la metodología de examen del complejo bucal se examinen a todos los pacientes que acudan en la atención primaria a la consulta de estomatología o en pesquisajes a la población en busca de alteraciones del complejo bucal. Si se detecta una alteración durante el examen bucal minucioso y ordenado, el paciente es remitido al segundo nivel de atención acompañado del modelo de remisión 47-22-1.

En estos programas se destaca que la prevención del cáncer de cabeza y cuello requiere de diversas acciones, entre las cuales puede ser clave el estudio de las lesiones bucales potencialmente malignas que se encuentran por orden de frecuencia: la leucoplasia bucal (LB), la eritroplasia bucal y el paladar del fumador invertido.

En Cuba la nomenclatura más utilizada es la de Santana Garay, (2005) que las clasifica en queratosis difusa, focal y leucoplasia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005) atribuye 4,9 millones de defunciones anuales a este hábito y se prevé que esta cifra aumente a más de 10 millones para el 2030. El 31 de mayo, Día mundial sin fumar.

También se refiere que un tercio de la población global es fumadora. Entre 1950 y el 2000 había 62 millones de muertos por tabaquismo. En Cuba las personas mayores de 17 años de la zona urbana fuman el 36.8 de la población, en Las Tunas el 30.8 % de sus habitantes practica este hábito.

En el aspecto inmunitario, se hace evidente que el tabaco afecta los sistemas de defensa por la acción de la nicotina sobre los polimorfonucleares, que inducen la destrucción ósea por la activación osteoclástica y aumentan los niveles de prostaglandinas secretadas por los monocitos. El hábito de fumar provoca gingivitis, periodontitis, aftas bucales, halitosis, manchas de dientes y tejidos blando y lesiones premalignas y malignas.

> El cese de hábitos como el tabaco y el alcohol, o cualquier factor de riesgo que pueda aumentar el riesgo de padecer cáncer oral, así como el diagnóstico temprano de las lesiones orales pre-cancerosas y de cáncer de células escamosas en estadios iniciales pueden facilitar el tratamiento y ayudar a mejorar el pronóstico, reduciendo la mortalidad. (Mateo-Sidrón, 2015, p. 247)

Estudio de la influencia del hábito de fumar como factor de riesgo en lesiones bucales en el área de salud de Vázquez

Teniendo en cuenta que en el área de salud de Vázquez también se han detectado lesiones premalignas bucales, así como la influencia de los factores de riesgo, en especial de la práctica del hábito de fumar, ha motivado a los autores a realizar una investigación cuyo objetivo general: determinar el comportamiento de las lesiones premalignas bucales en el área de salud de Vázquez , en el período comprendido entre enero de 2016 a enero de 2018 y la influencia del hábito de fumar en su aparición y como objetivos específicos:

- Establecer la relación entre el hábito de fumar y las lesiones premalignas en los pacientes remitidos por el PDCB en el área de salud de Vázquez.
- Describir las lesiones según su localización.
- Evaluar la influencia del abandono del hábito de fumar en la cura de las lesiones.
- Proponer un programa educativo para el abandono del hábito de fumar en pacientes con lesiones premalignas.

Para ello se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional de los pacientes inscritos en el registro de remitidos por el PDCB del Policlínico 28 de Septiembre en Vázquez al Hospital Guillermo Domínguez, desde enero de 2016 a enero de 2018. Se trabajó con una muestra de 72 remitidos por lesiones premalignas del complejo bucal. Se analizaron algunas de las variables del modelo como: factores de riesgo, tipo de lesiones premalignas, hábito de fumar, localización de la lesión, abandono del hábito.

Se utilizó el porcentaje como medida resumen y se presentó la información en tablas para su mejor comprensión. Se cumplieron los principios de la ética médica. Los resultados de esta investigación se usarán solamente con interés científico.

Discusión de los resultados

Fueron analizados los principales factores de riesgo para poder determinar de ellos cual es el que mayor influencia tuvo en la aparición de las lesiones premalignas. Se obtuvo que el 86.1 % de los pacientes presentaban hábito de fumar, el 22.2 % y la exposición al sol 20.8%. En un mismo paciente podían coincidir varios factores de riesgo. (Tabla 1) También se pudo constatar que de los pacientes diagnosticados con Leucoplasia el 92.5 % eran fumadores y los de eritroplasia el 60 %. (Tabla 2)

Tabla 1. Principales factores de riesgo de las lesiones premalignas bucales en pacientes remitidos por el PDCB del área de salud de Vázquez de enero de 2016 a enero de 2018.

Factores de riesgo	Total	
	No.	%
Sepsis bucal	4	5.6
Uso de prótesis	6	8.3
Hábito de fumar	62	86.1
Ingestión de alcohol	2	2.8
Ingestión de comidas calientes y/o picantes	16	22.2
Exposición solar	15	20.8

Fuente: documento registro.

Tabla 2. Lesiones premalignas y relación con el hábito de fumar.

Tipos de lesiones premalignas	Fumador		No fumador		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Leucoplasia	62	92.5	5	7.5	67	93.1
Eritroplasia	3	60	2	40	5	6.9
Total	65	90.3	7	9.7	72	100

Fuente: documento registro.

Resultados similares obtuvo Miranda, Fernández, García, Rodríguez, y Trujillo (2010) En su estudio se presenta que tenían hábito tabáquico un 95,0 % de los pacientes con neoplasias malignas y un 85,0 % de los que tenían leucoplasia.

El hábito de fumar y la ingestión de alcohol son 2 factores de alto riesgo de padecer cáncer bucal.

Al analizar las localizaciones de las lesiones premalignas, se pudo conocer que los sitios más afectados en orden descendente son el labio inferior (62.5 %), (carrillo 12.5 %) encía superior, paladar, lengua y labio superior (Tabla 3). Estos resultados no coinciden totalmente con los de Miranda, Fernández, García, Rodríguez, y Trujillo (2010) ya que en su estudio las localizaciones más afectadas fueron carrillo, encía y paladar, con un 25,8 %, 20,3 % y 18,9 % respectivamente. Sin embargo, Santana Garay (2005) y Ariosa *(2009),* señalaron el labio como la región más afectada, resultados coincidentes con los nuestros.

Tabla 3 Lesiones según su localización.

Tipos de lesiones premalignas	Labio Inferior		Labio superior		Carrillo		Encía superior e inferior		Paladar		Lengua		Total	
	No	%	No	%	No	%								
Leucoplasia	45	67.2	3	4.4	9	13.4	6	9	2	2.9	2	2.9	67	93.1
Eritroplasia									3	60	2	40	5	6.9
Total	45	62.5	3	4.2	9	12.5	6	8.3	5	6.2	4	5.6	72	100

Fuente: documento registro.

Al analizar la tabla 4 podemos percatarnos de la influencia de la cesación del hábito sobre las lesiones premalignas. De los 27 pacientes que abandonaron el hábito, no hubo necesidad de realizarle cirugía a 20, que sanaron espontáneamente. Sin embargo, los que no abandonaron el hábito (45 pacientes), requirieron cirugía en su totalidad.

Esto nos demuestra que los tejidos se recuperan luego de un tiempo de abandonar el hábito.

Tabla 4 Influencia del abandono del hábito en la cura de las lesiones

Pacientes con lesiones premalignas fumadores	Sanaron sin cirugía		Requirieron cirugía		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Abandonaron el hábito	20	74.1	7	25.9	27	37.5

No abandonaron el hábito	-	-	45	100	45	62.5
Total	20	27.8	52	72.2	72	100

Fuente: documento registro.

Ante todos estos resultados se propondrá un programa educativo para contribuir al abandono del hábito de fumar en pacientes con lesiones premalignas de la cavidad bucal, a partir de las siguientes líneas de trabajo.

- Coordinación con la consulta de cesación tabáquica.
- Aplicaciones de microdosis de tabaco sublinguales.
- Actividades de promoción y educación para la salud brindando una amplia información sobre tabaquismo, a través técnicas educativas como videos, discusiones en grupo, dramatizaciones, teatro popular, donde se destaquen las reacciones del organismo al dejar de fumar y los motivos para dejar de fumar Incorporar a todos los pacientes fumadores que deseen hacerlo, antes que desarrollen una lesión.

Este trabajo tiene un gran aporte social ya que eleva el nivel de educación para la salud desde la prevención del cáncer bucal, a partir de la eliminación de uno de los factores de riesgo, el hábito de fumar

Tiene un gran aporte económico ya que al contribuir a la educación para la salud, disminuirá la incidencia de casos, lo que ahorra tiempo de trabajo al personal de la salud, así como materiales y medicamentos utilizados en los tratamientos.

CONCLUSIONES

El hábito de fumar fue el factor de riesgo predominante en los pacientes con lesiones premalignas de la cavidad bucal.

Las localizaciones más frecuentes de las lesiones premalignas son: el labio inferior, carrillo, encía superior, paladar, lengua y labio superior.

La cesación del hábito tuvo una influencia positiva en la desaparición de las lesiones.
Se propone la aplicación de un programa educativo para contribuir al abandono del hábito de fumar en pacientes con lesiones premalignas de la cavidad bucal.

REFERENCIAS

Ariosa, J. C., Valentín, F., Rodríguez, G.M. y Rodríguez, J. C. (2006). Cáncer Bucal. Estudio de 5 años. *Revista Médica Electrónica*. 2006; 28(6). Recuperado de http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema11.htm

Cuba. (2011). *Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. República de Cuba*. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social. Dirección Nacional de Estomatología. Recuperado de http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/estomatologia/programanacional.pdf

Mateo-Sidrón A., M.C., y Somacarrera Pérez, M.L. (2015). Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. revisión de la literatura. *Avances en Odontoestomatología*, *31*(4). Recuperado de https://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000400002

Miguel Cruz, P. A., Niño Peña, A., Batista Marrero, K. y Miguel-Soca, P. E. (2016). Factores de riesgo de cáncer bucal. *Revista Cubana de Estomatología*, *53*(3), 128-145. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006&lng=es&tlng=es.

Miranda, J. D., Fernández, L., García, G., Rodríguez, I. y Trujillo, E. (2010). Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana. 1999-2006. *Rev Cubana Estomatol* 2010 Dic. 47(4): Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000400001&lng=es.

OMS. (2005). *Estadísticas sanitarias mundiales*, Organización Mundial de la Salud. Ginebra: UN Print.

Rogert Alcolea, I. A., Martínez Sánchez, N., Palomino Rodríguez, K., Carranza Montejo, E. y Pompa Sánchez, Y. (2017) Intervención educativa sobre factores de riesgos para lesiones premalignas de la cavidad bucal. Multimed. *Revista Médica. Granma*, 21(5).

Santana, Garay J. C., Sánchez, M. y Gutiérrez, A. (2005). Análisis de los resultados del Programa de Detección del Cáncer Bucal en el año 2004. *Congreso Internacional Estomatología* 2005. CD Memorias del Congreso.

Santelices M. J., Cárcamo I., Claudio Brenner A.y Rodrigo Montes F. (2016). Cáncer oral en Chile. Revisión de la literatura. Rev Med chile 2016; 144. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n6/art11.pdf

SECUENCIA METODOLÓGICA PARA EL TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO EN TRAUMATISMOS BUCALES. MUESTRA DE SU APLICACIÓN

METHODOLOGICAL SEQUENCE FOR THE HOMEOPATHYC TREATMENT IN BUCCAL TRAUMATISMS. IT SHOWS OF THEIR APPLICATION

Kenya Casanova Sales[1] (kenya@ltu.sld.cu) https://orcid.org/0000-0002-2392-3495

Pedro Damián Ayala Pérez[2] (pedroap@ltu.sld.cu) https://orcid.org/0000-0003-0152-6461

Ligia Magdalena Sales Garrido[3] (ligiasg@ult.edu.cu) https://orcid.org/0000-0003-2179-6194

RESUMEN

El trabajo aborda la secuencia metodológica a seguir en la aplicación de la MNT, en el tratamiento homeopático de traumatismos bucales; su orientación a los estudiantes durante la Educación en el Trabajo y los resultados obtenidos en el desarrollo de la investigación, como vía de evaluación, en la aplicación de la secuencia metodológica.

PALABRAS CLAVES: tratamiento homeopático, secuencia metodológica, traumatismos bucales.

ABSTRACT

The work approaches the methodological sequence to continue in the application of the natural and traditional medicine, (NTM) in the homeopathyc treatment of buccal traumatisms; their orientation to the students during the Education in the Work and the results obtained in the development of the investigation, as evaluation road, in the application of the methodological sequence.

KEY WORDS: homeopathyc treatment, methodological sequence, buccal traumatisms.

INTRODUCCIÓN

> La homeopatía es un sistema terapéutico que se sustenta en el principio de la semejanza, planteado por *Hipócrates* y puesto en práctica por *Samuel Hahneman*, y que enuncia que la enfermedad puede ser curada por sustancias capaces de provocar una afección o síntoma similar al de la enfermedad a tratar". (Hahnemann y Boerik, 1995, Pp. 30-31)

Sobre estas sustancias, consideradas medicamentos homeopáticos se especifica que: "…interviene en el esfuerzo natural del organismo, estimulando las reacciones defensivas del sistema inmunitario y de regulación nerviosa; actúa ordenando y

[1] Estomatóloga. Especialista de 2do Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Facultad de Ciencias Médicas Zoilo Marinello Vidaurreta Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Cuba.
[2] Médico. Especialista de 2do Grado en Dermatología Profesor Auxiliar. Profesor Consultante. Investigador Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas, Zoilo Marinello Vidaurreta Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Cuba.
[3] Doctora en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular. Profesor Consultante. Universidad de Las Tunas.

acelerando el proceso de curación del propio ser vivo" (Caballero González, 2012, Pp. 77-86).

Sánchez y Rodríguez, (2014) puntualizan que los remedios homeopáticos se obtienen a partir de vegetales, minerales y animales, que tengan propiedades medicinales, experimentadas en voluntarios sanos, en lo que coinciden Puig, Rodríguez, Tan, Espeso y Barciela (2014).

Los autores de referencia anterior se refieren a la energía electromagnética que estos medicamentos llevan almacenados en su seno y que a esta se le llama potencia, la obtenida mediante las dinamodiluciones, que permiten impregnar en el solvente, la huella eléctrica del soluto, y convierte a cada sustancia en un medicamento con acción cada vez más profunda.

Por otra parte, se expresa que:

> ... esta terapia se caracteriza por no ser invasiva, es de bajo costo, emplea remedios no tóxicos, puede utilizarse en trastornos agudos y crónicos y es esencialmente holística, pues considera al enfermo en su nivel emocional, mental y físico, y tiene como objetivo devolverle el equilibrio perdido. (Caballero González, 2012, Pp. 77-86).

En 1992 el MINSAP decidió incorporar la homeopatía a las llamadas terapéuticas alternativas. A partir de entonces ha existido un desarrollo acelerado de esa disciplina desconocida por casi la totalidad del personal de la salud. No obstante cada vez hay más médicos interesados en este tipo de terapéutica. Forma de tratamiento empleada con resultados satisfactorios en casos de: odontalgias, procesos sépticos como abscesos, pericoronaritis, celulitis, alveolitis, candidiasis, aftas, GUNA, GEHA, hemorragias, exodoncias, traumas y otros.

Teniendo en cuenta lo anterior el proceso de enseñanza-aprendizaje de la práctica estomatológica requiere de orientación adecuada a los estudiantes, para ello es preciso establecer una secuencia de acciones, en este caso particular nos limitaremos a sugerir algunos procederes metodológicos necesarios en la aplicación de la homeopatía en traumatismos bucales.

Los traumatismos bucales

Con frecuencia suelen presentarse pacientes con traumatismos debido a golpes, caídas o impactos, los que son tratados en dependencia de su tipo: heridas, desgarros, fracturas óseas o lesiones de los tejidos dentarios. "La homeopatía ofrece varios remedios, en especial el AliviHo-trauma que la literatura describe como efectivo en estos casos". (Colectivo de autores. 2014, Pp. 28-30)

Según el colectivo de autores de referencia anterior en el Instituto Finlay de Cuba

> … se produce y expende en la red de farmacias el remedio homeopático AlivioHo-trauma que cada 1 ml contiene dinamodiluciones homeopáticas de Arnica Montana, Bellis perennis, Bryonia Alba, Calcárea Phosphorica, Conium Maculatum, Hypericum Perforatum, Ledum Palustre, Natrum Sulfuricum, Ruta Graveolens, Symphitum Officinale y Rescue Remedy (solución hidroalcohólica al 30% de esencias florales) y según la Guía para la prescripción de productos naturales, está indicado en casos de caídas, golpes, fracturas, contusiones, cirugía, luxaciones (Colectivo de autores. 2014, Pp. 28-30)

Esto motivó a profundizar en el proceso de enseñanza-aprendizaje sobre las funciones didácticas en la secuencia metodológica: Ellas son: Aseguramiento del nivel de partida, orientación hacia el objetivo, tratamiento a la nueva materia y consolidación para la aplicación del remedio homeopático AliviHotrauma en el tratamiento de traumatismos bucales.

Las funciones didácticas

Según la bibliografía especializada las funciones didácticas comprenden el aseguramiento de las condiciones previas, la orientación hacia los objetivos, el tratamiento a la nueva materia, la consolidación y la evaluación.

> … el aseguramiento de las condiciones previas o del nivel de partida está constituida por acciones de carácter preparatorio o introductorio de la clase que ayudan a la movilización cognitiva de los estudiantes para asumir el nuevo asunto de estudio, para ello el profesor debe dominar cuáles son las condiciones que aseguran el nivel de partida para desarrollar la misma y alcanzar la asequibilidad y la sistematización de la enseñanza. Las condiciones previas existentes en los estudiantes permiten el éxito o no de la clase, pues ellas son garantes de la arrancada para desarrollarla. Esta premisa parte de la determinación de lo que sabe y no sabe, de lo que puede y no puede el estudiante. (Salgado Labrada y Peña Acosta, 2010, p. 4)

Sobre la orientación hacia el objetivo se dice que

> … es una característica esencial de la actividad humana. Toda forma de organización docente descansa en la categoría “objetivo” pues es quien define las consecuencias didácticas de ella. La aspiración pedagógica de la orientación hacia el objetivo es disponer, acomodar o ajustar a los estudiantes en el sentido de las pretensiones didácticas del profesor, o sea, incitar con acciones didácticas de conducción a la autoactividad de ellos hacia el propio objetivo definido por el profesor. Es muy importante conocer la importancia incuestionable que tiene para el desarrollo de la clase la orientación hacia el objetivo, pues mientras más conscientes e informados del contenido que tratarán en la clase estén los estudiantes, mayores éxitos alcanzarán en el proceso de asimilación y podrán autovalorar su grado de cumplimiento al final de esta. (Salgado Labrada y Peña Acosta, 2010, p. 5)

En el caso del tratamiento de la nueva materia se expresa:

> … es por excelencia la función didáctica principal de muchas clases y otras formas de organización docente (FOD), toda vez que la asunción de nuevos contenidos es trabajo preponderante en la mayoría de ellas. Con esta función didáctica se materializa el tratamiento de conceptos, leyes, teorías, algoritmos de trabajo o el inicio del desarrollo de una habilidad o la formación de hábitos, entre otros componentes cognitivos del proceso de enseñanza-aprendizaje. La certera comprensión de la nueva materia que trate el profesor crea condiciones esenciales básicas para su posterior fijación(Salgado Labrada y Peña Acosta, 2010, p. 6)

Por último, la consolidación y evaluación.

> … es una función didáctica que asegura que, después que los estudiantes hayan comprendido la nueva materia tratada en clase, sean capaces de memorizarla de forma esencial, de establecer nuevas relaciones, generalizaciones y aplicarla a nuevas situaciones. (Salgado Labrada y Peña Acosta, 2010, p. 6)

Secuencia metodológica para el tratamiento homeopático en traumatismos bucales, desde las funciones didácticas

En la secuencia metodológica del caso particular que se propone, la función didáctica aseguramiento del nivel de partida, requiere constatar los conocimientos sobre metodología de la investigación, homeopatía y traumatismos bucales.

El objetivo: investigar sobre la aplicación de la homeopatía en traumatismos bucales, precisa del tratamiento adecuado de la función didáctica orientación hacia el objetivo, para ello se ha de tener en cuenta el qué, el cómo y el para qué, así como la habilidad, el contenido y los valores. Al orientar el objetivo deben puntualizarse las acciones que debe realizar el estudiante para su cumplimiento.

La función didáctica tratamiento de la nueva materia es de suma importancia, en ella se ha de destacar la realización de una correcta anamnesis, el examen bucal con correcta inspección y palpación de los tejidos para determinar el grado de las lesiones, así como la realización de Rx en los casos necesarios. Paralelamente la operacionalización de todas las variables en estudio: edad, sexo, tipo de lesión, desaparición del dolor, desaparición de la inflamación, evolución y efectos adversos.

También se han de indicar los instrumentos necesarios para cada proceder, las normas de asepsia y antisepsia, cada caso según el tipo de traumatismo. Suturación de las lesiones de tejido blando, clasificar las de tejidos dentales, según Ingeborg Jacobsen en: infractura del esmalte, fractura no complicada de la corona, fractura complicada de la corona, fractura mixta o de corona y raíz, fractura radicular, concusión, sub-luxación, luxación y exarticulación.

Es preciso explicar el tratamiento según las Guías Prácticas Clínicas con procedimientos que van desde la aplicación de flúor o de una resina fluida en la superficie lesionada en la infractura; regularización de bordes filosos y aplicación de flúor, en la fractura no complicada de esmalte; recubrimiento pulpar y reconstrucción en la fractura coronaria que incluye dentina; recubrimiento directo, amputación pulpar, pulpotomía o pulpectomía en la fractura complicada de corona dependiendo de la profundidad y tiempo de transcurrida la exposición pulpar y además la restauración; de forma similar la fractura de corona y raíz; afrontar los fragmentos e inmovilización por 2 meses en la fractura radicular, ajuste oclusal y reposo masticatorio en la concusión; de la misma manera la subluxación además de la ferulización por 7 días; esperar la reerupción espontánea, endodoncia y antibióticoterapia en la luxación intrusiva; llevar a su posición, ferulizar, antibióticoterapia y TPR en las luxaciones laterales y extrusivas; reimplante (cuando fuera posible), ferulización, antibióticoterapia y endodoncia.

También se debe precisar que "… las lesiones óseas que muchas veces acompañan a las luxaciones y a las exarticulaciones tratarlas con la eliminación de los fragmentos, regularización del hueso o llevar el mismo a su posición en los casos posibles. (Colectivo de autores, 2003, p 128-194).

Se añadirá que realizarán la aplicación a un grupo de estudio, al que, se les aplicarán gotas sublinguales del remedio homeopático AliviHo-trauma, al concluir el tratamiento de urgencia, con la siguiente metodología: dinamizar el frasco de AliviHo-trauma mediante 10 sucusiones y dejar caer 5 gotas sublinguales del mismo. Esperar 15 minutos, repetir esta operación dos veces más, esperar 15 minutos entre aplicaciones.

Indicar al paciente no tomar agua, café, u otro alimento o fumar hasta pasados 30 minutos y continuar con el mismo tratamiento 3 veces por día hasta que estuviera curado.

En la función didáctica consolidación y evaluación los estudiantes llevaron a la práctica lo aprendido, para ello procedieron de la siguiente forma:

Realizaron un estudio de intervención en el período desde el 1º de enero hasta el 31 de diciembre de 2017 en el área de salud del Policlínico Docente "28 de Septiembre" de Vázquez. La población estuvo constituida por 68 pacientes que acudieron a los servicios estomatológicos del área después de sufrir traumatismos bucales. Estos pacientes fueron distribuidos por muestreo aleatorio simple en dos grupos que quedaron conformados de la siguiente manera:

- Grupo I (Estudio): 34 pacientes con traumatismos bucales que se les aplicó el remedio homeopático AlivioHo-trauma, además del tratamiento convencional.
- Grupo II (Control): 34 pacientes con Pacientes con traumatismos bucales que se les aplicó el tratamiento convencional, solamente.

Tanto para el grupo estudio como para el control utilizaron como criterios de inclusión que aceptaran participar en la investigación ; de exclusión que presentaran traumatismo de gran magnitud tributario de remisión a Cirugía Maxilofacial; y de salida pacientes que incumplieran con 2 o más visitas programadas.

Los resultados obtenidos en el interrogatorio y examen clínico fueron recogidos por los autores, en modelos de formulario confeccionados para este propósito y luego reflejados en tablas. Los modelos de formulario contienen las variables objeto de estudio. Los pacientes de ambos grupos muestrales fueron citados cada dos días para evolución y de esta forma determinar el tiempo que tomaron en desaparecer los signos, y síntomas y cuando se alcanzó la curación total. Se les otorgaron las categorías de: curado cuando no presentaba dolor ni inflamación, mejorado cuando persistía uno de los dos signos y/o síntomas, e igual cuando se mantenía el dolor y la inflamación.

Para demostrar la significación estadística entre los grupos control y estudio se aplicó la prueba de Mann-Whitney calculándose el estadígrafo z y la probabilidad de un resultado igual en ambos grupos, tomándose como resultado estadísticamente significativo $P<0.05$.

Los resultados finales fueron presentados en tablas para su mejor comprensión, y son comparados con otras investigaciones encontradas a través de Infomed, también se pudo comparar en base a las diferencias entre los dos grupos muestrales y su significación estadística a través del método antes explicado; lo que permitió arribar a conclusiones y recomendaciones pertinentes.

Como aspectos éticos esenciales se consideró necesario obtener el consentimiento informado del paciente para la aplicación del medicamento.

Resultados

Tabla 1. Distribución de los pacientes con traumatismos según tipo de lesión y grupo

Tipo de lesión	Grupo I		Grupo II	
	Nº	%	Nº	%
Tejidos blandos	30	88.2	28	82,3
Infractura del esmalte	6	17.6	4	11,7
Fractura no complicada de corona	17	50	15	44,1
Fractura complicada de corona	8	23.5	10	29.4
Fractura de corona y raíz	5	14.7	3	8,8
Fractura radicular	3	8.8	2	5.2
Concusión	4	11.7	3	8.8
Subluxación	2	5.2	2	5.2
Luxación	7	20.5	8	23.5
Exarticulación	1	3.4	2	5.2

Fuente: Formularios

La tabla número 1 muestra que un 88.2 % y un 82.3 % de los pacientes en los grupos I y II respectivamente recibió traumatismos que comprometieron los tejidos blandos, un 50 % y un 44.1% de los pacientes de cada uno de los grupos, presentó la fractura no complicada de corona ; y un 23.5% y 29.4% fractura complicada de corona, respectivamente en los grupos estudio y control. El otro tipo de traumatismo que le continuó en frecuencia de presentación fue la luxación.

Tabla 2. Distribución de la población estudiada según grupos de edades y sexo en ambos grupos

Grupos de edades	Grupo I		Grupo II		Total
	F	M	F	M	Ambos
	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	sexos
Menores de 4	2 5.2	4 11.7	2 5.2	5 14.7	13 38.2

5-11	4 11.7	7 20.5	3 8.8	6 17.6	20 58.8
12-14	2 5.2	6 17.6	3 8.8	3 8.8	14 41.1
15-18	1 3.4	4 11.7	2 5.2	3 8.8	10 29.4
19-35	- -	2 5.2	1 3.4	2 5.2	5 14.7
36-59	- -	2 5.2	- -	4 11.7	6 17.6
Más de 60	- -	- -	- -	- -	- -
Total	9 26.4	25 73.5	11 32.3	23 53.4	68 100

Fuente: Formularios

En esta tabla se aprecia que los grupos de edades más afectados por traumatismo fueron el grupo de 5 a 11 años con un 58.8% y a continuación el de 12 a 14 años con un 41.1%. En cuanto al sexo el que aportó mayor cantidad de pacientes fue el masculino con un 73.5 % en el grupo I y 53.4 en el grupo II.

Tabla 3. Influencia del tratamiento en los pacientes con traumatismos del grupo estudio y el control en cuanto al dolor según día de evolución.

Desaparición del dolor	Grupo I		Grupo II	
	Nº	%	Nº	%
2º día	24	70.6	6	17.7
4º día	10	29.4	15	44.1
6º día	0	0	11	32.3
8º día	0	0	2	5.9
Total	34	100	34	100

Fuente: Formularios

Z= 2.25 P=0.02

En esta tabla se aprecia que desapareció el dolor al segundo día en 70.6 % del grupo estudio, mientras que en el control un 17.7 %. En el cuarto día de tratamiento en 29.4% de los pacientes del grupo estudio desapareció el dolor, en cambio en el grupo control desapareció en un 44.1 % y al sexto y octavo días, continuó desapareciendo el dolor en este mismo grupo en un 32.3 % y un 5.8% , con una diferencia significativa entre ambos. Tabla 4. Influencia del tratamiento en los pacientes con traumatismos del grupo estudio y el control en cuanto a la inflamación según día de evolución.

Desaparición de la inflamación	Grupo I		Grupo II	
	Nº	%	Nº	%
2º día	26	76.4	10	29.4
4º día	7	8.8	16	47.1
6º día	1	0	6	17.6
8º día	0	0	2	5.9
Total	34	100	34	100

Fuente: Formularios

Z= 2.60 P=0.03

Con referencia a la inflamación los resultados fueron similares, en un 76.4% de los pacientes del grupo estudio desapareció la inflamación al segundo día, mientras que en el grupo control solo desapareció en el 29.4%. En el cuarto día se eliminó en el 8.8 % de los pacientes en el grupo estudio, y en el control en un 47.1 %. Aún en los días 6º y 8º hubo pacientes del grupo II en los que desapareció la inflamación en un 17.6% y en un 5.9% respectivamente. La diferencia entre ambos grupos fue significativa.

Tabla 5. Influencia del tratamiento en la evolución de los pacientes de ambos grupos.

Evolución	**Grupo I**				**Grupo II**			
	Día 2	Día 4	Día 6	Día 8	Día 2	Día 4	Día 6	Día 8
	Nº %	Nº %	No %	Nº %	No %	No %	Nº %	Nº %
Curado	23 68	33 97	34 100	34 100	6 18	22 65	31 91	34 100
Mejorado	10 29	1 3	0 0	0 0	18 53	10 29	3 9	0 0
Igual	1 3	0 0	0 0	0 0	10 29	2 6	0 0	0 0
Total	34 100	34 100	34 100	34 100	34 100	34 100	34 100	34 100

Fuente: Formularios

Z= 2.80 P=0.02

En esta tabla se observa que en el segundo día de tratamiento un 68 % de los pacientes del grupo estudio ya habían curado mientras que en el grupo control un 18 % se encontraban en esa categoría. En el cuarto día ya se encontraban curados un 97 %

de los pacientes de grupo I, en cambio, solo había un 65% en el grupo control que habían sanado. Este mismo día se encontraban en la categoría de mejorado (uno de los dos síntomas persistía) 29 % de los pacientes del grupo estudio y un 6 % de los pacientes de este mismo grupo aún estaba en la condición de igual.

Discusión

Cuando un paciente recibe un traumatismo en la cavidad bucal, los labios y carrillos se interponen entre el objeto de la lesión y los dientes, es por ello que esas estructuras son dañadas con facilidad en forma de desgarros o heridas, las que pueden también afectar el mentón (Tabla 1). De la misma manera los dientes anteriores son los que más sufren lesiones y de ellas las más frecuentes son, según la literatura consultada, las fracturas no complicadas de corona y las fracturas complicadas de corona, lo cual corrobora el presente trabajo. Este estudio coincide con los datos que ofrece García (2003).

Los niños de las edades de 5 a 11 años y de 12 a 14 años presentan alta propensión a recibir golpes pues comienzan en la escuela a realizar actividades deportivas, también ocurren los accidentes en bicicleta o durante los juegos. El sexo masculino fue el que predominó debido a que por lo general los varones realizan actividades físicas más fuertes que las féminas (Tabla 2). Existen en la literatura numerosos estudios sobre traumatismos de los dientes, tanto de los temporales como de los permanentes, encontrándonos así que en los trabajos realizados por Ellis, Andreasen, Marcus, Gut y otros autores. Ellis y Davey informaron que de 4 25l niños de escuelas secundarias el 4.2 % presentaban dientes anteriores fracturados. Marcus y Gut en estudios separados, informaron sobre mayores frecuencias, de l6 y 20.2 % respectivamente mientras que Andreasen reporta un estudio realizado en Dinamarca informando un 30 % de lesiones en los dientes temporales y un 22 % en los dientes permanentes. Los resultados de este trabajo coinciden con los de los estudios anteriormente descritos por el colectivo de autores (2003).

Los resultados de las tablas 3, 4 y 5 son similares al obtenido por Mazzocchi, (2007) quien utilizó el Árnica Montana a la 5 CH (uno de los componentes del remedio AliviHo-trauma). En ese trabajo se comparó el producto con Nimesulida 100 mg (antinflamatorio oral), el que se utilizó 2 veces al día por 3 días, y Árnica se indicó 3 veces al día en forma de gotas sublinguales y los resultados fueron semejantes en ambos grupos.

En Cuba, Beauballet (2002) realizó un ensayo clínico donde se trataron 45 pacientes con el diagnóstico clínico de edema facial traumático, 30 de ellos recibieron Árnica Montana homeopática (10 gotas con una dinamización a la 6, 30 y 200 CH) y los 15 restantes recibieron Piroxicam. Los pacientes se evaluaron al tercer, quinto y séptimo días. El Árnica homeopática resultó efectiva en 96,6 % y Piroxicam en 66,7 % de los pacientes estudiados. Puig Capote y su grupo de trabajo (5) recomiendan la utilización de Árnica Montana homeopática antes de la cirugía bucal y en traumatismos tanto de tejidos duros como blandos, en una revisión bibliográfica sobre la homeopatía y sus usos en estomatología.

Además del Árnica, otros remedios -que son componentes del Aliviho-trauma- como Bryonia alba, Conium maculatum , Hypericum perforatum y Ledum palustre son recomendados en un estudio para el tratamiento del dolor lumbar, lo cual tiene como mayor causa los traumas. (Castro Morillo, 2011)

> Al aplicarse el medicamento homeopático se desencadenan una serie de reacciones en el organismo que activan a los macrófagos, provocan secreción de citosina TGF-ß, IL-4 e IL-10, se inhiben a la células T4, los linfocitos B son estimulados para realizar la síntesis de inmuno-globulinas. Este mecanismo explica como el remedio homeopático pone en función el sistema inmunológico de manera que el organismo puede hacer frente a la inflamación, al dolor y prevenir la sepsis. (Gebauer, 2009, s/p)

Según Creagh Castillo, Oliveros Noriega y Franco Montero (2014), los medicamentos homeopáticos modifican, alivian o curan la enfermedad, pues no solo reactivan la energía vital, sino estimulan la homeostasia y los procesos naturales de recuperación. Es por ello que los pacientes tratados con el AliviHo-trauma sanan más rápidamente sus lesiones que los tratados solamente de forma convencional.

Es importante destacar que del total de pacientes atendidos con AliviHo-trauma, ninguno refirió efectos adversos tales como náuseas, vómitos, mareos, enrojecimiento bucal u otro. Por lo general los remedios homeopáticos no producen efectos adversos, ya que una de sus características es la falta de toxicidad, al respecto se han realizado estudios, que han demostrado que si bien no resultan de mucha frecuencia los casos de efectos adversos, si se han presentado algunos con otros medicamentos naturales.

Con respecto a los remedios homeopáticos no se reportan efectos adversos en la literatura consultada, sin embargo, al ser una dilución alcohólica y aplicarse por la vía sublingual, podría esto ser causa de irritación en esta zona o cualquier otra parte de la mucosa bucal, así como síntomas generales, por ello se consideró necesario estudiarse a profundidad para constatar su inocuidad a los tejidos y mantener la farmacovigilancia.

CONCLUSIONES

La aplicación de la secuencia metodológica demostró su utilidad al evaluar a los estudiantes, así como en los resultados del trabajo investigativo realizado en el que se comprobó que:

Los tipos de traumatismos más frecuentes en la población estudiada, fueron los de tejidos blandos, la fractura no complicada de corona y la fractura complicada de corona. Los grupos de edades más afectados por traumatismo fueron el grupo de 5 a 11 años y a continuación el de 12 a 14 años. El sexo el que aportó mayor cantidad de pacientes fue el masculino. El tratamiento con el AliviHo-trauma fue efectivo sobre los síntomas dolor e inflamación, pues los mismos desaparecieron en la mayoría de los pacientes al segundo día de evolución en el grupo estudio. Los pacientes tratados con el remedio homeopático sanaron más rápidamente que los que recibieron el tratamiento convencional solamente. No se presentó ningún efecto adverso en los pacientes tratados con homeopatía.

REFERENCIAS

Hahnemann S. Boerik W MD. (1995). *Organon of Medicine*. 6ta Edición. B. Jain Publisher Put Ltd 7 Wazir Pus Printing. Delhi: Press Complex Ruig Road.

Caballero González C. (2012). *Holomedicina integrativa. En: Caballero González C, editor. Salud y bienestar con Medicina Natural*. México: CUAM.

Sanchez, Perez Y, Rodríguez-de-la-Rosa, G. (2014). *Al Rescate de la Homeopatía. Revista Archivo Médico de Camagüey*. Recuperado de http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/1590

Puig-Capote E, Rodríguez-Gutiérrez G, Tan-Suárez N, Espeso-Nápoles N, Barciela-Calderón J. (2014). La terapia homeopática y su aplicación en la Estomatología. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. Recuperado de http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2456

Mazzocchi A, Passi L, Mortti R. (2007). *Retrospective Analysis of 736 Implants Inserted Without Antibiotic Therapy. J Oral Maxillofacial Surgery*. 2007; 65(11).

Colectivo de autores. (2014). *Guía para la prescripción de productos naturales.* La Habana: Ciencias Médicas.

Colectivo de autores. (2003). *Guías Prácticas de Estomatología*. La Habana: Ciencias Médicas; 2003.

García C, Pérez L, Castejón I. (2003). Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. *RCOE* 2003; 8(2).

Castro Morillo EM,Ramos Marrero O, Lozano Tarifa MC, Perdomo Delgado J, González Plá EA. (2011). Homeopatía y dolor lumbar. *Rev Méd Electrón.* 2011; 33(1). Recuperado de http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema12.htm

Gebauer GH. (2009). Una Nueva Teoría acerca de las Diluciones Homeopáticas. Santiago. Chile, *Rev. méd. Chile* vol.137 no.1 Santiago Jan. 2009. Recuperado de http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000100018

Creagh Castillo Y, Oliveros Noriega-Roldán S, Franco Montero G. (2014). Árnica montana como tratamiento homeopático en pacientes con estomatitis subprótesis de grados I y II. *MEDISAN* vol.18 no.6 Santiago de Cuba jun. 2014.

Salgado Labrada, R. y Peña Acosta, Y. (2010). *Las funciones o tareas didácticas de la mclase*. Colección: Temas de Metodología. Dirección Provincial. Las Tunas.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA CARIES DENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

EDUCATIONAL INTERVENTION STRATEGY ON DENTAL CARIES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Leonor Ponce de León Sosa leoponcedeleon@nauta.cu

Raíza Pérez Fernández

RESUMEN

Se realizó una Estrategia de Intervención Educativa en niños y adolescentes, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre la caries dental, en la comunidad perteneciente al CMF #7Salgacero, Municipio Jesús Menéndez, Las Tunas, durante el período comprendido de septiembre del 2017 a mayo del 2018. El universo estuvo constituido por 225 personas y la muestra por 135niños al momento de la encuesta que cumplían con los criterios bioéticos. Se utilizó el porcentaje como método estadístico, las tablas expresaron los resultados. Resultando el grupo de edad predominante el de 15 a 18 años de edad y prevaleciendo el sexo masculino, como factor de riesgo más predominante se encontró la deficiente higiene bucal, la mayor información sobre la caries dental la habían recibido a partir de estomatólogo, médico, enfermera de la familia u otro personal de salud y después de la intervención por su estomatólogo de familia, lográndose un alto nivel de conocimiento como resultado final, mejorando sus hábitos y estilos de vida, teniendo una mejor salud bucal.

PALABRAS CLAVES: nivel de conocimiento, caries dental, factores de riesgo

ABSTRACT

An educational intervention strategy was carried out in children and adolescents with the objective of raising the level of knowledge about dental caries in the community belonging to the CMF # 7 Salgacero, Municipality Jesus Menéndez, Las Tunas during the period from September 2017 to May 2018. The universe was constituted for 225 and the sample for 135 at the time of the survey that met the bioethical criteria.The percentage was perfomed as statistical method. The tables expressed the results.The predominant age group was 15 to 18 years old and sex prevailing male, as the most predominant risk factors was the poor oral hygiene, the most information about dental caries had been received from the stomatologist, family doctor and nurse or other health personnel and after the intervention by his stomatologist family, achieving a high level of knowledge as final result, improving their habits and lifestyle, having better oral health.

KEY WORDS: level of knowledge, dental caries, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La caries dental es un proceso de origen infeccioso y transmisible, condicionado por diversos factores bio-socio ambientales, que se caracteriza por un desequilibrio, que afecta los tejidos duros dentarios y, de no ser revertido a favor de los factores de resistencia, conduce a desmineralizaciones sucesivas, con la posterior cavitación, alteraciones del complejo dentino-pulpar, pérdida dentaria, repercusión en la salud general y en la calidad de vida de las personas (Gispert, Nasco, 2013). Tanto la salud

bucal como la enfermedad bucal son resultantes de sus condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios estomatológicos, capacitación sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud y asistencia sistemática a los servicios, entre otros. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries dental es la tercera calamidad sanitaria, después de las afecciones cardiovasculares y el cáncer.

La caries comienza muy tempranamente en la vida y adquiere un carácter universal, puesto que aparece indistintamente en cualquier raza, sexo o situación geográfica. El número de dientes afectados aumenta con la edad y se estima que más de 60 % de los niños de 6 años tienen o han tenido caries; porcentaje que se ha ido elevando progresivamente con el paso del tiempo, como también se ha demostrado en España, Venezuela y otras latitudes (Fernández, Barrueco, Díaz, Rosales, Barzaga, 2014). A pesar de lográndose avances en la prevención, esta enfermedad afecta a más del 90% de la población, su incremento se ha asociado al desarrollo social y a las variaciones en los hábitos dietéticos de las poblaciones, no obstante en estudios realizados en los últimos años se ha determinado una tendencia a disminuir. Se comporta de manera diferente entre países por la influencia de factores como el sistema de salud existente, el modelo económico social imperante, la cultura del país y los hábitos de alimentación de la población (Bezanilla, 2017).

En Cuba se han alcanzado importantes logros en el campo de la salud en general y de la salud bucal en particular, para lo que ha sido necesario vencer amenazas, superar debilidades e innovar estrategias desde el punto de vista integral con el objetivo de fomentar la salud y crear comunidades saludables. Las enfermedades bucodentales, aunque han existido a lo largo de la historia y en todos los lugares, son específicamente frecuentes en la actualidad, y países donde se han instaurado programas preventivos, han disminuido su frecuencia considerablemente (Alfonso, Martínez, Prías, Roche, García, 2014).

Específicamente en nuestro municipio Jesús Menéndez prevenir y curar enfermedades en individuos, familias y comunidades a través de acciones en personas sanas y enfermas, en estas últimas devolverles el estado de salud e impedir la posibilidad de recurrencia de problemas, es una de las acciones fundamentales de la atención primaria de salud. La Estomatología en la actualidad protagoniza espectaculares cambios dinámicos con aumento de la demanda y amplia distribución de los servicios.

Todavía en la actualidad en nuestro territorio son muchos los niños que acuden al servicio estomatológico con dolor en sus dientes debido a cavidades patológicas, observándose que es un problema de salud por ser precisamente los niños los que debemos preventivamente controlar para evitar un desdentamiento precoz y tener adolescentes y adultos con salud bucal (Pozo, 2014). Precisamente esta situación que de manera particular nos afecta, en el Análisis de la Situación de Salud realizado en la comunidad rural de Salgacero (CMF #7) perteneciente al área de salud Policlínico Docente Mario Pozo Ochoa la caries dental constituyó el principal problema de salud bucal; por lo que se realizó este estudio de intervención educativa, para elevar el nivel de conocimiento sobre la caries dental en niños y adolescentes, para modificar el modo y estilo de vida y así evitar su incremento en la comunidad.

Tabla .***Según grupos de edad y sexo***.

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
5 a 11 años	13	9.6	9	6.7	22	16.3
11 a 14 años	23	17.0	18	13.3	41	30.4
15 a 18 años	43	31.9	29	21.5	72	53.3
Total	79	58.5	56	41.5	135	100

Fuente:

Estos resultados muestran que el grupo de edad predominante fue el de 15-18 años, con el 53.3 %, el sexo masculino fue el más representativo para un 58.5 %, estos resultados coinciden con un estudio publicado por Páez, Tamayo, Peña, Méndez, y Sánchez (2017) en su trabajo titulado “Intervención educativa sobre caries dental en escolares de sexto grado” en la provincia Holguín.

Tabla. ***Distribución según principales factores de riesgos***.

Factores de Riesgo	Antes de la intervención Educativa		Después de la Intervención Educativa	
	No	%	No	%
.Deficiente higiene bucal.	32	40.5	21	37.5
Experiencia anterior a caries.	20	25.3	20	35.7
Dieta cariogénica.	27	34.1	15	26.7
Total	79	100	56	100

El conocimiento de los factores de riesgo de padecer Caries Dental es imprescindible para evitar la adquisición de la enfermedad, donde el factor de riesgo más predominante fue la deficiente higiene bucal asociado a factores sociales y costumbres dietéticas no saludables, lográndose disminuir luego de la intervención educativa. Se aplicó una intervención de actividades educativas sobre caries dental que garantizó que los niños participaran en las técnicas y/o juegos didácticos diseñados .Se emplearon diversas técnicas para la comunicación, técnicas vivenciales, animación, análisis y reflexión grupal, de evaluación de conocimientos y visuales, fotografías, láminas y

modelos Se realizó conferencia dialogada, taller expositivo semanal Posteriormente se realizó la valoración de los resultados de la estrategia empleada, se aplicó nuevamente la encuesta y se realizó la comparación con el diagnóstico inicial. Se utilizó el porcentaje como método de estadística. Estos resultados coinciden con Bezanilla, (2014) en su trabajo de terminación de la especialidad de Estomatología General Integral, titulado "Comportamiento de la caries dental y factores de riesgo. Jesús de Nazaret. Maracaibo. Zulia. Enero 2014 - Junio 2015" en el Consultorio Médico Popular Barrio Adentro CDI Los Mangos Parroquia Idelfonso Vázquez. Maracaibo. Zulia. República Bolivariana de Venezuela, y por Pozo (2014) en su trabajo de terminación de la especialidad de Estomatología Genera Integral, titulado "Caracterización clínico-epidemiológica de la caries dental en niños de 5-11 años".

Tabla. ***Vías por las cuales han recibido información sobre caries dental antes y después de la intervención educativa***

Vías de información	Antes de la Intervención Educativa		Después de la Intervención Educativa	
	No	%	No	%
Estomatólogo, médico, enfermera de la familia u otro personal de salud.	55	40.7	135	100.0
La Familia	28	20.7	58	43.0
La escuela	24	17.7	53	39.3
Programas de Televisión	13	9.62	23	17.0
Los amigos	10	7.40	72	53.3
Programas de Radio	5	3.7	10	7.4

Al analizar las vías por las cuales recibieron la información antes de la intervención se pudo determinar que la mayor información sobre la caries dental la habían recibido a partir de estomatólogo, médico, enfermera de la familia u otro personal de salud para un 40.7 % al inicio del estudio logrando un 100 % después de la intervención llegando la información de una forma directa y educativa, los comentarios en sus familias sólo aportó el 20.7 % de la información, y posteriormente a esta un 43.0 %. La escuela y los amigos sirvieron de información para un 17.7 % y un 53.3 % respectivamente, después de la intervención, lo que demostró la relevancia de este tipo de estudio en influir en los conocimientos de los grupos de estudio que le permitió intercambiar sobre la caries dental en la comunidad. No fue posible encontrar resultados similares en la revisión bibliográfica**.**

Tabla. ***Nivel de conocimiento sobre la Caries Dental antes y después de la intervención educativa***.

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención educativa		Después de la intervención educativa	
	Total	%	Total	%
Alto	23	17.0	127	94.1
Medio	41	30.4	5	3.7
Bajo	71	52.6	3	2.2

Nuestro estudio de intervención educativa sobre la Caries Dental nos permitió evaluar el nivel de conocimiento general sobre las siguientes variables: nivel de conocimiento en cuanto a los factores de riesgo para padecer caries, y vías por las cuales recibieron información sobre la caries dental.

Estos resultados representados, se evidenció que en más de la mitad de los participantes, tenían bajo nivel de conocimientos con un 52.6 %, y un 30,4 % tenían nivel de conocimientos medio (41 personas) y con nivel de conocimientos alto, solo 23 participantes representando un 17.0 %. Estos resultados antes de la intervención demostraron el bajo nivel de conocimiento sobre la caries dental que presentaba la población y además tenían muy baja percepción del riesgo de enfermar.

En el momento después de la intervención el nivel de conocimiento se comportó de la siguiente forma: el 94.1 % de los participantes evaluados (127) alcanzaron nivel alto, el 3.7 % (5 personas) nivel medio y solamente 3 participante que representa el 2.2 % alcanzó nivel bajo.

Al analizar los conocimientos de los niños y adolescentes acerca de algunos aspectos puntuales relacionados con la caries dental, se observaron cambios significativos al contrastar las respuestas antes y después de la intervención, los cuales denotaron el aprendizaje adquirido mediante los métodos empleados. Se realizó el diagnóstico para evaluar el nivel de conocimiento sobre, vía de transmisión de la información y, factores de riesgo de enfermar de caries dental. Se valoró de forma cualitativa y cuantitativa la misma y en base a esto se diseñó un Programa Educativo con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre caries dental y lograr cambiar hábitos y estilos de vida y con ello disminuir la incidencia de la enfermedad.

Acciones de la estrategia

Encuentro: 1

Tema: ¿Qué es la caries dental? Concepto. Síntomas fundamentales.

Objetivos:

1. Presentar a los participantes y crear relaciones afectivas entre los mismos.

2. Presentar el curso y sus objetivos.

3. Aplicar cuestionario inicial.

4. Capacitar sobre la caries dental, concepto y los síntomas fundamentales.

Tiempo: 1:30 minutos.

Métodos de enseñanza: conferencia dialogada.

Medios: presentación en Microsoft Office Power Point, visuales (fotografías, láminas y modelos).

Recursos: televisión y computadora.

Actividades:

Introducción: se realizó por parte de la autora la presentación de la investigación, además de la presentación de cada participante.

Actividad principal: se abordan los temas relacionados con la investigación, se tuvo en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración y se realizaron algunas preguntas acerca de los mismos.

Se aplicó la encuesta inicial.

Cierre: Breve resumen de la labor a realizar y de precisar cuándo será el próximo encuentro.

Encuentro: 2

Tema 2: Factores de riesgo de la Caries Dental.

Objetivos: Conocer factores de riesgo de las caries dental.

Tiempo: 45 minutos.

Métodos de enseñanza: técnicas vivenciales (animación, análisis y reflexión grupal, de evaluación de conocimientos).

Medios: presentación en Microsoft Office Power Point.

Recursos: computadora y televisión.

Se realiza una introducción y se muestra a los participantes las diapositivas y se realiza la explicación del tema, después de la presentación se formaron equipos, se le asignaron los tópicos por cada uno de ellos, para luego debatirse en colectivo. Posteriormente se realizó una exposición detallada de las conclusiones a las que arribó cada equipo. Se precisó cuándo se realizara el próximo encuentro.

Encuentro: 3

Tema: Prevención de la caries dental.

Objetivos: Conocer cómo prevenir la caries dental

Tiempo: 45 minutos.

Métodos de enseñanza: técnicas vivenciales (animación, análisis y reflexión grupal, de evaluación de conocimientos).

Medios: presentación en Microsoft Office Power Point.

Recursos: computadora y televisión.

Actividades:

Técnica del correcto cepillado y frecuencia del mismo. Medios auxiliares para una mayor efectividad. Se realiza una introducción y se muestra a los participantes las diapositivas y se realiza la explicación del tema, después de la presentación se formaron equipos, se le asignaron los tópicos por cada uno de ellos, para luego debatirse en colectivo. Posteriormente se realizó una exposición detallada de las conclusiones a las que arribó cada equipo. Se precisó cuándo se realizara el próximo encuentro.

Encuentro: 4

Tema: ¿Conoces los alimentos que favorecen la aparición de la caries dental?

Objetivos: Dieta cariogénica. Dieta saludable o protectora. Conducta a seguir al consumir alimentos perjudiciales para los dientes.

Tiempo: 1:30 minutos.

Métodos de enseñanza: técnicas vivenciales (animación, análisis y reflexión grupal, de evaluación de conocimientos).

Medios: presentación en Microsoft Office Power Point.

Recursos: computadora y televisión.

Actividades:

Se realiza una introducción y se muestra a los participantes las diapositivas y se realiza la explicación del tema, después de la presentación se formaron equipos, se le asignaron los tópicos por cada uno de ellos, para luego debatirse en colectivo.

Posteriormente se realizó una exposición detallada de las conclusiones a las que arribó cada equipo. Al final de la actividad se realizaron las conclusiones de la intervención y los pacientes expresaron su satisfacción con la misma así como sus experiencias durante el estudio.

Finalmente se aplica nuevamente la encuesta inicial.

Con respecto a esta enfermedad y a la intervención educativa propiamente dicha, otros autores han publicado similares resultados como Páez, Tamayo, Peña, Méndez, y Sánchez (2017) en el estudio “Intervención educativa sobre caries dental en escolares de sexto grado” y Jova, Cabrera, Jiménez (2013) en el estudio Intervención educativa sobre caries dental. Escuela «Fabio Fuentes», en la provincia de Villa Clara.

CONCLUSIONES

El grupo de edad predominante fue el de 15-18 años de edad y el sexo masculino, cómo factor de riesgo más predominante se encontró la deficiente higiene bucal, la mayor información sobre la caries dental la habían recibido a partir de estomatólogo,

médico, enfermera de la familia u otro personal de salud y después de la intervención por su estomatólogo de familia, lográndose un alto nivel de conocimiento como resultado final.

REFERENCIAS

Alfonso, N., Martínez, T., Prías, M. C., Roche, A., García A. (2014). Salud Bucal de la población. Policlínicas "Plaza de la Revolución" y "Héroes del Moncada". 1999-2001. *Rev Cubana de Estomatol*, *44*(1): 101.

Bezanilla, M. (2017).*Comportamiento de la caries dental y factores de riesgo. Jesús de Nazaret. Maracaibo. Zulia. Enero 2014 - Junio 2015*. [Tesis de Terminación de la Especialidad Estomatología General Integral]. Consultorio Médico Popular Barrio Adentro CDI Los Mangos Parroquia Idelfonso Vázquez .Maracaibo. Zulia. República Bolivariana de Venezuela

Cubero, R., López, D., Estrada, Y., Estrada, Y., Giance, L., Malpica, J. (2017). Repercusión social de la aplicación del Programa de Asistencia Estomatológica Incremental en la población del Policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez”. *Medi Ciego, 23*(1): [aprox. 5 p.]. Recuperado de: http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/653

Díaz, L. y Valle, R.L. (2015). Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. *Gacmédespirit, 17*(1): [aprox. 114 p.]. Recuperado de: http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/347

Fernández, L. R., Barrueco, L. B., Díaz, L., Rosales, I. y Barzaga, Y. (2014). Caries dental en adolescentes de una comunidad venezolana. *MEDISAN*, 18(8):1043-1050. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800002&lng=es

Gispert, C.E. y Nasco, N. (2013). Caracterización de la Caries Dental. Capítulo 5. En: *Estomatología General Integral*. (p. 55-67). La Habana: Ed Ciencias Médicas

Jova, A., Cabrera, S. y Jiménez, L.M. (2013). Intervención educativa sobre caries dental. Escuela «Fabio Fuentes». Santa Clara, Villa Clara. *Medicentro Electrónica*, *17*(4):159-60.Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000400004&lng=es.

Pozo, L. (2014). *Caracterización clínico-epidemiológica de la caries dental en niños de 5-11 años*. (Trabajo de terminación de residencia en opción al título de especialista de 1er grado en Estomatología General Integral Filial Universitaria Mario Pozo).

Páez, Y., Tamayo, B., Peña Y., Méndez, Y. B., Sánchez, M. (2017). Intervención educativa sobre caries dental en escolares de sexto grado. 21(4):1014-24. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000400007&lng=es

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA PREVALENCIA DE CANINOS ECTÓPICOS EN NIÑOS DE 9 A12 AÑOS DE EDAD

THEORETICAL FOUNDATIONS OF THE PREVALENCE OF ECTOPIC CANINES IN CHILDRENS OF 9 TO 12 YEARS OLD

Leydi Norma Díaz Ramírez leydind@nauta.cu

Niza Veliz Álvarez

Yaniuska Pupo Martínez

RESUMEN

En este artículo se hace referencia a la prevalencia existente de caninos ectópicos en niños con edades entre los 9 y 12 años, con la finalidad de describircuáles son los principales factores de riesgo que contribuyen con este tipo de maloclusión, cuáles son los hábitos bucales más frecuentes, y determinar cuál es el sexo y las edades más afectadas por este problema; al profundizar en este tema se puede decir que hay queseguir trabajando en la promoción y prevención de hábitos y factores de riesgo, logrando un mayor conocimiento en la población sobre la salud bucal y también la importancia de acudir a nuestros servicios.

PALABRAS CLAVES: caninos ectópicos/ prevalencia.

ABSTRACT

In this article it refers to the existent prevalence of ectopic canines in childrens with ages between the 9 and 12 years, with the end to describe which is the main factors of risk that contribute with this type of malocclusion, which is the buccal more frequent habits, and decide which are the sex and the more affected ages for this problem; when deepening in this topic it can say that it is necessary to follow working in the promotion and prevention of habits and factors of risk, by achieving a bigger knowledge in the population on the buccal health and also the importance of resorts to our services.

KEY WORDS: ectopic canines/ prevalence.

INTRODUCCIÓN

La salud bucodental juega un papel indispensable en la salud general del hombre, desafortunadamente muchas personas ignoran la importancia de esta. La boca realiza varias funciones que son imprescindibles para nuestro organismo, desde la alimentación, la cual comienza con la lactancia materna; la comunicación que permite relacionarnos con palabras y gestos, hasta la estética, ya que la cavidad bucal es una parte fundamental de la fascie de cada persona haciendo que esta se vea armónica.

La salud es el estado del ser orgánico que ejerce normalmente todas sus funciones; es el bienestar bio-psico-social en justo equilibrio y perfecto orden, por tanto, todo aquello que rompa o altere en mayor o menor medida este estado “de justo equilibrio y perfecto orden” podría clasificarse como enfermedad. (Di Santi de Modano J.2008)

La estomatología es precisamente la rama de las Ciencias Médicas que no solo trata las afecciones bucodentales sino también procura educar a todo individuo, familia y comunidad, utilizando para ello programas de promoción, prevención y

rehabilitación; además sus acciones rebasan todo centro que proporcione servicios estomatológicos, ya sea para extenderse a comunidades, escuelas, círculos infantiles, centros de trabajo, hogares maternos y de ancianos, instituciones de impedidos físicos y mentales, casas de cultura, círculos sociales y todos aquellos espacios en que sea necesario y oportuno informar y educar a la población. Se aprovecharán todas las potencialidades locales sustentadas en la intersectorialidad y la participación comunitaria. (Colectivo de autores.2003)

La maloclusión es el resultado de una combinación compleja y todavía mal comprendida de influencias genéticas y ambientales (Delgado de la Cruz J.2007). La prevalencia de maloclusiones según la OMS (Ramírez D.I.2013) indica que aproximadamente un tercio de la población tiene una oclusión que puede considerarse como “normal” o “casi normal” mientras que dos tercios tienen algún grado de maloclusión. La maloclusión ha sido definida por Grainger, como desarmonía oclusal que requiere tratamiento ortodóncico, y contempla los siguientes aspectos: “estética inaceptable, reducción de la función masticatoria, situación traumática que presupone destrucción de tejidos, afectación en la pronunciación y falta de estabilidad en la oclusión” (Ramírez D.I.2013).

La pérdida de los dientes por caries conlleva al acortamiento de la longitud del arco, y las irregularidades en las posiciones dentarias, acompañadas de empaquetamiento de alimentos y fuerzas anormales sobre estos, lo que predispone a caries y a lesiones del periodonto (Ramírez D.I.2013). Por lo que las maloclusiones, junto con la caries y la enfermedad periodontal, actúan como factores causales recíprocos. Sabiendo todo esto podemos comprender la importancia que tiene disminuir no sólo la prevalencia de esta enfermedad por el aspecto estético y funcional; sino, por los efectos nocivos que pueden generar en la cavidad bucal (Ramírez D.I.2013).

Durante años varios investigadores han planteado que el mayor por ciento de las maloclusiones no tiene una causa específica conocida (Cuba. Minsap.1982), sino que son “variaciones más o menos acentuadas del crecimiento y desarrollo del individuo, jugando sobre este un papel relevante factores endocrinos, la herencia, las anomalías congénitas, factores metabólicos, traumáticos y nutricionales” (Cuba. Minsap.1982). Si conocemos e identificamos cada vez mejor su etiología, podemos actuar de forma más precisa en su prevención, lo cual, tiene gran importancia en la actualidad, ya que con el paso de los años la maloclusión continúa en aumento.

Las ectopías dentarias es una de las maloclusiones que se ven con mayor frecuencia, esta no es más que el diente que se encuentra fuera de la posición normal, o mal ubicado. Es una anomalía de situación o posición de un órgano. Algunos dientes se pueden encontrar ectópicos con más frecuencia que otros. Dentro de las causas de un diente ectópico están: la herencia, congénita de origen desconocido, reabsorción anormal del diente temporal, discrepancia hueso-diente, y mesialización de otros dientes. (Ramírez D.I.2013)

El orden de prevalencia aproximada es el siguiente: caninos superiores, incisivos inferiores, bicúspides, terceros molares, caninos inferiores, incisivos superiores, primeros molares, segundos molares (Ramírez D.I.2013).

El tratamiento para los caninos ectópicos dependerá de la cantidad de espacio disponible para acomodarlos, la relación de los dientes maxilares con los mandibulares y del patrón de erupción y de edad del paciente, muy importante localizar un canino ectópico o impactado ya que puede ser muy riesgo o para los dientes adyacentes. Algunas veces la extracción de los caninos deciduos es suficiente para permitir que erupcionen espontáneamente (Argudín R. M.2011).

Por lo que se realizaun estudio sobre maloclusiones con el objetivo de prevenir las mismas deformidades del complejo dentomaxilofacial, que afectan un gran porciento de niños y frente a los que estamos obligados a dar una atención integral, en el trabajo pretendemos determinar la prevalencia de caninos ectópicos; así como la relación de algunos factores de riesgo con la presencia de caninos ectópicos, y la presencia de hábitos bucales deformantes.

La oclusión; definición.

Dentro del concepto de oclusión no sólo se incluyen las relaciones concernientes al cierre de ambas arcadas, sino también se tiene en cuenta el alineamiento de los dientes en su arco, con sus numerosas relaciones de contactos interproximales, las relaciones dientes periodonto y de los dientes con otras estructuras no dentarias del aparato masticatorio (lengua suelo de la boca labios mejillas y paladar). Todos estos elementos conjugados son los que determinan un definido patrón oclusivo en todo y cada momento. De aquí se deduce que el fenómeno de la oclusión no es estático sino esencialmente dinámico. Las relaciones cambian sin cesar debido a los procesos de crecimiento y desarrollo de maxilar, es mandíbula y del cráneo en general. (CarbóA.J.E.2009,pg 217).

En muchas ocasiones, o casi generalmente los pacientes acuden a consulta con el objetivo de que puedan mejorar su estética, y no conocen sobre la importancia de tener no solo una buena estética, sino también una adecuada oclusión, que sea funcional y compensada. Es aquí donde entramos nosotros que somos los responsables de crear acciones de promoción, con el objetivo de incorporar conocimientos en cada paciente, comunidad y población en general, sobre los principios básicos de la oclusión funcional y la repercusión de cada aspecto morfológico.

Los trastornos de la oclusión se comienzan a manifestar en las primeras etapas de la vida, de ahí que su tratamiento en estos períodos, sean eficientes y con resultados más estables que en etapas posteriores. (Colectivo de autores.2003)

La maloclusión es el producto final de una serie de factores que actúan o han actuado en algún momento en el aparato masticatorio y han originado una deformidad bucofacial. En la mayoría de los casos se conjuga más de una causa en la producción de la misma. (Ramírez D.I. 2013)

Existen diferentes métodos para clasificar los factores etiológicos, todos con el firme propósito de facilitar el análisis.

Nosotros recomendamos el método planteado por Moyers que sugiere como guía, la ecuación ortodóncica sugerida por Dockrell, donde se enmarcan las causas tanto heredadas como adquiridas.

Ecuación ortodóncica de Dockrell

CAUSA ⟶ ÉPOCA ⟶ TEJIDO ⟶ RESULTADO

La ecuación plantea que una causa actuando durante un tiempo sobre un tejido provoca un resultado. (Cuba. Minsap.1982)

Factores de riesgo

Las causas de retención de caninos pueden clasificarse en generales y locales.

Factores generales: los factores generales incluyen:

Deficiencias endocrinas.

Enfermedades febriles.

Irradiación.

Deficiencias de vitamina E.

Factores locales: las causas locales más comunes para la retención de caninos son el resultado de uno o varios de los siguientes factores:

Discrepancias de tamaño dental y longitud del arco.

Retención prolongada o pérdida prematura del canino primario.

Aberración en la formación de la lámina dental.

Posición anormal del germen dental.

Presencia de una hendidura alveolar.

Anquilosis.

Problemas naso respiratorios.

Patologías localizadas, como quistes, neoplasias, odontomas, supernumerarios...

Dilaceración de la raíz.

Origen iatrogénico.

Condición idiopática, sin causa aparente.

Ausencia del incisivo lateral maxilar.

Variación en el tamaño de la raíz del diente.

Variación en el tiempo de formación radicular.

Secuencia de erupción anormal.

Trauma del germen dental.

Exceso de espacio.

Cantidad de reabsorción de la raíz del diente primario.

Forma de arco estrecha.

Herencia.

La época en que actúan estas causas puede variar. Según el momento en que una causa actúa sobre un tejido puede ser pre-natal y post-natal. Así mismo, el tiempo la duración es un factor importante. Esta puede ser continua y discontinua.

Los tejidos mencionados ya los conocemos y son: el tejido neuromuscular, dientes, huesos y cartílago y tejidos blandos que no incluyen músculos.

El resultado obtenido depende del tejido afectado.

TEJIDO RESULTADO

Tejido neuromuscular …….. Disfunción

Dientes…….. Maloclusión

Huesos…….. Displasia ósea

Tejidos blandos……. Combinaciones

Las variaciones del patrón normal de oclusión tienen diferentes sistemas de clasificación. Estos sistemas son estáticos en concepto, pues la clasificación se hace en un momento y no queda margen para futuros cambios que pueden ocurrir con el crecimiento o la eliminación de factores etiológicos. (Cuba. Minsap.1982).

La clasificación Sindrómica de Moyers además de la relación de los molares incluye la relación de caninos, el resalte, el perfil y la musculatura facial, por esto es el sistema de clasificación más recomendada (Síndrome de Clase I, Síndrome de Clase II, Síndrome de Clase III).

Hábitos deformantes

Los hábitos son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y que al repetirse llegan a convertirse en inconscientes. Pueden ser **beneficiosos** o **perjudiciales**. De acuerdo a la edad del paciente, su biotipo y la duración e intensidad con que se realice el hábito,así serán las anomalías dentomaxilofaciales que se presenten (Cuba. Minsap.1982). Los principales hábitos bucales deformantes que se presentan son:

Succión digital: El hábito de succión en los niños se debe a un reflejo natural que estaba presente en el bebé cuando se encontraba en el útero materno. Es algo completamente normal que se relaciona con la capacidad de supervivencia, la que le permite alimentarse y crecer, pero además le ofrece

seguridad, placer y sensación reconfortante. También tiene la función de interiorizar al niño con su nuevo entorno. Chuparse el dedo es una mala costumbre que realizan los recién nacidos e incluso niños en edad escolar. Estas prácticas se consideran normales hasta los 2 años y medio o hasta los 4 años.

Existen dos tipos diferentes de succionadores de dedo: el "pasivo" que tiende a llevar el dedo a la boca y sólo tenerlo allí y el "activo" que ejerce presión contra los dientes. Estos últimos pueden sufrir más alteraciones dentales y de la mandíbula.
Eliminar este tipo de succión durante las primeras etapas de vida evita deformaciones en la mordida (abierta o cruzada) y faciales. Después de los cuatro años de edad se pueden generar cambios en la tonicidad muscular de los labios, retardar su maduración, dificultar la deglución normal y la respiración.

Otros problemas que pueden surgir son la formación de callos en el pulgar, eccema irritativo, uñeros y deformación del dedo, además de trastornos en el lenguaje, en el desarrollo físico y emocional del niño, con deterioro de su autoestima.Si el hábito de succión del pulgar se extiende hasta los seis años, deberá consultarse con el especialista para su adecuada atención.

En muchos casos, este mal hábito tiene su origen en problemas afectivos del entorno familiar o inmadurez del niño, cambios abruptos como la llegada de un hermanito, ingreso al colegio, entre otros. Por ello, el primer paso para separar de esta costumbre, es la consulta especializada, así se podrá dar solución al posible conflicto y buscar la mejor vía de eliminación.(Uzcategui)

Desde el punto de vista bucal el daño provocado por la persistencia de esta conducta depende de tres factores principales: La intensidad, la duración, cantidad de tiempo que se dedica a succionar, la frecuencia.

Sobre cómo podemos manejar este problema diremos que la atención debe ser oportuna, buscando motivar al niño informándole sobre la importancia de dejar este hábito y las consecuencias que tendría si no lo deja, es decir buscar su cooperación para eliminar esta conducta. (Uzcategui)

Se han utilizado diferentes procedimientos para eliminar este hábito, como son los recordatorios que son la utilización de vendajes adhesivos, o soluciones de mal sabor colocados alrededor del dedo que se chupa. Si estos procedimientos no dieran resultado, podríamos utilizar otro tratamiento que a mi juicio sería el más recomendable, siendo éste la utilización de una trampa palatina o trampa para dedo, cuyo diseño interrumpe el hábito digital al impedir la colocación del dedo o dedos, haciendo que el niño ya no experimente la satisfacción derivada de la succión, logrando así la eliminación de esta conducta (Uzcategui)

Es importante mencionar que la utilización de estos aparatos puede ocasionar ciertos efectos secundarios pasajeros después de su colocación, como serían alteraciones en los patrones de alimentación, fonación y sueño, que desaparecerán en tres o siete días aproximadamente. Protejamos y cuidemos los dientes de nuestros hijos oportunamente.

Respiración bucal: la respiración vía nasal es una función vital que permite que el aire entre caliente al organismo, se mantenga humedecida la mucosa y se retengan las impurezas, lo que impide o dificulta el riesgo de infecciones.La

respiración bucal es aquella que el individuo realiza a través de la boca, en lugar de hacerlo por las fosas nasales.Existen dos causas que pueden originarla:Obstructivas: hipertrofia de adenoides (que consiste en el aumento del tejido linfático que se encuentra en la parte posterior de la nariz, similar a las amígdalas), rinitis alérgicas, desviaciones del tabique nasal, hipertrofia de los cornetes (constante ensanchamiento de los cornetes, estructuras de filtros de aire que están en la nariz), pólipos e incluso procesos tumorales.

Funcionales: se producen por la persistencia de la respiración bucal y aunque sea corregida se continúa con el mal hábito.

Este tipo de respiración puede producir alteraciones de la mordida (abierta, profunda y cruzada), paladar profundo y estrecho y gingivitis crónica. Además, provocar trastornos en la audición, de tal manera que al mantener la boca abierta, la onda sonora se hace débil; también anorexia falsa, debido a que se come sin apetito por la dificultad de coordinar la respiración con la masticación al momento de tragar. Afecta al sueño, generando trastornos caracterizados por mal dormir, agitación y ronquido.

También, produce afectaciones en el timbre de la voz, en la memoria, en la capacidad de fijar atención y ocasiona cansancio crónico.

Los estudios relacionados describen que aproximadamente un 25 por ciento de la población infantil presenta respiración bucal y más del 50 por ciento se debe a malos hábitos. Dentro de las causas, la rinitis alérgica (inflamación de la mucosa nasal) es una de las más frecuentes.

Para prevenir este tipo de respiración y los efectos perjudiciales que trae, es importante que los padres observen cualquier señal que pueda indicar la presencia de este fenómeno y así evitar este mal hábito.

Deglución Atípica: la deglución es "la acción automática que permite el tránsito del bolo alimenticio o la saliva desde la cavidad bucal al estómago. Se trata de una secuencia de contracciones musculares que se apoyan en el patrón primario de succión".

Se divide en dos etapas:

Fase oral: se detiene la respiración, se cierran los labios, se relaja la musculatura y se ponen en contacto los dientes superiores e inferiores hasta que la lengua impulsa el bolo hacia la faringe.

Segunda fase: Impulsa el bolo hacia el esófago. Ésta es la deglución típica del adulto. La infantil es la que existe en el nacimiento y se logra con la separación de los maxilares y con el intercambio entre la lengua y los labios, que es el mecanismo que se utiliza para lograr el tránsito de los alimentos.

Los principales elementos que marcan el tránsito entre deglución infantil y adulta son la aparición de los dientes, la maduración neuromuscular y la incorporación de alimentos sólidos. Este período de transición se extiende entre los ocho y 16 meses, momento en que aparece la deglución característica del adulto.

Si esto continúa después de los siete años, la lengua se apoyará entre los dientes incisivos, lo que causará una mordida abierta que provocará efectos en

la dentadura y un mal funcionamiento de los músculos relacionados con la deglución del adulto.

Hábitos incorrectos como la respiración bucal, el uso del chupete y del biberón, retardan el patrón de deglución del adulto.

Otros hábitos:

El biberón.

El uso del chupete.

Morder uñas y otros objetos (onicofagia).

Morderse los labios (queilofagia).

Al terminar el estudio podemos de manera general concluir que existe una gran prevalencia en la población de 9 a 12 años de edad de caninos ectópicos, donde el sexo predominante es el femenino; los pacientes más afectados se encuentran los que tienen 11 años; el factor que predominó es la perdida prematura de la dentición temporal, y en el caso de los hábitos deformantes predomina la succión digital. Estos resultados coinciden con estudios sobre este tema, pero puede variar, por eso es necesario que se realicen más investigaciones específicamente sobre caninos ectópico.

REFERENCIAS

Argudín R. M. “Prevalencia de caninos incluidos en pacientes del posgrado de ortodoncia de la UANL” [Como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias Odontológicas con Especialidad en Ortodoncia] 2011 Universidad Intercontinental.

Carbó A. J. E. Anatomía dental y de la oclusión. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009. pg 217

Carrobles J.A. Análisis y modificación de conducta II: Aplicaciones clínicas. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 1996. Impresa, s.a. Herreros 42. Políg. Ind. Los Ángeles. Getafe. Madrid.

Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana. Editorial. Ciencias Médicas.2003.p 262, 494-5126.

Cuba. Minsap. Temas de Ortodoncia. La Habana:Minsap; 1982: p 98, 100, 141-149, 276_277.

Delgado de la Cruz J. Caracterización morfológica de la oclusión en niños de 3 a 5 años de edad con práctica de succión digital[trabajo para optar por el título de especialista de 1er grado en Estomatología General Integral]. 2007. Instituto Superior de Ciencias Médicas” Carlos J Finlay”. Camaguey.

Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. 12ª edición. Masson-Salvat. 1984. Muntaner 262. Barcelona. España.

Di Santi de Modano J. Maloclusión Clase I: definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Ortodoncia [serie en internet]. 2003 [citado 23 jul 2008]: [aprox. 31 p.]. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/maloclusion_clasel_definicion_clasificación_características.asp.

Hábitos perjudiciales durante la infancia. Bohemia.2003; 95(25):76.

Jiménez Od. H. P. Tratamiento ortodóncico de dientes retenidos [universidad central de Venezuela Facultad de odontología Postgrado de ortodoncia

Kaplan H.I.; Sadock, B.J. Tratado de Psiquiatría. 2ª Edición. Ediciones Científicas y Técnicas. Masson-Salvat. 1992 Avda. Príncipe de Asturias 20 Barcelona. España. pp. 1844-5.

Meneghello J. Pediatría. Publicaciones técnicas Mediterráneo. 4ª edición. 1992. Avda. Eliodoro Yáñez 2541, Santiago. Chile

Pérez, F. M. A.; Pérez, F. P. & Fierro, M. C. Alteraciones en la erupción de caninos permanentes. Int. J. Morphol., 27(1):139- 143, 2009.

Ramírez D.I. Prevalencia de caninos ectópicos en niños de 9 a 12 años [trabajo para optar por el título de especialista de 1er grado en EGI]. 2013. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Zoilo MarinelloVidaurreta”: Las Tunas

-Uzcategui I- Hábitos Orales perjudiciales en niños zulianos; su relación con alteraciones de mordida y estrato social; Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela 2

CARACTERIZACIÒN DEL BRUXISMO EN MAYORES DE 15 AÑOS. LA GUINEA, MANATI. 2016-2018

CHARACTERIZATION OF THE BRUXISM IN 15-YEARS ELDERS. LA GUINEA, MANATI. 2016-2018

Liena Augusto Pérez energia01@ltu.sld.cu

Rebeca Payne C'pierre rebeckmagdeey@nauta.cu

RESUMEN

El artículo resume los resultados de una investigación observacional, descriptiva de corte transversal, con el objetivo de caracterizar el comportamiento del bruxismo en mayores de 15 años pertenecientes al poblado La Guinea del área de salud de la Clìnica Estomatológica Docente "Ernesto Guevara de la Serna", Manatì, en el período comprendido entre octubre del 2016 a junio del 2018. La muestra quedó constituida por 120 pacientes. Entre los principales resultados se observó una alta prevalencia de bruxismo, que afectó un porciento significativo de la población examinada y el rango de edad marcado fue entre 35-44 años, el sexo femenino prevaleció sobre el masculino y según el nivel ocupacional fueron los intelectuales. El signo más predominante fueron las facetas de desgastes no funcionales, presentes en el total de los bruxópatas, seguido de los trastornos de la articulación temporomandibular. Mientras que el síntoma más frecuente fue el dolor en la articulación temporomandibular.

PALABRAS CLAVES: comportamiento, bruxismo en mayores de 15 años

ABSTRACT

The articulate sums up the results of an observational, descriptive investigation of cross section, with the objective to characterize the conduct of bruxismo in 15. years beloing elders to the town the Guinea of the area of health of the Clinica Estomatologica Educational "Ernesto Guevara de la Serna", Manatì, in the period understanded between October of the 2016 to june of the 2018. The simple remains constituted for 120 patients. Between the main results a high prevalence is observed of bruxism, that it affectionate a significant per cent of the examined poblation and the range of marked age went between 355 and 44 years, the feminine sex prevalence on the masculine and the occupational level went the intellectuals.The sign bbut predominant went the facets of non-functional wears, present in the total of the bruopatases, followed of the upsets of the temporomandibular articulation. While that sintoma but frecuents went the ache in the temporomandibular articulation.

KEY WORDS: conduct, bruxism in the 15-years elders

INTRODUCCIÓN

El bruxismo es una de las parafunciones que trasciende toda época y sobrevive a tendencias o enfoques modernos. Tal vez la primera referencia se encuentra en los textos del Antiguo Testamento cuando se habla de crujir los dientes en relación con los castigos eternos. Hoy la neuralgia traumática, efecto de karolyi, bruxomanía o simplemente bruxismo, se delimita como un acto en el que el hombre aprieta o rechina los dientes, diurno o nocturno, con distintos grados de intensidad y persistencia en el tiempo, generalmente inconsciente y fuera de los movimientos funcionales. (Byrd, et al., 2009)

Varios estudios plantean que existe un estimado de personas con este hábito y que el bruxismo es un modelo conductual extendido, lo que afecta a un fragmento significativo de la población mundial. (Díaz Gómez, et al., 2009)

El bruxismo o bruxomanía afecta a adultos o niños, y a ambos sexos por igual; aunque la edad más frecuente de inicio está entre los 17 y los 20 años, y la remisión espontánea se suele producir después de los 40 años de edad en los casos de bruxismo crónico, aunque puede desaparecer por sí solo en cualquier momento de la vida. (Cairo Valcárcel, 2010)

La palabra bruxismo indica una patología y como tal, no puede expresar sino una sola entidad patológica. Dicha parafunción que alcanza un nivel similar al adulto en los adolescentes de 13 años, tiene una baja prevalencia en los niños menores. (Shetty, et al., 1998)

Es un problema médico que a escala mundial, afectan del 15 al 23 % de la población adulta, aunque en otros estudios se aseveran que el 80 % de la población en general tiene al menos un signo clínico de parafunción. (Díaz Gómez, 2016)

Desde principios del siglo XX ya se hablaba de bruxismo, y tal vez, quienes tengan un pensamiento un tanto apocalíptico acepten con facilidad dicha sentencia, pues hasta el momento no se sabe a ciencia cierta los orígenes del bruxismo y tampoco se cuenta con un método eficaz para su cura. (De la Torre Rodríguez, et al., 2013)

A diario a consultas estomatológicas acuden pacientes bruxópatas aquejados de dolor, molestias y con mutilaciones desbastadoras en las estructuras dentarias con gran afectación estética, todos buscan en algún momento precisar con exactitud las causas del padecimiento que lo aqueja. La posible predicción temprana del riesgo a padecer de parafunciones es un desafío. (Christensen, 2000)

En Cuba dicha alteración representa un problema sanitario por su alta prevalencia y repercusión en el bienestar físico y psicológico del organismo, describiéndose una prevalencia del bruxismo entre el 79% y 85% de pacientes. (Silva Contreras, et al, 2015)

En la provincia de Las Tunas, se ha acelerado la tasa de prevalencia en pacientes mayores de 15 años, sobre todo en localidades del municipio Manatì, lo cual ha motivado la realización de esta investigación. El desconocimiento de las personas, la no asistencia temprana y oportuna a las consultas de estomatología, como también la no existencia de estudios dirigidos a este tema han influido en la problemática actual.

El universo de estudio lo conformó un total de 198 pacientes y para la muestra seleccionada se llevó a cabo un muestreo estratificado aleatorio de 120 de ellos atendidos y diagnosticados con bruxismo, los cuales cumplían los siguientes:

Se determinó el diagnóstico del bruxismo por la presencia de facetas de desgastes no funcionales en dientes anteriores y posteriores; además, los pacientes presentaron al menos uno de los siguientes criterios: sonidos audibles referidos, fracturas de dientes y restauraciones, hipertrofia de los músculos masticatorios masetero y temporal, exóstosis, dolor muscular, dolor en la articulación temporomandibular y movilidad dentaria en las primeras horas de la mañana.

Se utilizó el método clínico mediante la observación, palpación, auscultación, percusión y un exhaustivo interrogatorio. Con la utilización del sillón dental reclinable, adecuada iluminación, set de clasificación y el uso de papel articular bicolor se entrenó a los pacientes en la realización de los movimientos mandibulares frente a un espejo facial con el propósito de determinar las interferencias oclusales.

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de un instructivo en forma de Historia Clínica, empleada en la consulta.

La información recogida se llevó a la base de datos con una computadora Pentium IV en procesador de texto Word XP. La información se procesó mediante la estadística descriptiva para el análisis de distribución de frecuencias de datos cualitativos con una confiabilidad del 95% ($p< 0,05$). Las tablas se diseñaron en Excel XP en procesador estadístico SPSS. Versión 10 para Windows. Los resultados se presentaron en forma de texto y en tablas simples de distribución de frecuencias, expresados en frecuencia y porcentaje para recolectar la información

Es importante añadir que se aplicó la prueba exacta de Fisher para comparar proporciones y se calculó el Odds Ratio (OR) con sus intervalos de confianza del 95 % (IC95%) para los factores de riesgo. El nivel de significación escogido fue de 5 %.

RESULTADOS

En la tabla No 1 se evidencia que en los pacientes afectados por el hábito de bruxismo, se encontró que 69 correspondieron al sexo femenino para el 57.5 % y 51 al sexo masculino para el 42.5%. Al estudiar los grupos de edades prevaleció en cuanto a cantidad de pacientes el grupo de 35 a 44 años en ambos sexos con 61 pacientes para el 50.8%.

Grupos de edad	Femenino		Masculino		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 18	12	10.0	9	7.5	21	17.5
19 - 34	21	17.5	11	9.2	32	26.7
35 – 44	32	26.7	29	24.2	61	50.8
45 - 59	3	2.5	1	0.8	4	3.3
Mayores de 60 años	1	0.8	1	0.8	2	1.7
Total	69	57.5	51	42.5	120	100

En la tabla No 2 se muestra que los pacientes afectados por bruxismo según ocupación se identifican con 41 de ellos para un 34.2% en el rango de los intelectuales, seguidos por los trabajadores con un 28.3% y dirigentes con un 21.7%.

Ocupación	Pacientes mayores de 15 años	
	No.	%
Trabajador	34	28.3
Ama de casa	7	5.8
Trabajador por cuenta propia	12	10.0
Intelectuales	41	34.2
Dirigentes	26	21.7
Total	120	100

En la tabla No 3 se observan los signos más comunes del bruxismo. El más común que se manifestó en estos pacientes fue el de facetas de desgastes no funcionales para un 100%, éstas pueden ser desde ligeras y localizadas hasta generalizadas con pérdida de parte de las coronas de los dientes, lo que se atribuye a la acción neuromuscular del hábito. A esto le siguió según frecuencia, los trastornos de la articulación temporomandibular, con un 60.0% que se deben a la actividad mandibular.

Signos	Pacientes mayores de 15 años	
	No.	%
Patrones no funcionales de desgaste oclusal	120	100
Fractura de dientes o restauraciones	14	11.7
Movilidad inesperada en los dientes	16	13.3
Aumento del tono e hipertrofia de los músculos masticatorios	9	7.5
Presencia de exostosis óseas	13	10.8
Trastornos en ATM	72	60.0

En la tabla No 4 se evidencia que entre los pacientes afectados, el síntoma más frecuente fue el dolor en la ATM, presente en el 32.5% de los bruxópatas, y el dolor y la fatiga muscular con un 15.0%.

Sintomas	Pacientes mayores de 15 años	
	No.	%
Dolor en articulación temporomandibular (ATM)	39	32.5
Dolores y fatigas musculares	18	15.0
Dolor en los dientes al apretar	5	4.2
Ruidos nocturnos, rechinamiento	13	10.8
Cefalea	7	5.8
Movilidad dentaría y cansancio muscular al levantarse	7	5.8
Espasmos musculares	2	1.7
Limitación a la apertura bucal	10	8.3
Aumento de la sensibilidad dentaria	5	4.2

DISCUSIÓN

El bruxismo es una parafunción oral crónica prevalente en la población y que impacta de manera importante en la vida de las personas que la padecen. Clasificado según la Asociación Americana de Desórdenes del Sueño (AASD) como un desorden de movimiento estereotipado caracterizado por apretamiento y rechinamiento durante el sueño. (Morales, et al., 2009)

De 30 a 40 años es un intervalo de edad afín a la etapa de la vida más propensa a que muchas personas desarrollen parafunciones como consecuencia de la carga emocional intensa que se asume y gracias al protagonismo de la familia o la madurez intelectual y profesional adquirida.

Son las féminas las que prevalecen por lo general. el sexo femenino sufre fisiológicamente de procesos orgánicos tales como los períodos menstruales, el embarazo, el climaterio; los cuales inciden en alteraciones emocionales que coadyuvan a la aparición de estados ansiosos, como es el bruxismo.

Las conexiones entre el sistema límbico y el sistema muscular mandibular explican la alta prevalencia que tiene el bruxismo en aquellas personas con altos niveles de estrés, al ser el sistema límbico el responsable de la naturaleza afectiva de las sensaciones y de su repercusión emocional, crean un mecanismo de retroalimentación positiva (dolor-contracción-dolor) que conduce a la parafunción. En similitud con la investigación actual son los resultados de Magdalena Díaz I, 38 en Brasil, al demostrar asociación entre el bruxismo y la ocupación del paciente. (Nápoles García, t al., 2014)

La relación exacta entre la fuerza de mordida y el desgaste dental aún genera controversia. Los dientes anteriores presentan mayor desgaste dental que los dientes posteriores, sin embargo, los valores de fuerza de mordida en dientes anteriores son más bajos que en premolares y molares. El mayor desgaste de dientes anteriores se debe al incremento de contactos durante los movimientos mandibulares excéntricos. (Nápoles García, t al., 2014)

Las fuerzas que se producen durante la práctica de este hábito se transmiten a las diferentes partes del aparato estomatológico, siendo compensada alguna de ellas sin efectos nocivos y produciendo diferentes grados de daños en otras; dichos daños pueden causar trastornos neurofisiológicos que pueden ir desde el daño de los tejidos dentarios con sus estructuras de soporte hasta el daño de la musculatura y la ATM y que de no tratarse a tiempo puede incluso llegar a la pérdida de los dientes. (Teche et al., 2003)

Los desórdenes de la articulación temporomandibular son un subgrupo de los problemas dolorosos faciales. Muchos síntomas relacionados con la ATM son causados por efectos del estrés físico y emocional sobre las estructuras alrededor de la articulación. Estas estructuras incluyen los músculos de la mandíbula, la cara y el cuello; los dientes, el disco cartilaginoso en la articulación y los ligamentos, vasos sanguíneos y nervios cercanos. (Cabrera Villalobos, et al., 2009)

CONCLUSIONES

Existió una alta prevalencia de bruxismo, que afectó un porciento significativo de la población examinada y el rango de edad marcado fue entre 35-44 años, el sexo femenino prevaleció sobre el masculino y según el nivel ocupacional fueron los intelectuales. El signo más predominante fueron las facetas de desgastes no funcionales, presentes en el total de los bruxópatas, seguido de los trastornos de la articulación temporomandibular. El síntoma más frecuente fue el dolor en la articulación temporomandibular.

REFERENCIAS

Byrd KE, Romito LM, Dzemidzic M, Wong D, Talavage TM. FMRI study of brain activity elicited by oral parafunctional movements. J Oral Rehabil. [Internet]. 2009 [citado 2014 Ene 16]; 36(5): [Aprox. 15 p.]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2842.2009.01947.x/full

Cabrera Villalobos Y, Álvarez Llanes M, Gómez Mariño M, Malcom Castillo ME. Oclusión y estrés en el síndrome dolor-disfunción temporomandibular: presentación de un

paciente. Rev. Archivo Médico Camaguey[Internet]. 2009 Jun[citado 2014 May13]; 13(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000300018&script=sci_arttext

Cairo Valcárcel, Eduardo. ¿Rechina usted los dientes mientras duerme?, artículo en español en la Revista Cubana de Psicología, vol. 13, n.º 1, págs. 59-74; 1996. Consultado el 6 de enero de 2010. ISSN 0257-4322.

Christensen G. Treating Bruxism and Clenching. J. Amer Dent Assoc 2000 Feb; 131(2): 233-5.

De la Torre Rodríguez E, Aguirre Espinosa I, Fuentes Mendoza V, Peñón Vivas PA, Espinosa Quirós D, Núñez Fernández J. Factores de riesgo asociados a trastornos temporomandibulares. Rev Cub Estomatol [Internet]. Sep-Dic 2013 [citado 18 Nov 2015];50(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000400004&lng=es

Díaz Gómez SM. Texto de parafunciones en sistema braille para pacientes ciegos y de baja visión. Arch Méd Camagüey [Internet]. Mar-Abr 2016 [citado 9 May 2016];20(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4303

Díaz Gómez SM, Díaz Mirallesn M, Nápoles González I de J, Puig Capote E, Ley Sifontes L. Bruxismo: acercamiento a un fenómeno creciente. AMC [Internet]. 2009 [citado 2014 Abr 07]; 13(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000200018&script=sci_arttext

Morales AL, Mora Pérez C de la C, Álvarez Rosa I, Orbea González M, Fernández Martínez J, Rodríguez López JA, et al. Bruxismo y funcionamiento familiar en niños de 5 a 11 años. Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. MediSur [Internet]. 2009 [citado 2014 Jun 07]; 7(1):[Aprox.6 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/491

Nápoles García D, García Cabrera L, Rodríguez Reyes O, Nápoles Méndez D. Tendencias contemporáneas de las bases fisiopatológicas del bruxismo. MEDISAN [Internet]. Ago 2014 [citado 28 Oct 2015];18(8):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800017&lng=es

Shetty S. y cols. Oral habits in children. A prevalence study. J. Indian Soco Pedod. Prev. Dent. 1998; 16: 2: 61-6.

Teche FV, Miranda MA, Motta MF, Ribas JP. Tratamento reabilitador em um paciente com bruxismo severo. J Bras Clin Odontol Integr. 2003; 7(40):192-294.

ALGUNAS VARIABLES CLÍNICO_EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS LESIONES DE LA CAVIDAD BUCAL
SOME CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL VARIABLES OF THE INJURIES OF THE BUCCAL CAVITY

Lixardo Cruz Guerrero guerrero64@nauta.cu

Niza Veliz Álvarez

RESUMEN

En el presente artículo se hace referencia a algunas variables clínico epidemiológicas de las lesiones que se pueden observar en la cavidad bucal ya sean malignas o premalignas, determinando cuáles son los factores de riesgo que más relación tienen con este tipo de lesiones, que grupo de edades se ve más afectado, así como el sexo predominante.

PALABRAS CLAVES: prevalencia/ lesiones de la cavidad bucal

ABSTRACT

At present article refers to some clinical epidemiological variables of the injuries that can observe in the buccal cavity already be or malignant or pre-malignant, by deciding which is the factors of risk that more report has with this type of injuries, that group of ages is seen more affected, as well as the predominant sex.

KEY WORDS: prevalence/ injuries of de buccal cavity.

INTRODUCCIÓN

El hombre, sus características y enfermedades, se encuentran en constante estudio para conocer las respuestas ante los diferentes agentes y factores que puedan modificar su estado de salud – enfermedad; y de esta forma adoptar las medidas necesarias que le brinden una mayor esperanza de vida con una mejor calidad de la misma.

Dentro de las enfermedades que interesan a la Estomatología, se encuentran con un carácter alarmante, el cáncer bucal; no solo por su evolución natural desfavorable para el organismo, sino también por la tendencia actual a presentarse en mayor número de individuos, con lesiones en la región de cabeza y cuello (Colectivo de autores.2003).

El cáncer ha sido definido como un proceso tumoral que ocurre en todas las poblaciones humanas y animales, que aparecen en todos los tejidos compuestos por células con potencialidad de división (Rodríguez S.A. 2011).

Numerosas investigaciones han demostrado que la cancerización es un fenómeno relativamente complejo en el que actúan o participan varios factores y donde probablemente ninguno de ellos por si solo sea capaz de originar una neoplasia. Esto significa que el cáncer bucal es una enfermedad de causa multifactorial y su surgimiento depende de la acción simultánea de varios agentes biológicos, ambientales y sociales. (Robbins S.L. 1987).

Se asocia a conocidos hábitos tóxicos entre los cuales el tabaquismo, alcoholismo, así como ciertos factores nutricionales desempeñan un importante papel. Frecuentemente se originan a partir de las lesiones precancerosas las cuales, por su morfología alterada, son más propensas a malignizarse. La lesión preneoplásica o precancerosa es una alteración morfológica de la mucosa de la boca donde existen mayores posibilidades de que haya un cáncer, que en su contrapartida normal por lo que resulta imprescindible la divulgación y realización del examen estomatológico, así como el diagnóstico precoz de cualquier lesión sospechosa de malignidad o en etapas precursoras (Colectivo de autores.2003, Robbins S.L. 1987).

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud y figuran en las numerosas sugerencias acerca de las aplicaciones en la asistencia sanitaria. Estas ideas han surgido precisamente para la determinación de las posibilidades de predecir un acontecimiento tanto en el plano de la enfermedad como en el de la salud, lo que ofrece a la atención primaria de salud bucal un nuevo instrumento para mejorar su eficacia y sus decisiones sobre el establecimiento de prioridades. El riesgo se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención (Santana, J.C. 1996).

El estudio describe la prevalencia de algunos factores de riesgo asociados con la aparición de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal lo que representa la motivación para la realización de la presente investigación.

Cáncer bucal

El cáncer ha sido definido como un proceso tumoral que ocurre en todas las poblaciones humanas y animales, que aparecen en todos los tejidos compuestos por células con potencialidad de división.

Marinelo lo definió como un proceso neoformativo de origen policelular y locotisular que se caracteriza por desdiferenciación citológico, autonomía de la homeostasis local y general, propiedades de infiltración con citólisis del tejido normal vecino y capacidad de metástasis a otras regiones del organismo (Robbins S.L1987) .
Mientras que Crispa lo define como aquellas lesiones destructivas que infiltran los tejidos vecinos que invaden los ganglios regionales y que pueden propagarse a otras zonas de la economía por vía linfática o sanguínea, produciéndose metástasis a distancia (Bascones M.A. 2005)

Estados y lesiones premalignas

Son lesiones que anteceden al cáncer en un alto porcentaje de casos.

Concepto de lesión premaligna: tejido de morfología alterada más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal.

Concepto de estado premaligno: estado generalizado que se asocia con riesgo significativamente mayor de cáncer.

En el congreso de Malmo en Suiza en 1983 se definieron como lesiones premalignas 3 categorías: leucoplasia, eritroplasia

Paladar de fumador invertido (Organización Mundial de la Salud. 2012)

Son considerados estados premalignos:

Papilomatosis Florida

Liquen Plano Erosivo

Síndrome de Plummer Vinson

Atrofia por Avitaminosis

Lupus Eritematoso

Nevus Displásico

Sífilis

Fibrosis Submucosa

Disqueratosis congénita (Santana J.C. 1999)

A continuación aparecen descritas brevemente cada una de estas lesiones o estados

- Leucoplasia

Según la OMS la Leucoplasia es una lesion de color blanquecino que no se despega con la fricción y que no se asocia a su etiología a ningún proceso patológico conocido.

Según Gupta la Leucoplasia es una mancha blanca en la mucosa oral mayor de 5mm que no puede desprenderse y su origen no puede atribuirse a ninguna enfermedad diagnosticable (Cowan, C.G. 1995).

Según Santana la Leucoplasia es una mancha o parche blanco que no puede ser caracterizado clinica o histológicamente con otra entidad ni asociarse a su etiología un agente físico, químico o mecánico excepto el tabaco. Siendo aplicado el término solamente al tabaco o idiopáticas (Murphy G.P.2013).

Clasificación Clinica

Homogéneas: son manchas blancas uniformes de superficie lisa o ligeramente arrugada.

No Homogéneas: pueden ser de tres tipos fundamentales.

Nodular: Lesión con elevación redondeada que pueden caracterizarse con nódulos o gránulos.

Verrugosa: Exofística con proyecciones puntiagudas o lomas, con apariencia de verruga.

Erosiva: También llamada eritro-leucoplasia, incluye zonas eritematosas en grado variable.

Las leucoplasias homogéneas y sobre todos las erosivas son la de mayor peligro de degeneración maligna (Murphy G.P.2013, Cowan, C.G1995).

La leucoplasia aparece como una mancha blanquecina o blanco grisácea o blanco amarillenta, de superficie lisa, agrietada o rugosa, con tendencia a situarse profundamente en las superficies epiteliales, con sus bordes bien delimitados o poco precisos, puede estar ubicado en cualquier sitio de la mucosa bucal, puede afectar a ambos sexos aunque es más frecuente en el hombre, fundamentalmente entre los 40-60 años de edad.

No todas las leucoplasias degeneran en cáncer. De un 0.13 a unos 6% de las mismas seguidas por un largo período de tiempo degeneran en cáncer. Se consideran de alto riesgo de transformación maligna las ubicadas en suelo de boca, cara ventral de la lengua y paladar blando. (Colectivo de autores.2003, Santana J.C. 1985)

- Eritoplasia: es mucho menos frecuente que la leucoplasia pero con mayor potencial maligno. Se plantea que es una lesión eritematosa de la mucosa de superficie lisa o algo sobre elevada, que no regresa tras el tratamiento médico (Santana J.C.2002).

La eritoplasia es la manifestación más temprana y más consistente de carcinoma escamoso de la cavidad bucal.

Clínicamente se caracteriza por una lesión asintomática de aparición inocua de color rojo, de aspecto inflamatorio, en una mucosa generalmente atrófica y que puede o no acompañarse de un componente leucoplásico.

Muchos estudios han confirmado que esta lesión constituye la fase más precoz del carcinoma de la boca y orofaringe en el mundo industrializado, particularmente en fumadores y bebedores.

El carácter eritoplásico de la lesión parece estar relacionado a una proliferación vascular submucosa inducida por el tumor y a una reacción inflamatoria del huésped llamada también barrera inflamatoria reactiva. Esto no es más que el reflejo de la angiogénesis tumoral y la reacción inmunológica antitumoral (14).

Según la OMS se clasifican en:

- Homogénea, aparece como una lesión roja brillante, aterciopelada y suave, con bordes bien definidos.
- No homogéneas, mezclada con leucoplasias, en las cuales las áreas eritematosas son irregulares y a menudo no tienen un color rojo brillante como la homogénea, se ven con más frecuencia en la lengua y suelo de boca. Lesiones rojas suaves que están ligeramente elevadas, de superficie granular o finamente nodular moteadas con placas blancas y muy pequeñas. (Colectivo de autores.2003, Santana J.C. 1985,Szpiriglas, H. 2013)
- Paladar del fumador invertido

El paladar duro se muestra con una marcada queratosis, que está dado por la introducción esporádica o periódica del extremo encendido del cigarro, cosa que no es muy común en Cuba, a diferencia de ciertos países de Asia Antillas Menores y de la costa

atlántica de Panamá y Colombia. También se pueden producir lesiones similares en la parte posterior de la lengua. (Borrello, E.D. 2010)

- Liquen Plano: es una enfermedad inflamatoria y eruptiva de la piel, pruriginosa, de marcha cónica o subaguda que puede involucrar las mucosas, sobre toda la bucal.

Su etiología no está definida, pero si está relacionada con estados nerviosos, depresivos, infecciones, trastornos metabólicos y endocrinos o con reacciones de hipersensibilidad retardada. Algunos autores plantean que la enfermedad es más común en la boca que en la piel. La lesión bucal más característica es en forma de trama, se presenta en forma de líneas de color blanco azulado, muy finas y constituyendo un ligero relieve sobre el plano de la mucosa. Dichas líneas presentan trayectos que forman mallas más o menos tupidas entre las que se mantienen áreas centrales de mucosa de apariencia normal. Se puede presentar además con otros aspectos, anular, puntiforme, en placa, dendríticas y erosiva, esta última es la más peligrosa. (Szpiriglas, H. 2013, Borrello, E.D. 2010,Montanga F. 2000)

- Papilomatosis florida: es una rara afección de la cavidad bucal, se halla constituida por múltiples formaciones confluentes que se proyectan en forma exuberante, tiene una ancha base de implantación y ofrece un aspecto de coliflor. No se considera una neoplasia, sino una hiperplasia inflamatoria debida a diversos factores irritantes como el trauma protésico, la masticación del tabaco y la sepsis bucal. Generalmente crece sobre una mucosa atrófica. Es más frecuente en los hombres de avanzada edad. Se muestra con formaciones papilomatosas múltiples, de igual color o más rojiza que la mucosa circundante, de consistencia blanda o duro elástica.
- Mucosa atrófica de la boca: debida, sobre todo, a estados carenciales como la anemia y la avitaminosis, constituye un terreno predisponente para la aparición de un CEB. Entre los variados síntomas de la deficiencia de vitamina B, el más prominente es la inflamación crónica de las mucosas, y estas deficiencias nutricionales producen atrofias de las papilas de la lengua que originan, en ocasiones, fisuras y alteraciones.

Todos estos cambios degenerativos son irritantes crónicos, que definitivamente se convierten en elementos carcinógenos. (Borrello, E.D. 2010,Santos M. 1999) La lengua se presenta roja lisa depapilada, con irritaciones en la punta y bordes laterales, con aspecto atrófico, así como color pardo con tendencia al azul rojizo. (Szpiriglas, H. 2013)

- Nevus de la mucosa bucal: estos no están relacionados causalmente con los CEB, pero ciertos tipos pueden ser predecesores de melanomas de la mucosa bucal. (Borrello, E.D. 2010)

Es una forma limitada de la piel o las mucosas, su origen es, por lo general, congénito. Se considera más que una neoplasia una malformación. El nevus se clasifica en dérmico, conjuncional o dermoepidérmico, compuesto, azul, léntigo y esfélides.

En la boca los nevus o lunares se pueden encontrar en forma de una mancha melánica, limitada y asintomática, de color negro o pardo azulado. Afecta a ambos sexos a cualquier edad. No siempre la presencia de una mancha melánica con aspecto nevoide es un nevus, pero por la peligrosidad de un grupo de nevus de la cavidad bucal de convertirse

en melanomas, se recomienda la exéresis preventiva de toda lesión névica de la boca. (Szpiriglas. 2013,Borrello, E.D. 2010)

Fibrosis submucosa bucal: es una rara afección de la boca que se caracteriza por una atrofia epitelial, acompañada de una dureza o rigidez de la submucosa y una decoloración peculiar. El color blanco opaco de la mucosa y la pérdida de todas las papilas de la lengua, son frecuentes en estos pacientes. (Fernández P.F. 1997)

Epidemiología del cáncer bucal

El cáncer bucal es una enfermedad cuya prevalecía varía según los países, incluye el cáncer de labio, cavidad oral y bucofaringe.

En todo el mundo la proyección anual de casos nuevos de cáncer de cabeza y cuello es de aproximadamente 500 000. Los tumores malignos de la cavidad bucal al igual que los de otras partes del organis-mo, son capaces de dar al traste con la vida de los pacientes. Promedian una tasa bruta mundial de 9,2 en el hombre y de 3,2 en la mujer por 100 000 habitantes. (Ceballos S.A. 2011,Szpiriglas 2013)

En Cuba, el cáncer bucal se encuentra entre las 10 primeras causas de incidencia del cáncer en los hombres, el 4 % de todas las neoplasias malignas reportadas en este sexo. Del total de neoplasias malignas en Cuba, las bucales representan el 4,8% en el hombre y el 1,6% en la mujer. según estadísticas cubanas para las mujeres la aparición es más tardía que para los hombres, es decir de 50-70 años para el hombre y de 60-80 años para la mujer.3 Menos del 6 % aparece por debajo de los 40 años, y ya en la última década se han comenzado a diagnosticar con mayor frecuencia enfermos de la tercera y cuarta décadas de la vida (Borrello, E.D. 2010).

La mayoría de los cánceres de la cavidad bucal son carcinomas epidermoides. Este ocupa un sexto lugar de frecuencia y el de bucofaringe ocupa el quinto (Santana JC 1999,Cowan, C.G 1995). Generalmente es indoloro en sus comienzos y el compromiso ganglionar suele estar presente, dependiendo de la etapa de diagnóstico (Santana, J.C.1996, Santana JC 1999).

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, asociados con una probabilidad incrementada de experimentos sin daño a la salud. Estos factores pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daño de salud.7 En ocasiones, un factor de riesgo produce un resultado, pero la combinación de 2 o más factores aumenta la probabilidad de los resultados.

Comprender las causas del cáncer contribuirá a prevenirlo. Con frecuencia se cita a la edad como un factor de riesgo para sufrir cáncer oral, dado que la mayor parte del tiempo ocurre en personas mayores de 40 años (Nicot C.R.2001).

La edad de los pacientes diagnosticados puede indicar un elemento temporal en los procesos bioquímicos o biofísicos de las células en vías de envejecer que permite su transformación maligna o, tal vez, el que la competencia del sistema inmune decrezca con la edad. Sin embargo, es probable que el verdadero culpable sea el daño acumulativo

derivado de otros factores, como consumir tabaco. Por ejemplo, pueden transcurrir varias décadas de tabaquismo para que se precipite el desarrollo de un cáncer.

Usar tabaco en cualquiera de sus formas ocupa el primer lugar en la lista de los factores de riesgo. Por lo menos 75% de los enfermos consumen tabaco. Cuando Ud. combina el tabaco con un consumo excesivo de alcohol, su riesgo aumenta bastante, en la medida que ambos actúan de manera sinergística. Quienes fuman y beben encaran un riesgo de sufrir cáncer bucal 15 veces mayor que otras personas (Santana JC 1991,Sague S.G.A. 2009).

En esencia, el tabaco y el alcohol son factores químicos, aunque también pueden ser catalogados como componentes del estilo de vida, en la medida que se tiene cierto control sobre ellos. Por otro lado están los factores físicos como la exposición a la radiación ultravioleta. Ésta es una causa de los cánceres de labio, así como otros de la piel.

El cáncer labial es un cáncer bucal cuyas cifras han menguado en las últimas décadas. Es probable que esto sea consecuencia de una mayor conciencia sobre los efectos dañinos de exponerse prolongadamente a la luz solar, y del uso de los bloqueadores solares para protección (Cowan, C.G 1995).

Otro elemento físico es la exposición a los rayos X. Las radiografías que se toman periódicamente durante los exámenes, y en el consultorio dental, son seguras. Sin embargo, es necesario recordar que la exposición a la radiación es acumulativa a través de la vida. Se estima que es una de las causas de diversos cánceres de la cabeza y el cuello (Santana JC 1991).

Los factores biológicos incluyen a virus y hongos, que han sido encontrados en relación con los cánceres de la boca. Los virus papiloma humano [HPV] , particularmente HPV16 y 18, han sido implicados en algunos cánceres orales. HPV es un virus ordinario, transmitido sexualmente, que infecta a poco más o menos 40 millones de estadounidenses (Santana, J.C.1996,Santana JC,1999).

Hay aproximadamente 80 cepas de HPV, y se estima que la mayor parte son inocuas. Sin embargo, 1% de los infectados presenta la cepa HPV16, causa del cáncer cervicouterino, y que ahora se vincula con el cáncer oral también. Hay otros elementos de riesgo vinculados con los cánceres de la boca, pero falta mostrar en definitiva que participan en su producción. Tales factores incluyen al liquen plano, enfermedad inflamatoria de los tejidos blandos de la boca.

Algunos estudios indican que una dieta baja en frutas y vegetales puede ser un factor de riesgo y, a la inversa, otra abundante en tales alimentos puede tener un valor protector contra muchos tipos de cáncer (Cowan, C.G, 1995).

Prevención y diagnóstico temprano

La detección clínica temprana de un cáncer del complejo bucal depende de que el paciente sea examinado a tiempo y de que en dicha exploración la lesión sea certeramente valorada por el profesional. Las informaciones más recientes demuestran que de acuerdo con el nivel de conocimiento actual, la medida más eficaz para aumentar la curación del cáncer bucal es una terapéutica temprana, consecuencia de un diagnóstico de lesiones incipientes que se lleva a cabo mediante un examen sistemático y acucioso. (Sosa M. 2003, Santana, J.C. 1996, Organización Mundial de la Salud: 2012)

Con el fin de garantizar este examen a todas las personas, el Sistema Nacional de Salud, con su carácter preventivo curativo , se vale del Programa de Detección del Cáncer Bucal, (PDCB), recogido en el anexo 17del Programa Nacional de Estomatología 2002; y de obligatorio cumplimiento para los profesionales de esta especialidad.

Este tipo de programa no sólo se realiza en las clínicas y hospitales, también se ha llevado a los Consultorios del Médico de la Familia y a la comunidad en general. En su realización participan: el EGB, el EGI, estudiantes de Estomatología, técnicos en Estomatología, (futuros licenciados), apoyados por el médico de la familia y la enfermera del área correspondiente. Por lo anteriormente mencionado, es de vital importancia que dicho personal este debidamente preparado para reconocer y remitir a los individuos que presenten algunas de las lesiones en cuestión.

En Cuba desde 1982 se puso en marcha el PDCB, único en el mundo por su cobertura nacional, fundamentado en el examen anual del complejo bucal a toda la población mayor de 14 años que acuden a la consulta estomatológica, (pesquizaje pasivo), o que sean vistos en pezquizajes activos por el estomatólogo y el médico de la familia.

Al concluir el estudio se determina que el sexo mayormente afectado con lesiones malignas y premalignas es el masculino, y el grupo de edad más afectado es el de 31 a 59 años, los cuales tienen hábitos nocivos donde predomina el hábito de fumar; resultados que coinciden con estudios realizados anteriormente.

REFERENCIAS

Borrello, E.D.:"Algunos aspectos de la llamadas lesiones precancerosas de la mucosa bucal". RevAsoc Argent, 57: 131, 2010.

Bascones M.A, Bagan S.J.V, Bermejo F.A, Ceballos S.A. Lesiones precancerosas de la mucosa bucal. Primera edición. TII. Madrid Comité Editorial. 2005,3073-85.

Ceballos S.A. Procesos bucales que con mayor frecuencia pueden sufrir transformaciones malignas. Madrid. Editorial Jarpyo, 2011. 7-34.

Colectivo de autores. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003. P. 456- 77

Cowan, C.G, T.A. Gregg and F. Kee: "Prevention and detection of oral cancer", Br Dent, 179: 338, 1995

Fernández P.F. Análisis clínico-epidemiológico de lesiones premalignas de la cavidad bucal en el área de salud. Santiago de Cuba. 1997:32.

Kolokotrionis, A.V.ET.AL. : "Median Rhomboid Glossitis", Oral Surg, 78: 36, 2014.

Montanga F, Ferronato G, Martinelli F. Patología Orales Orientata Per Problema: Diagnosi diferénciale e terapia. Roma. EditorePromoass Management Asociativo srl, 2000.p.120-26.

Murphy G.P, Lawrence W Lewhard P.G. OncologiaClínica. Manual de la American CancerSociety. Segunda Edición. Estados Unidos. 2013. 45-70.

Nicot C.R, Delgado A.Y, Soto M.G. Factores de riesgo de las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. Revista Cubana de Estom. 2001, 32(2), 60-63.

Organización Mundial de la Salud: Programas Nacionales de prevención de cáncer, OMS, Ginebra, 2012.

Pinborg J.I. Cáncer y pre-cáncer bucal. Habana Editorial Científica, 2005. 48-71.

Robbins S.L, Cotran M.D, Patología estructural y funcional, tercera edición. TII. La Habana. Edición Revolucionaria: 1987. 759.

Rodríguez S.A. Enfoque de riesgo en la atención estomatológica. Revista Cubana de Estomatología. 2011, 34(1): 40-41.

Santana J.C. Atlas de Patología del complejo bucal, pp3 Ed. Científico técnica, La Habana, 1985.

Santana, J.C. Atlas de radiología de neoplasias de complejo bucal, Ed. Científico técnica, La Habana, 1996.

Santana JC, Delgado L, Miranda J. Algunos aspectos de las lesiones precancerosas de la cavidad bucal Rev. Cubana Oncol. 1999, 15(2): 114-18

Santana JC, Delgado L, Miranda J, Sánchez M. Programa nacional de detección del cáncer bucal. Resultados de 5 años de aplicación. RevCubanaEstomatol 1991, 28(2):83-92.

Santana J.C. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002.

Sague S.G.A. Evaluación de la calidad del Programa Nacional del Diagnóstico precoz del Cáncer Bucal. Santiago de Cuba, 2009: 34-35.

Santos M, Betancourt A. “Manual de terapéutica antimicrobiana en Estomatología. Temas de actualización”. Revista Cubana de Estomatología. 1999. 36 (2).p. 136-37.

Sosa M, González R, Gil E. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003. P. 456- 77

Szpiriglas, H.:”Detection of oral cancers and current conception of precancerous conditions”, Rev Prat, 45:831, 2013.

MORTALIDAD POR CÁNCER BUCAL EN LAS TUNAS ENTRE 2015 - 2018

ORAL CANCER MORTALITY IN LAS TUNAS BETWEEN 2015 – 2018

Marcial Manuel Pérez Just marcialpj@nauta.cu, marcialmpj@gmail.com

José Luis Acuña Pérez joselap@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional y descriptivo en la provincia Las Tunas acerca de la mortalidad por cáncer bucal en los años 2015, 2016, 2017 y 2018. Los resultados obtenidos muestran una alta incidencia en los pacientes del sexo masculino en las edades mayores de 40 años. La localización más frecuente estuvo en la lengua, paladar, parótida, y suelo de boca. Se muestra la estadística de los fallecidos en la provincia desglosados por municipios, siendo los más afectados Las Tunas, Puerto Padre y Jesús Menéndez. El total de los pacientes controlados presentaron uno de los dos factores de riesgo estudiados: tabaquismo y alcoholismo.

PALABRAS CLAVES: Cáncer bucal, mortalidad, incidencia, factores de riesgo.

ABSTRACT

A descriptive observational study was carried out in Las Tunas province about the mortality of oral cancer in the years 2015, 2016, 2017 and 2018. The obtained results showed a high incidence in male patients in the ages older than 40 years. The most frequent localization was the tongue, palate, parotid gland and mouth floor. The statistic of the deceased is shown in the county; breakdown by municipalities, being the most affected ones Las Tunas, Puerto Padre and Jesús Menéndez.

All of the controlled patients presented one of the two studied factors of risk: smoking and alcoholism.

KEY WORDS: Oral cancer, mortality, incidence, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cáncer como un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis. (Rodríguez, 2015)

En Cuba, el cáncer bucal se mantiene entre las diez primeras localizaciones de tumores, en el año 2016 la tasa bruta de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe fue de 6,7 por 100 000 habitantes. (Zaldívar, 2014)

La frecuencia del carcinoma de la cavidad bucal varía enormemente de un país a otro. Su incidencia es mayor a partir de la sexta década de vida; según estadísticas cubanas para las mujeres la aparición es más tardía que para los hombres, es decir de 50-70 años y 60-80 años respectivamente. Menos del 6 % aparece por debajo de los

40 años y ya en la última década se han comenzado a diagnosticar con mayor frecuencia enfermos de la tercera y cuarta décadas de la vida. (Rodríguez, 2014)

El pronóstico del cáncer es pobre, a pesar de los avances en las terapias quirúrgicas y no quirúrgicas, cerca del 50% mueren dentro de un período de 5 años después de ser diagnosticado, lo cual empeora considerablemente el pronóstico y la supervivencia de los pacientes, desafortunadamente el cáncer bucal, en la mayoría de los casos es detectado en estadíos tardíos, donde ya ha invadido estructuras vecinas, comprometiendo el estado general de salud y metastizando a distancia. (Sánchez, 2018)

Según la Organización Mundial de la Salud las tasas de mortalidad por cáncer bucal muestran que en 50 países el sexo masculino es el más afectado y la mayoría de los casos se presentan en personas mayores de 40 años. Se prevé que en el período de 2007 a 2030 la mortalidad por cáncer se incremente entre 7 y 17 millones de casos en el mundo, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento poblacional. En Estados Unidos se informan anualmente 30 000 nuevos casos de cáncer orofaríngeo (3 de cada 100 personas). (Martín, 2017)

Diversos estudios han mostrado que los principales factores de riesgo asociados al carcinoma espinocelular o de células escamosas 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. (Valentín, 2017)

El 95% de los pacientes con carcinoma bucal son fumadores inveterados, por lo que en ellos es 4 veces mayor el riesgo de padecer esta neoplasia. (Miranda, 2010)

Nuestro propósito no es hacer aportes relacionados con el tema pero si analizar las estadísticas de la provincia de los años antes mencionados y así trabajar en la detección y prevención de este flagelo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y descriptivo de la mortalidad por cáncer bucal en la provincia Las Tunas, en los años 2015, 2016, 2017 y 2018. El universo estuvo constituido por los pacientes remitidos de clínicas estomatológicas y por el médico de familia a la consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital Ernesto Guevara con algún tipo de lesión pre maligna o maligna. La muestra fueron los pacientes fallecidos. Criterios de inclusión: Pacientes de todas las edades remitidos a consulta de Cirugía Maxilofacial remitidos de las clínicas o áreas de salud. Criterios de exclusión: No existieron criterios de exclusión.

Los datos de la población y de la mortalidad se obtuvieron del Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadísticas de la República de Cuba (ONE) y la dirección sectorial de salud de la provincia Las Tunas. Las variables utilizadas fueron: años, edad, sexo, región anatómica y municipios. La información se procesó a través del paquete estadístico SPSS versión 11.0 para lo cual se utilizó un

microprocesador Pentium IV, con ambiente de Windows 10. Se obtuvieron las tablas y gráficos correspondientes al estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO NO.1: DISTRIBUCIÓN DE FALLECIDOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS

GRUPOS ETARIOS	FALLECIDOS	%
41-50	7	7.1
51-60	24	24.2
61-70	30	30.3
71-80	26	26.3
MÁS DE 80	12	12.1

El total de fallecidos por cáncer bucal durante el periodo en estudio en nuestra provincia fue de 99 pacientes, cifra bastante elevada y por consiguiente muy negativa teniendo en cuenta la existencia e implementación en el país del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal; siendo los grupos etarios más afectados el de 61-70 años, seguido por el de 71-80.



CUADRO NO.2: DISTRIBUCIÓN DE FALLECIDOS SEGÚN SEXO

SEXO	FALLECIDOS	%
MASCULINO	83	83.8
FEMENINO	16	16.2

Al estudiar los resultados de la figura 2 apreciamos que con respecto al sexo, el más afectado fue el masculino para un 30,3%. Resultados similares fueron obtenidos por Rodríguez (2001-2010). La sobremortalidad masculina es también una característica en

común con otras regiones del planeta y puede constituir una confirmación de que la exposición a los factores de riesgo pudiera ser diferente en un sexo con respecto al otro, además de las características epidemiológicas de los tipos de cánceres según localización, que los afectan de manera específica. (Sansó, 2010)

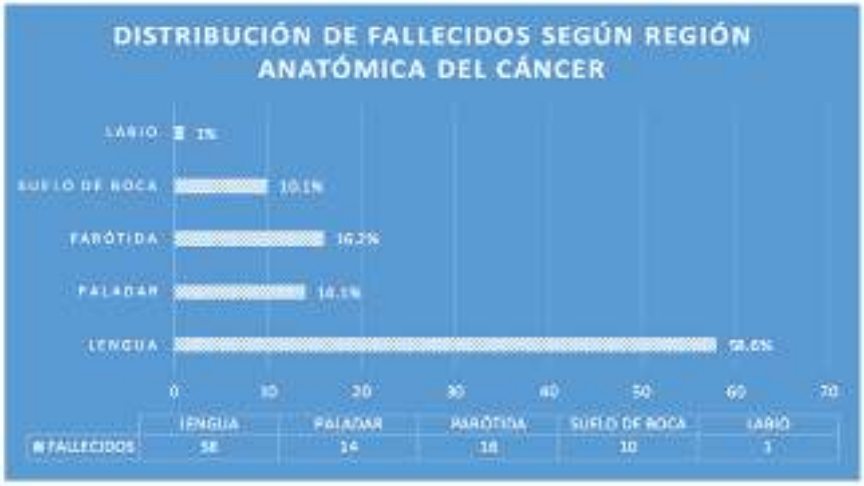


CUADRO NO.3: DISTRIBUCIÓN DE FALLECIDOS SEGÚN REGIÓN ANATÓMICA DEL CÁNCER

REGIÓN ANATÓMICA	FALLECIDOS	%
LENGUA	58	58.6
PALADAR	14	14.1
PARÓTIDA	16	16.2
SUELO DE BOCA	10	10.1
LABIO	1	1

La región anatómica más afectada fue la lengua con 58 pacientes, lo cual, según Rodríguez (2001-2010), tiene que ver en gran medida a que el 50 % de los carcinomas de lengua ya han hecho metástasis una vez diagnosticados; disminuyendo considerablemente un buen pronóstico para los pacientes que lo padecen, así como su esperanza de vida. Las diferencias entre las localizaciones coinciden con lo planteado en la literatura al respecto, Peña9 destaca en su estudio que el cáncer bucal se localiza con gran frecuencia en la lengua. Además, cita a González-Botas quien destaca que las localizaciones más frecuentes fueron el borde lateral de la lengua móvil, el suelo de la boca y el trígono retromolar. Esto coincide con lo planteado por el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral, donde se plantea que en Cuba la localización más frecuente es la lengua. Sin embargo, estos resultados no son similares a los

encontrados por Rodríguez (2001-2010), pues los pacientes fallecidos por cáncer bucal de lengua representaron el 28.5% del total.



CUADRO NO.4: DISTRIBUCIÓN DE FALLECIDOS SEGÚN REGIÓN DEMOGRÁFICA

MUNICIPIOS	FALLECIDOS	%
TUNAS	30	30.3
PUERTO PADRE	21	21.2
JESÚS MENÉNDEZ	16	16.1
MAJIBACOA	8	8.1
JOBABO	6	6.1
COLOMBIA	6	6.1
MANATÍ	4	4
AMANCIO	8	8.1

La gráfica No.4 representa la distribución de los pacientes fallecidos según municipio, donde observamos que el más afectado fu el municipio Tunas con 30 pacientes, seguido por Puerto Padre y Jesús Menéndez con 21 y 16 respectivamente.



CONCLUSIONES

La mortalidad por cáncer bucal en la provincia Las Tunas en los años 2015, 2016, 2017 y 2018 fue de 99 pacientes. La población más afectada fue la de 61-70 años. La mayoría de los pacientes fallecidos fueron del sexo masculino. Las regiones más afectadas fueron: lengua, suelo de boca y parótida. Los municipios con más fallecidos fueron: Las Tunas, Puerto Padre y Jesús Menéndez.

REFERENCIAS

Rodríguez Soto Agustín, Fernández Collazo María Elena, Vila Morales Dadonim, Vigo Campbell Martha, Robaina Consuegra Pedro Luis. Mortalidad por cáncer bucal en La Habana, 2001-2010. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2015 [citado 2019 Mayo 06] ; 52(Suppl 1): 11-20. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000500003&lng=es.

Zaldivar Pupo Olga Lilia, Leyva Infante Maité, Castillo Santiesteban Yanet, Machado Cuayo Madelín, del Toro Chang Kenia de la Caridad. Comportamiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en la Clínica Artemio Mastrapa. Holguín, 2015. ccm [Internet]. 2017 Sep [citado 2019 Mayo 06] ; 21(3): 786-797. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300015&lng=es.

Rodríguez Ricardo Emilio, Santana Fernández Kadir Argelio, Fong González Yaivet, Rey Ferrales Yusleine, Jacas Gómez Manuel Jesús, Quevedo Peillón Karelia. Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal. AMC [Internet]. 2014 Dic [citado 2019 Mayo 06] ; 18(6): 642-655. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000600007&lng=es.

Sánchez Rosell Pedro Eladio, Suárez Quintero Catherine, Machado Mora Yaimara, Hernández Legrá Patricia, Sánchez Laffita Pedro Eladio. Comportamiento de cáncer bucal en el Hospital General Docente "Octavio de la Concepción de la Pedraja". Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 [citado 2019 Mayo 06] ; 97(Suppl 1): 430-438. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000700430&lng=es.

Martín OR, Valladares MB, Ranerol BG, Paz LG. Pronóstico de incidencia y mortalidad del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. 2017 Jul [cited 2019 May 6];54(3):1–11. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126336761&lang=es&site=ehost-live.

Valentín González Federico, Rodríguez González Gloria María, Conde Suárez Heberto Fidencio, Vila Morales Dadonim. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2017 Abr [citado 2019 Mayo 06] ; 39(2): 245-258. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200010&lng=es.

Miranda Tarragó Josefa Dolores, Fernández Ramírez Lourdes, García Heredia Gilda L, Rodríguez Pérez Irene, Trujillo Miranda Eglys. Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana. 1999-2006. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 Dic [citado 2019 Mayo 06] ; 47(4): 381-391. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000400001&lng=es.

Sansó Soberats FJ, Alonso Galbán P, Torres Vidal RM. Mortalidad por cáncer en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2010 [citado 2019 Mayo 06];36(1):78-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100009&lng=es.

Peña Gonzales A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev Cubana Estomatol [serie en internet]. 2006 [citado 2019 Mayo 06];43(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_1_06/est03106.htm

Colectivo de autores. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población, ECIMED, La Habana, 2011.

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON ALVEOLITIS DENTAL DEL POLICLÍNICO MANUEL AQUILES ESPINOZA SALGADO

CHARACTERIZATION OF THE PATIENTS WITH DENTAL ALVEOLITIS IN POLICLINIC AQUILES ESPINOZA SALGADO

Maricela González Dominguez mary.gd@nauta.cu

Luis Alberto Jeffers Duarte jefer@nauta.cu

Moraima Rivas Mojena

RESUMEN

La alveolitis es la complicación postoperatoria más común en la cicatrización de las heridas por extracciones dentales. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y corte transversal en pacientes atendidos en urgencias estomatológicas del Policlínico Docente Manuel Aquiles Espinoza Salgado, ubicado en la provincia Las Tunas en el período de estudio desde septiembre de 2018 hasta febrero del 2019, con el objetivo de caracterizar el comportamiento epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de Alveolitis dental. El universo estuvo conformado por la totalidad de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en dicha unidad y periodo de tiempo y la muestra por 50 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. El grupo de edad más representado fue el de 41 -59 años, predominando el sexo femenino, la clasificación clínica de mayor frecuencia fue la Alveolitis húmeda y como factores de riesgo de la enfermedad predominaron la zona operatoria posteroinferior, la higiene bucal deficiente, las infecciones previas, el trauma operatorio y el sexo femenino y la terapia hormonal.

PALABRAS CLAVES: Comportamiento epidemiológico; Alveolitis dental; Alveolitis húmeda; factores de riesgo.

ABSTRACT

The alveolitis is the most common postoperative complication in the scaring of the wounds for dental extractions. It was carried out an observational, descriptive study and traverse court in patients that received stomatological urgencies attention in the policlinic “Manuel Aquiles Espinoza Salgado" in Las Tunas, during the period from September 2018 to February 2019, with the objective of characterizing the epidemic behavior of the patients with diagnostic of dental Alveolitis.

The universe was conformed by the entirety of patients assisted in the service of urgencies in this unit and period and the sample for 50 patients that completed the inclusion approaches. The represented age group was that of 41 -59 years, prevailing the feminine sex, the clinical classification of more frequency was the humid Alveolitis and risk´s factors that more impacted were the area operative posteroinferior, the bad buccal hygiene, previous infections, operative trauma and the feminine sex and the hormonal therapy .

KEY WORDS: Epidemic behavior; Dental Alveolitis; Humid Alveolitis; risk factors.

INTRODUCCIÓN

Las afecciones bucales por su alta prevalencia, constituyen un importante problema de salud y fuerte impacto sobre el individuo, la familia y la comunidad. (Rocha, 2014)

Hace varios años, a escala mundial, gran cantidad de investigadores se han dado a la tarea de estudiar, analizar, prevenir y curar las complicaciones mediatas e inmediatas de la exodoncia. (González, 2017)

La alveolitis es una complicación postoperatoria que acontece tras la extracción dentaria, de afectación local, que produce la inflamación del alveolo. Muchas clasificaciones, descripciones e interpretaciones de la alveolitis se han reportado a través de los años y estas difieren según sus autores, llegando a referirse hasta 18 diferentes sinónimos, siendo los más usados la alveolitis seca dolorosa, alveolalgia, osteítis alveolar y alveolitis fibrinolítica, alveolitis séptica, alvéolo doloroso o dolorido, alvéolo necrosado o necrótico, osteomielitis focal y síndrome osteomielítico post extracción. (López, 2010)

La clasificación clínica de la alveolitis difiere según los autores. Se agrupa generalmente en: Osteítis alveolar seca y Osteítis alveolar húmeda o supurada. (Velástegui, 2016)

Clínicamente podemos observar un alveolo sin coágulo en el interior, lleno de restos alimenticios, con una halitosis importante y con cierta limitación a la apertura bucal, también puede encontrarse hueso desnudo con gran sensibilidad o coágulo necrótico que al ser irrigado o desplazado muestra las paredes desnudas e hipersensible. (García, 2016)

Se considera que la alveolitis es una afección multifactorial, que los agentes incriminados son numerosos y que pueden tener una incidencia variable en la patogenia del proceso. (Berrio, 2014)

Deben ser reconocidos como posibles factores desencadenantes en la aparición de una alveolitis la realización de maniobras bruscas como la aplicación repetida de elevadores, realización de osteotomías sin irrigación o cureteados excesivos. La existencia de infección periapical constituye otro factor a tener en cuenta, así como la inadecuada irrigación sanguínea del alveolo, también los pacientes con paredes alveolares osteoescleróticas a causa de una infección crónica están predispuestos a presentar una alveolitis. De igual manera el uso excesivo de anestésicos puede contribuir al déficit de irrigación sanguínea en la zona. Determinados hábitos pueden contribuir a la instalación del proceso infeccioso como el hábito de fumar y la realización de enjuagues bucales abundantes y repetidos que dificultan la adecuada formación del coágulo sanguíneo y por tanto la cicatrización. (González, 2013)

Para el tratamiento, algunos cirujanos utilizan irrigación, anestesia local, curetaje del alveolo para inducir la formación de otro coágulo, curas locales intraalveolares de sustancias antibióticas, anestésicas, analgésicas o antiinflamatorias para el tratamiento del dolor, que se sustituyen cada 2 a 3 días con una nueva colocación del material en el alvéolo, pero la posibilidad de reacción a un cuerpo extraño ha hecho que tales prácticas caigan en desuso. Además, puede indicarse farmacoterapia con antibióticos, analgésicos poderosos y antihistamínicos, de acuerdo con el criterio del profesional. (Pacori, 2015)

La frecuencia de aparición varía entre el 1 y 4 % de todas las extracciones dentales, y puede llegar del 20 al 30 % en terceros molares mandibulares, reduciendo

temporalmente la calidad de vida del paciente debido a que cursa con un fuerte dolor. (Requena, 2014)

En el Caribe esta enfermedad se ha presentado en un 9.1 %, Asia (7.6%), América Latina (10.5%), Europa (5.4%) y en América del Norte (7.3%).También se pueden evaluar diferencias importantes, en cuanto al continente americano entre el norte y el sur, donde la diversidad de la afección varía de acuerdo a las características demográficas y áreas geográficas entre diferentes países, con una diferencia de 3.2%.5En el caso de América Latina y el Caribe esas diferencias pueden ser grandes, por ejemplo Barbados, Argentina, Venezuela presentan aproximadamente del 12-15 % de la afección. En Cuba las cifras se han reportado en este rango, sin embargo, en estudios realizados en países como Guatemala, Bolivia, Haití y Perú la frecuencia de aparición de la osteítis alveolar se ha referido en un margen muy amplio, desde el 1 % hasta el 70 %.

La alveolitis se encuentra entre los problemas de salud que la Dirección Nacional de Estomatología en Cuba, en coordinación con la Unidad de Análisis y Tendencia de Salud y la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud Pública, orientan vigilar estrechamente a través de centros centinelas y mediante informes de periodicidad mensual. (Bestard, 2016)

En Cuba, debido al alto grado de calificación de los profesionales y al grado de organización que han alcanzado los servicios estomatológicos, las cifras de prevalencia de alveolitis son del 3 al 4 % en la población que se realiza extracciones, cifras determinadas a través de sitios centinelas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica. (Guerra, 2018)

A pesar de ser reconocida la alveolitis dental como uno de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias en la provincia Las Tunas no se encuentran suficientes investigaciones epidemiológicas respecto al tema. Con el objetivo de describir el comportamiento epidemiológico de la alveolitis dental, se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal a pacientes atendidos en urgencias estomatológicas del Policlínico Docente Manuel Aquiles Espinoza Salgado en el período de estudio desde septiembre de 2018 hasta febrero del 2019. El universo de estudio estuvo constituido por los pacientes atendidos en urgencia en la unidad y la muestra por 50 pacientes con diagnóstico de alveolitis que cumplieron con los criterios de inclusión.

Para dar cumplimiento a los objetivos trazados se les realizó el examen físico intraoral a la totalidad de los pacientes en el sillón dental, auxiliados de instrumental de diagnóstico (compuesto por espejo bucal plano, pinza para algodón y explorador) y guantes estériles; pidiendo su consentimiento para participar en la investigación por escrito.

El diagnóstico de esta lesión estuvo dado por las características clínicas de la misma, así como los síntomas manifestados en el momento del interrogatorio y llevados por el estomatólogo a un modelo de recolección de datos, confeccionado por la autora.

La identificación de los factores de riesgo se realizó a través de una encuesta que completó el paciente de forma escrita y a través de la información obtenida de la Historia Clínica Individual confeccionada al paciente.

Se estudiaron las variables: edad, sexo, forma clínica, tiempo de aparición, uso de terapia antibiótica profiláctica y factores de riesgos. Los factores de riesgos analizados fueron: edad avanzada, sexo femenino, uso de terapia hormonal, zona operatoria, el consumo de tabaco, trauma operatorio, la higiene bucal deficiente, infecciones previas, el uso de anestésicos, uso de irrigantes locales y enfermedad sistémica.

Frecuencia de aparición de alveolitis dental según edad y sexo.

Se puede apreciar que en el presente estudio, de los 50 pacientes estudiados, 35 pertenecen al sexo femenino y 15 al masculino para un 70% y 30% respectivamente del total. El grupo de edad más afectado fue de 41-59 años con 36 pacientes para un 72%, seguido del grupo de 60 y más representando el 16% y el de 20-40 con 12%; no se diagnosticaron pacientes de 0-19 años. (Upadhyaya & Humagain, 2010) plantean que la edad constituye un factor de riesgo para la osteítis alveolar, basados en la teoría de que al paso de los años el trabeculado óseo aumenta, el hueso se hace más denso y por tanto menos vascularizado.

Respecto al género, se encontró que las féminas estuvieron más afectadas que los masculinos; lo que puede estar relacionado con las variaciones hormonales significativas que sufre este sexo durante procesos fisiológicos como la ovulación, la menstruación y la menopausia; así como el uso de anticonceptivos a base de hormonas. Un estudio realizado por (Serratí et al., 2006) se evidenció que las mujeres que se encontraban entre la segunda y tercera semana de su ciclo menstrual presentaban una mayor incidencia de alveolitis, independientemente de si usaban o no anticonceptivos orales.

Cuadro No. 1: Sobre la frecuencia de aparición según edad y sexo al diagnóstico de la enfermedad.

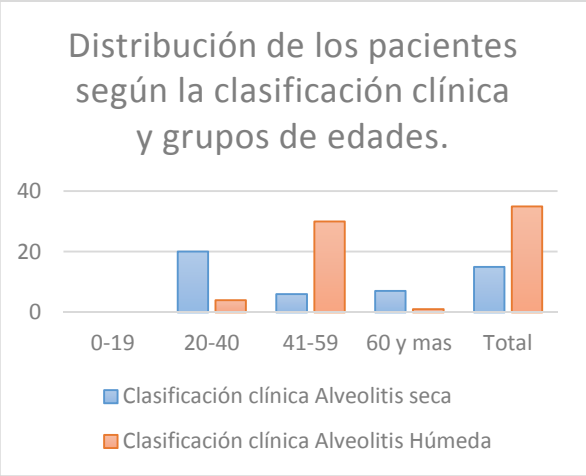
	SEXO					
GRUPO DE EDAD	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
0-19	0	0	0	0	0	0
20-40	4	8	2	4	6	12
41-59	25	50	11	22	36	72
60 y mas	6	12	2	4	8	16
Total	35	70	15	30	50	100

Fuente: Historia Clínica Individual y Encuesta.

Frecuencia de aparición de alveolitis dental según la clasificación clínica y grupos de edades.

Al estudiar los resultados de la figura 1 llegamos a la conclusión que la forma clínica que predominó fue la Alveolitis dental húmeda, diagnosticada en 35 casos, lo que representa el 70% del total, de ellos 30 pacientes corresponden al sexo femenino en el grupo de 41-59 años para un 60% de la muestra. En el grupo de edad de 60 años y más predominaron las Alveolitis secas, lo que puede estar justificado por la disminución de la irrigación sanguínea y el adelgazamiento del ligamento radicular a medida que aumenta la edad. Estos resultados son similares a los obtenidos por Pacori (2015) donde en los pacientes mayores de 60 años prevaleció la alveolitis seca.

Figura No. 1. Sobre la frecuencia de aparición de alveolitis dental según la clasificación clínica y grupos de edades.



Fuente: Historia Clínica individual y Modelo de recolección de datos.

Frecuencia de aparición de alveolitis dental según la zona operatoria afectada.

En el estudio se evidencia que existió un predominio de la zona de molares y premolares inferiores en la aparición de la Alveolitis dental representando el 68% y 26% respectivamente de la muestra. Guerra (2007) plantea que existe una relación de 10 veces mayor a presentar Alveolitis en terceros molares que en otros dientes extraídos quirúrgicamente. En el estudio solo se encontró un caso de alveolitis en la arcada superior para un 2% del total lo que podría atribuirse a que la maxila tiene una mejor irrigación, menor densidad ósea y mayor capacidad de producción de tejido de granulación.

Cuadro No. 2. Sobre frecuencia de aparición de alveolitis dental según la zona operatoria afectada.

ZONA OPERATORIA	No.	%
INCICIVOS SUPERIORES	0	0
INCICIVOS INFERIORES	0	0
PREMOLARES SUPERIORES	1	2
PREMOLARES INFERIORES	13	26
MOLARES SUPERIORES	2	4
MOLARES INFERIORES	34	68

Fuente: Historia Clínica individual y Modelo de recolección de datos.

Frecuencia de pacientes con Alveolitis dental según factores de riesgo y sexo.

Al analizar los resultados del Cuadro No.3 podemos observar que el factor más representado es la zona operatoria con 47 pacientes para un 94%, factor que se analizó anteriormente; le siguen la higiene bucal deficiente (86%) las infecciones previas (78%), el trauma operatorio (74%), el sexo femenino y la terapia hormonal (70%).

Las infecciones bacterianas, pueden estar presentes en forma de caries, focos de infección como pulpa necrótica, cálculos, inflamación gingival y abscesos periapicales. Sin embargo, estudios como los de Velástegui (2017) afirman que no existe relación significativa entre la caries, los focos de infección y los abscesos periapicales previo a la exodoncia con la Alveolitis como una complicación post cirugía.

Una técnica quirúrgica traumática favorece claramente este proceso, especialmente las maniobras violentas y la excesiva fuerza con los elevadores que producen lesiones de las trabéculas óseas. Estudios desarrollados en Cuba como los de Berrio (2014) y en otros países plantean que las extracciones traumáticas son la primera causa de esta complicación postoperatoria.

Resultados similares se obtienen en un estudio realizado por García (2013) donde se asocia una mayor frecuencia de la alveolitis, a mujeres que toman anticonceptivos orales

El tabaco es un factor de riesgo importante en la aparición de esta complicación estomatológica, ya que la nicotina produce vasoconstricción de los vasos periféricos y después de la exodoncia, el efecto mecánico de la succión durante la aspiración del humo puede favorecer el desplazamiento del coágulo. En este estudio el consumo del tabaco está presente en el 60% de los casos, representado en su mayoría por los hombres, En un estudio realizado por Del Toro (2016) se refiere al tabaquismo como el factor de riesgo predominante sobre todo al fumar después de la extracción lo cual produce una incidencia cuatro veces mayor de alveolitis que cuando no se fuma.

Cuadro No. 3. Sobre frecuencia de pacientes con Alveolitis dental según factores de riesgo y sexo.

	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
Factores de riesgos	No	%*	No	%*	No	%*
Edad avanzada	2	4	6	12	8	16
Sexo femenino y terapia hormonal	0	0	35	70	35	70
Zona operatoria	22	44	25	50	47	94
El consumo de tabaco	25	50	5	10	30	60
Trauma operatorio	23	46	14	28	37	74
Higiene bucal deficiente	33	66	10	20	43	86
Infecciones previas	19	38	20	40	39	78
Exceso de anestésicos	10	20	10	20	20	40
Uso de irrigantes locales	1	2	14	28	15	30
Enfermedad sistémica	15	30	6	12	21	42

Fuente: Encuesta e Historia Clínica Individual.

CONCLUSIONES

Existió un predominio del sexo femenino en la incidencia de la Alveolitis. El grupo de edad más frecuente fue de 41-59 años. La Alveolitis húmeda predominó en cuanto a clasificación clínica mientras que los pacientes mayores de 60 años presentaron mayor predisposición a presentar Alveolitis seca. Los factores de riesgo de la enfermedad que tuvieron mayor incidencia fueron la zona operatoria posteroinferior, la higiene bucal deficiente, las infecciones previas, el trauma operatorio y el sexo femenino y la terapia hormonal.

RECOMENDACIONES

El estudio epidemiológico de esta frecuente entidad puede abrir una línea de investigación encaminada a trazar estrategias de prevención e implementación de nuevos esquemas de tratamiento estomatológico para una recuperación más favorable para el paciente; por lo que se recomienda realizar estudios similares en otras instituciones del país que contribuyan a disminuir su incidencia.

REFERENCIAS

Bestard Romero J, Ocaña Fontela N, López Vantourt A C, García Fajardo I M, & Escalona Betancourt M. (2016). Alveolitis como urgencia estomatológica en el Policlínico Universitario "Josué País García". MEDISAN, 15(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600011&lng=es

Berrio Rey Y., Rey Ávila ME. , & Suárez Morales X. (2014). Alveolitis, factores que predisponen a su aparición. Revista Cubana de Estomatología, 8 (3)

Del Toro Gámez Y, Díaz del Mazo L; Ferrer González S, Céspedes Ruiz AA, González Mateo A. (2016). Eficacia del extracto fluido de Vimang® en el tratamiento de pacientes con alveolitis. Medisan; 18(9). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/SAN%2018%289%29/HTML/san01189.htm.

García A., Grana P., Sampedro F., Diago M., & Rey J. (2003) Does Oral Contraceptive use affect the incidence of complications after extraction of a mandibular third molar? British Dental Journal.; 26;1 94(8):453-5.

García González V, Solis Cartas U, & Ulloa Alfonso A. (2016). Incidencia de la alveolitis dental en pacientes con afecciones reumáticas. Revista Cubana de Reumatología [Internet].16 (1): Disponible en: http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/320

González García, D, Lugo Bencomo, L, Figueroa Andino, M, & Corrales Fonte, M. (2017) Incidencia de la alveolitis y principales factores asociados en pacientes mayores de 19 años. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, vol. 21(2)162-170.

González G, Montero ME. (2013). Estomatología General Integral. La Habana Editorial de Ciencias Médicas.

Guerra Lorenzo Y, Rodríguez Rodríguez A, Hernández Alemán E & Valdés Barroso L. (2018) La alveolitis dental en pacientes adultos del Policlínico René Bedia Morales. Municipio Boyeros. Revista Médica Electrónica, 40(6).

Lopes C, Rodrigues M, Ferreira O, Pompermaier G & Perri de Carvalho P. (2010) Clinical Concepts of Dry Socket. J Oral MaxillofacSurg; 68:1922-32.

Pacori Quispe, H. (2015). Hábitos nocivos y su influencia en la alveolitis en pacientes del centro de salud class Jorge Chávez Juliaca diciembre-febrero 2014 a 2015. Universidad de Juliaca, Perú.

Requena Calla, E. (2014). Eficacia del gel de clorhexidina intra-alveolar en la prevención de alveolitis seca posterior a la exodoncia quirúrgica de terceros molares inferiores. Universidad de Lima, Perú.

Rocha Navarro ML, Serrano Reyes S, Fajardo Araujo ME & Servín Zavala VHG. (2014).Prevalencia y grado de gingivitis asociada a placa dentobacteriana en niños. Nova Scientia.2014; 6(2):190-218. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?

Serratí S, Margheri F, Bruschi S, D'Alessio S, Pucci M, Fibbi G, Tonelli P & Del

Rosso M. (2006) Plasminogen activators and inhibitor type-1 in alveolar osteitis. Europe Oral Science 2006; 114: 500-3

Upadhyaya C, Humagain H. (2010) Prevalence of dry socket following extraction of permanent teeth at Kathmandu University Teaching Hospital (KUTH), Dhulikhel, Kavre, Nepal: A study. Katmandú Universidad Medica J (KUMJ); 8:18–24.

Velástegui Ochoa C & Sandoval Portilla FJ. (2017). Incidencia de la Alveolitis como una Complicación Post Extracción Quirúrgica en Pacientes Tratados en la Clínica Odontológica de la Universidad San Francisco de Quito. Odontoinvestigación 2(1). Disponible en: http://revistas.usfq.edu.ec/index.php/odontoinvestigacion/article/view/288/280

CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON PRÓTESIS DENTAL EN EL ADULTO MAYOR

KNOWLEDGE RELATED WITH DENTAL PROSTHESIS IN THE BIGGEST ADULT

Mayelin de la Caridad Suárez González mcsuarez@ltu.sld.cu

Yoanis Gutiérrez Olives

Josefa Navarro Nápoles josefa.navarro@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento acerca del uso, cuidado y conservación de las prótesis dentales en pacientes geriátricos necesitados o portadores de ellas pertenecientes al área de salud de la clínica estomatológica “3 de octubre”, en el período febrero – junio del 2019, respondiendo a la necesidad de aumentar el vínculo de la atención rehabilitadora protésica que se brinda en la institución con en el adulto mayor perteneciente a esta área de salud. En este marco se encuestó una muestra de 120 pacientes geriátricos pertenecientes a nuestro universo de trabajo; como resultado se encontró que existían pocos conocimientos por parte de los pacientes para mantener en buen estado los aparatos protésicos, alargar su vida útil y aumentar el bienestar bucodental como componente de la salud general.

PALABRAS CLAVES: paciente geriátrico; rehabilitación protésica.

ABSTRACT

It was carried out a traverse descriptive study with the objective of determining the level of knowledge about the use, care and conservation of the dental prótesis in patient needy geriatrics or payees of them belonging to the area of health of the clinical estomatológica "October 3", in the period February - June of the 2019, responding to the necessity of the bond of the attention rehabilitative protésica that you toasts in the institution increasing with in the bigger adult belonging to this area of health. In this mark a sample of 120 patient geriatrics belonging to our work universe was interviewed; as a result it was found that few knowledge existed on the part of the patients to maintain in good state the apparatuses protésicos, to lengthen their useful life and to increase the well-being bucodental like component of the general health.

KEY WORDS: patient geriatric; rehabilitation prosthesis teeth.

INTRODUCCIÓN

Las prótesis dentales constituyen una alternativa para la pérdida de la dentadura, pero aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos por el envejecimiento o por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas y los huesos de la cavidad bucal, y en especial a la aparición de lesiones que suelen variar, desde las más simples hasta las malignas, y causar un gran problema de salud para las personas y la sociedad. (Torres López, LB y col.2016)

El anciano tiene una fisiología diferente a la del adulto, ha perdido una parte de sus reservas y de su capacidad de adaptación, es más vulnerable a la agresión del medio y

la reducción de su plasticidad lo vuelve frágil. La asistencia a ancianos expuestos a riesgos de malnutrición o desnutrición en principio debe ser preventiva. Las alteraciones nutricionales en el anciano con frecuencia se encuentran ligadas a deficiencias bucodentales como parodontopatías, desdentamiento y prótesis defectuosas. (Pérez Hernández, Y y col 2016).

La función oral abarca una multitud de procesos altamente elevados, entre los cuales ocupa un lugar principal el mecanismo de la masticación; la presencia o ausencia de dientes afecta el proceso de deglución, respiración, estética, el habla se convierte en una tarea difícil y puede sobrevenir una actitud de retraimiento. Por ello, aquellas personas rehabilitadas deben ser educadas por el personal estomatológico para evitar que aparezcan las patologías para-protésicas que afectan en general todo el aparato masticatorio, pero los síntomas pueden predominar en aquellas partes en que las alteraciones, mal compensadas, se hacen evidentes a través de signos subjetivos (dolores, inflamación, prótesis movedizas o ineficaces, deficiencia estética) u objetivos (prótesis desajustadas, falta de altura facial, mala articulación e inflamación). (Nápoles González, IJ y col.2016).

> Los aspectos educativos refuerzan la importancia de preservar los tejidos periodontales, limitan la aparición de otras enfermedades bucodentales y orientan en el uso y mantenimiento de prótesis, a través de la adecuada modificación de conocimientos sobre salud bucal. (Navarro Nápoles J y col. 2015)

El uso de prótesis dentales en pacientes adultos mayores, constituye en la mayoría de los casos un riesgo para la salud bucal, cuando no poseen las herramientas de educación para la salud que le permitan su adecuado cuidado.

Las prótesis al actuar mecánicamente sobre los tejidos, dan lugar a cambios de diversas índoles que están en relación con la capacidad reaccional de los tejidos y la forma de agresión que ejerza la prótesis. Esos cambios son muy variados por presentarse desde simples modificaciones fisiológicas de adaptación hasta profundas alteraciones patológicas. (Pérez Hernández Y y col. 2016).

De ahí la importancia de crear modalidades de atención a este grupo poblacional que permitan resolver y conocer necesidades sociales, económicas y médicas, para garantizar una mayor y mejor adaptación de estos al medio que rodea. Por lo que se realizó este estudio que permitirá identificar el nivel de conocimiento acerca del uso, cuidado y conservación de las prótesis dentales.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, a pacientes geriátricos portadores o futuros portadores de prótesis, pertenecientes al área de salud de la Clínica Estomatológica “3 de octubre”, en las Tunas; durante el período febrero a junio del 2019 con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento acerca del uso, cuidado y conservación de las prótesis dentales. La muestra estuvo integrada por 120 pacientes portadores o futuros portadores de prótesis que cumplieron con los criterios de inclusión:

Para dar salida al objetivo del estudio, se tuvo en cuenta las siguientes variables:

a) Forma en que realizan la higiene de la cavidad bucal y de los aparatos protésicos

b) Frecuencia en que realizan la higiene de la cavidad bucal y los aparatos protésicos
c) Opinión sobre:
   - si las dentaduras lastiman las encías,
   - sobre si las prótesis provocan caries en los demás dientes
   - sobre si las prótesis con ganchos aflojan los dientes
   - sobre si las prótesis se gastan con el uso
   - sobre si las prótesis deben retirarse usando la lengua
   - sobre retirar las prótesis a la hora de acostarse
   - sobre si se debe visitar nuevamente al estomatólogo para eliminar las molestias causadas por las prótesis
   - Si se debe higienizar la boca cuando no se tiene dientes

Una sonrisa atractiva es la aspiración de la mayoría de los pacientes que precisan tratamiento protésico, por lo que es sumamente importante que haya armonía estética, sin descuidar los aspectos funcionales en la confección de las prótesis. (Nápoles González IJ y col. 2016)

Las personas rehabilitadas con prótesis dentales deben estar conscientes de lavarlas después de cada comida, cepillarlas con cepillo convencional y enjuagarlas bien con agua. (Rodríguez, V. 2016), (Gutiérrez Alcalá R. 2016)

La tabla 1 refleja la forma y frecuencia de la higiene en la cavidad bucal y los aparatos protésicos; solo 24 pacientes retiraban las prótesis y cepillaban con pasta tanto los aparatos como la boca con una frecuencia de 3-4 veces al día, el resto la realizaba de forma parcialmente correcta, solo 4 desdentados totales no realizaban la higiene bucal por desconocimiento.

Tabla 1 Forma y frecuencia de la higiene bucal y los aparatos protésicos.

Forma	Frecuencia (Veces)				Total	
	3 ó 4	2	1	0	No.	%*
Retiran las prótesis, la cepillan con pasta y se enjuagan la boca	14	24	-	-	38	31,6
Retiran la prótesis y cepillan con pasta tanto esta como la boca	24	50	4	-	78	65,0
No se higienizan la boca	-		-	4	4	3,3

* % en base al total de pacientes

Se observa resultados desfavorables, en estos aspectos de vital importancia para garantizar una salud bucal. Independientemente de la importancia que el paciente geriátrico le da al tratamiento estomatológico, no solo en nuestro medio, como cita Cardentley García *et al* en su investigación sino también en otros países, como lo

expresa el Dr. Perdomo en un estudio realizado en los Andes de Venezuela y la satisfacción que sienten con la atención recibida en los diferentes servicios estomatológicos, no se apropian de los conocimientos necesarios para mantener una salud bucal satisfactoria y libre de rehabilitación, de ahí la importancia de la labor educativa. (Cardentey García, J. 2011), (Espasandín González S y col.2015).

Estudios realizados por Navarro Nápoles, J corroboran los resultados obtenidos en nuestra investigación donde se plantea que la población anciana no tiene conocimiento correcto de cómo realizar la higiene de su boca y con que frecuencia, no saben auto cuidar su salud. Es importante señalar como se plantea en la literatura consultada que la labor educativa deber ser reforzada en el adulto mayor haciendo énfasis en el que va a hacer rehabilitado protésicamente pues en su nueva condición pueden aparecer lesiones que agraven su estado de salud y por ende su calidad de vida (Navarro Nápoles J. y col 2016), (Corona Carpio MH. 2017)

La consideración al respecto es que debe ser reforzada la labor educativa en cuanto a la forma y frecuencia del cepillado de las prótesis y la higiene bucal en este tipo de paciente al no ser un aspecto que se refuerza en las actividades educativas de la consejería de salud trayendo como consecuencia desconocimiento y la aparición de lesiones importantes que comprometen la zona de soporte de las prótesis, como es la pérdida ósea, que requiere tratamiento quirúrgico y puede provocar hasta una lesión pre maligna o maligna.

Es tan importante la higiene de la prótesis como de la propia boca; por tanto, se debe retirar la prótesis para dormir, a fin de que los tejidos descansen, al menos unas horas al día, de la presión que reciben. Mientras se mantenga la prótesis fuera de la boca, se aconseja conservarla en agua; de este modo se evitan golpes y deformaciones, al mismo tiempo que se hidratan y conservan mejor los materiales que la conforman. Así mismo, cuando el paciente se retira la prótesis, es aconsejable realizar masajes en las encías, de este modo se mejorará el riego sanguíneo, lo que hará que la reabsorción de los tejidos sea algo menor. (Rodríguez. 2016), (Torres López, LB y col 2016)

La tabla 2 refleja opiniones sobre el uso de los aparatos protésicos, planteando de forma correcta, en su mayoría que la dentadura no debe lastimar las encías, ni dejar caries en los demás dientes, sí creen que los ganchos aflojan los dientes, que las prótesis se gastan con el uso y que no deben retirarse con la lengua. Una vez adaptados a ellas solo un pequeño grupo se la retiraban para dormir y solo la mitad visitaron periódicamente al estomatólogo para su revisión.

Tabla 2. Opiniones sobre las prótesis

Preguntas	Respuestas					
	Si		No		No se	
	No	%	No.	%	No.	%
Las dentaduras lastiman las encías	54	45,0	62	51,7	4	3,3

Las prótesis dan caries en los demás dientes	36	30,0	68	56,7	16	13,3
Las prótesis con ganchos aflojan los dientes	54	45,0	38	31,7	28	23,3
Las prótesis se gastan con el uso	61	50,8	57	47,5	2	1,7
Las prótesis deben retirarse usando la lengua	26	21,7	86	71,7	8	6,6
Retira la prótesis a la hora de acostarse	64	53,3	56	46,7	0	0,0
Debe visitar nuevamente al estomatólogo	66	55,0	52	43,3	2	1,7

*

Los autores consideran que se puede afirmar que el desconocimiento sobre estos temas, persisten en la población geriátrica, pues el mayor número de la muestra refirió opiniones y creencias erróneas y tergiversadas en relación a las preguntas realizadas, coincidiendo con otras investigaciones referentes al tema tratado. (González Ramos, RM y col. 2013).

La tabla 3 refleja la actitud asumida por los encuestados ante la presencia de dolor o molestias que pueden causar los aparatos protésicos; el mayor número respondió se retiran la prótesis hasta que se les quite la molestia y después la colocan de nuevo, la minoría actúa de forma correcta visitando al estomatólogo inmediatamente, un menor número se la retiran y posteriormente visitan al estomatólogo, el resto tratan de arreglarla ellos mismos, esperan un tiempo con ella puesta a ver si la lesión desaparece y otros se la retiran definitivamente.

Tabla 3 Actitud ante el dolor o molestia

Situaciones	No. de pacientes	%
Visitan inmediatamente al estomatólogo	33	27,5
Se retiran las prótesis hasta que se les quite y después la colocan de nuevo.	40	33,3
Tratan de arreglarla ellos mismos	23	19,2
Esperar con ellas un tiempo puesta a ver si la molestia desaparece	4	3,3
Si los intentos por sentirse bien no dan resultado	4	3,3

retirar definitivamente la prótesis		
Se retira la prótesis y posteriormente va al estomatólogo	16	13,4

*

Es importante tener en cuenta la actitud de asumida ante el dolor o molestia provocada por la prótesis, ya que la mayoría de los sujetos tienen el criterio de retirarla hasta que desaparezca la lesión y en muchas ocasiones abandonan el tratamiento protésico dada la disminución de la capacidad adaptativa del adulto mayor, por lo que tenemos que ser capaces de orientarlos y educarlos con un trato afable y cariñoso ya que son los ancianos los que con mayor facilidad se sienten frustrados ante cualquier molestia. Los autores de este artículo concuerdan con los planteamientos de Álvarez Hernández *et al*, quienes elaboraron un plegable de autoayuda con vistas a lograr una adecuada salud bucal. (Álvarez Hernández, E y col. 2014)

Consideramos que la actitud asumida ante el dolor en estos pacientes se manifiesta en la mayoría de los casos de forma negativa siendo la solución más conveniente retirarse las prótesis sin realizar ningún esfuerzo para su mejor adaptación.

La tabla 4 refleja el conocimiento de los pacientes sobre los temas de las preguntas que se relacionan con la rehabilitación protésica y se observa que el mayor número de sujetos encuestados, poseen un conocimiento bajo en relación con la actitud asumida o en asumir como portadores o futuros portadores de la prótesis.

Tabla 4 Conocimiento de los pacientes sobre la rehabilitación protésica

	Cantidad de pacientes	%
Buen Conocimiento (14-15 Puntos)	8	6,6
Conocimiento medio (12-13 puntos)	12	10,0
Conocimiento bajo (10-11 Puntos)	56	46,7
Desconocimiento	44	36,7
Total	120	100,0

*

Al analizar los resultados sobre el bajo nivel de conocimientos acerca del uso, cuidado y conservación de las prótesis dentales para hacerlas más duraderas y prevenir las lesiones bucales producidas por los aparatos protésicos estos coinciden con lo planteado por (Navarro Nápoles,J. y col 2016) cuando se refiere al papel que debe de jugar la actividad educativa para la salud bucodental de nuestros ancianos. De esta forma estaremos alargando la vida útil de las prótesis previniendo que el paciente se enferme y realizando una promoción de salud que es nuestro principal objetivo.

CONCLUSIONES

Más de la mitad de los pacientes encuestados tiene desconocimiento de la forma y frecuencia con que debe realizarse la higiene de la boca y de los aparatos protésicos. Por lo que poseen bajo el nivel de conocimiento sobre el uso, cuidado y conservación de las prótesis dentales.

REFERENCIAS

Álvarez Hernández E, Ferrer García M, Franco Bravo Z. (2014) Propuesta de un plegable de autoayuda para la higiene de la prótesis dental. *Revista Cubana Tecnología Salud.* [citado 2019 Ene 26]; (Suplemento Especial II Convención "Tecnología y Salud"). Disponible en: http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/298/353

Cardentey García J, Trujillo Otero PE, Silva Contreras AM, Sixto Iglesias M, Crespo Palacios CL. (2011) Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río.* [citado 2019 Ene 20]; 15(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561 -31942011000200008

Corona Carpio Marcia Hortensia, Ramón Jiménez Ruth, Urgellés Matos Wiljer. Lesiones de la mucosa bucal en adultos mayores con prótesis dentales totales. MEDISAN [Internet]. 2017 Jul [citado 2019 Abr 24]; 21(7): 813-818. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700006&lng=es.

Espasandín González S, Reyes Suárez VO, Soler Gil M, Pérez Acosta K. 2015. Factores de riesgo asociados a la aparición de la estomatitis subprótesis. Rev MediMay; [citado 2019 Ago 12]; 21(1). Disponible en: http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/709

Gutiérrez Alcalá R. 2016. Salud bucal en adultos mayores, [citado 2019 Ago 12]. Disponible en: http://www.eluniversal.com.mx/articulo/cultura/patrimonio/2016/01/29/salud-bucal-en-adultos-mayores

González Ramos RM, Madrazo Ordaz DE, Osorio Núñez M.(2013) Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. *Rev Cubana Estomatol.* 2013 [citado 2019 Feb 20]; 50(3): 284-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300006&lng=es

Nápoles González IJ, Rivero Pérez O, García Nápoles CI, Pérez Sarduy D. 2016 Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. Rev Arch Med Camagüey. [citado 2019 Jul 19];20(2). Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2016/amc162h.pdf

Navarro Nápoles, Josefa, Rodríguez Carbonell, Tania, Corona Carpio, Marcia Hortensia, Áreas Arañó, Zulema, & Limonta Bandera, Luisa. (2016). Mantenimiento, manejo y cuidado de las prótesis dentales en pacientes atendidos en una consulta de estomatología general integral. *MEDISAN*, *20*(10), 2217-2223. Recuperado en 09 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001000004&lng=es&tlng=es.

Pérez Hernández Y, Pérez Ayala D, Milians Planes E, Zeida Díaz C, Vento Blanco Y. 2015 La rehabilitación protésica en las lesiones bucales del adulto mayor. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río. [citado 2019 Jul 19]; 19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100005

Rodríguez V. (2016) Prótesis dentales: cuidados y recomendaciones [citado 2019 Jul 19] Disponible en: http://odverorodriguez.com/blog/protesis-dentales-cuidados-y -recomendaciones/

Torres López LB, Torres Márquez PA, Bychko Trujillo N, Martín Jiménez M, González García DE. 2016. Funcionabilidad de las prótesis y su relación con las lesiones de mucosa. Rev Med Electrón. Portales Médicos.com [citado 2019 Jul 19]. Disponible en: http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/protesis-lesiones-de-mucosa/

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA DETERMINAR RIESGOS DE MALOCLUSIONES DENTARIAS DESDE LA DENTICIÓN TEMPORAL EN LA CARRERA ESTOMATOLOGÍA

EDUCATIONAL STRATEGY TO DETERMINE RISKS OF DENTAL MALOCCLUSIONS FROM THE TEMPORARY DENTITION IN THE CAREER DENTISTRY

Onnia Ramona Almaguer Labrada onnya@ltu.sld.cu

Yanet Amparo López Palma yant@ltu.sld.cu

RESUMEN

El propósito del presente trabajo fue la prevención de las maloclusiones a través de una estrategia educativa para estudiantes entre las edades de 6 a 12 años de la escuela José Mástrapa Melero de la comunidad de San José en la circunscripción 190 del área de salud policlínico Manuel Pity Fajardo del Consejo Popular 6, comunidad de San José del municipio Las Tunas, en el periodo de septiembre de 2018 a julio de 2019. Los principales métodos empleados fueron la observación a través del examen estomatológico, la encuesta, la revisión documental y el método estadístico para el uso de tablas y cálculo porcentual, se implementaron las acciones de la estrategia que tienen un carácter flexible y dinámico para perfeccionar la educación para la salud involucrándose además a profesores y padres, se evaluó el conocimiento de los estudiantes sobre hábitos bucales deformantes, acciones de prevención de las maloclusiones. Después de implementada la estrategia educativa se pudo constatar que se disminuyó de manera significativa, la presencia de hábitos bucales deformantes en los niños estudiados, lo que contribuye a la educación para la salud, la prevención de las maloclusiones y la salud bucal.

PALABRAS CLAVES: maloclusiones; prevención; estrategia.

ABSTRACT

The purpose of the present work was the prevention of the malocclusions through an educational strategy for students among the ages from 6 to 12 years of the school José Mantraps Melero of San José's community in the district 190 of the area of health policlinic Manuel Pity Fajardo of the Popular Council 6, community of San José of the municipality The Tuna, in the period of September of 2018 to July of 2019. The used main methods were the observation through the exam stemmatological, the survey, the documental revision and the statistical method for the use of charts and percentage calculation, the actions of the strategy were implemented that have a flexible and dynamic character to perfect the education for the health being also involved professors and parents, the knowledge of the students was evaluated on buccal deforming habits, actions of prevention of the malocclusions also. After having implemented the educational strategy you could verify that he/she diminished in a significant way the presence of buccal deforming habits in the studied children what contributes to the education for the health, the prevention of the malocclusions and the buccal health.

KEY WORDS: malocclusions; prevention; strategy**.**

INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ocupan el tercer lugar como problemas de salud oral, por lo que constituye una prioridad detectarlas y tratarlas adecuadamente. La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones, no ponen en riesgo la vida del paciente, pero su prevalencia e incidencia, son consideradas un problema de salud pública. (Talley M, 2007) Las maloclusiones son desviaciones de los dientes de su oclusión ideal, varía de una persona a otra en intensidad y gravedad. Supone una relación inarmónica de los huesos de la base del cráneo, bien por la alteración del hueso basal o del hueso alveolar, tanto mandibular como maxilar. Por ello, las maloclusiones implican a todas las estructuras del aparato estomatognático. (Otaño R, 2008).

Algunos autores clasifican estas maloclusiones como deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que pueden afectar su estética dentofacial, las funciones masticatorias o respiratorias, el lenguaje, el equilibrio físico o psicológico. El aspecto físico puede afectar hasta su manera de comportarse socialmente y los hacen manifestarse tímidos, retraídos y hasta agresivos. (Duque J, 2004).

El origen multicausal de las maloclusiones, así como su aparición desde edades tempranas, condicionan la necesidad de realizar trabajo preventivo. La oclusión y la estética imperan en todos los casos a tratar por el ortodoncista, el cual interviene con tratamientos que actúan sobre todos los componentes del sistema masticatorio. (Cepero Z, 2007).

Las causas que pueden originar alteraciones o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares, entre las que se encuentran elementos externos sobre los cuales se pueden actuar, las que han sido estudiadas y manejadas por autores y que, al conocerlos, se puede realizar una correcta prevención, tratar al paciente de manera integral, conociendo que es un ser biopsicosocial; dentro de estos, se pueden mencionar los hábitos bucales deformantes. (Borroto O, 2001).

Incidencias asociadas a factores de riesgos

Los hábitos deformantes que son causantes de maloclusión dentaria y que más frecuentemente se observan son: succión del pulgar u otros dedos, empuje o protracción lingual, respiración bucal. Con menos frecuencia se observan: succión o mordisqueo del labio (queilofagia), mordisqueo de uñas (onicofagia), entre otros (Quintana M, 2010). Por lo general estos hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que esta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del ortodoncista al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de estos hábitos antes mencionados. Es importante además la cooperación de los padres, pues la clave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padre e hijo, así como un tratamiento precoz para evitar las consecuencias indeseables de estos. (Medina GB, 2001).

Lo más significativo en la Estomatología General Integral (EGI) en Cuba resulta el énfasis en las acciones de educación sanitaria, la promoción de salud y la prevención de las enfermedades estomatológicas hacia el mantenimiento del individuo sano.

Dentro de la Estomatología es conocido que para el logro de la salud bucal, es importante el control de hábitos bucales deformantes (HBD) muy común en los niños y que puede considerarse normal hasta los 2 años y medio, después de esta edad debe eliminarse, ya que provocan deformaciones tanto en el orden biológico, psíquico, social como económico, por lo costoso de estos tratamientos, y por su repercusión en el desarrollo de maloclusiones

A pesar de los ingentes esfuerzos que ha realizado el MINSAP en cuanto a la prevención para la reducción de los problemas estomatológicos y dentro de ellos la eliminación de los hábitos bucales deformantes como factor principal de riesgo de maloclusiones, resulta evidente que aún se observa un incremento marcado en la práctica de estos por nuestros niños.

En el estudio realizado al grupo de niños en edades de 6-12 años de la escuela primaria. José Mástrapa Melero, por parte de los estudiantes de 4to año de la carrera Estomatología a partir de un examen estomatológico encontramos la presencia de maloclusiones dentales. Se determina como objetivo identificar los principales problemas de salud que afectan a los escolares con maloclusiones, a partir de un diagnóstico educativo sobre las necesidades de aprendizaje para elaborar acciones educativas que responda al diagnóstico realizado. Por estas razones consideramos necesario la intervención a través de una estrategia educativa.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de intervención educativa sobre la promoción y prevención en los niños que presentaron maloclusión de la escuela José Mástrapa Melero de la comunidad de San José en la circunscripción 190 del área de salud del policlínico “Manuel Pity Fajardo” Consejo Popular 6, del municipio Las Tunas, en el periodo comprendido entre septiembre-2018 a julio de 2019. De un universo de 139 estudiantes se seleccionó una muestra de 75. Se analizaron los variables: factores de riesgo de las maloclusiones, presencia de hábitos bucales deformantes, y comportamiento antes y después de la estrategia

Para darle cumplimiento a los objetivos propuestos se utilizaron los siguientes métodos: la observación a través del examen bucal, la encuesta, la revisión documental y el método estadístico para el uso de tablas y cálculo porcentual.

Se cumplió con los principios éticos de la investigación porque se contó con la aprobación de la dirección de la escuela, así como con el consentimiento de los alumnos y padres implicados.

Resultados y Discusión

Se presenta el resultado del examen estomatológico, y la encuesta en los escolares de 6 a 12 años de la escuela primaria José Mástrapa Melero de la comunidad de San José en la circunscripción 190 del área de salud del policlínico “Manuel Pity Fajardo” del municipio Las Tunas

Tabla # 1 Presencia de maloclusiones en niños de 6 a 12 años

Presencia de maloclusiones	Examen estomatológico No	%
Sanos	49	65,3 %
Con maloclusiones	26	34,7 %

Las maloclusiones más relevantes fueron en niños de 6 a 12 años con un 34,7%, los cuales son significativos respecto a la población estudiada, estos datos son semejantes al del estudio de (Díaz H, 2015)

Tabla # 2 Factores de riesgo de las maloclusiones en niños de 6 a 12 años

Factores de riesgo de las maloclusiones	Diagnóstico inicial No	%
Enfermedades	2	2,7 %
Herencia	6	8 %
Traumas	1	1,3 %
Hábitos deformantes	17	22,7 %

Al analizar los factores de riesgo de maloclusiones, se encontró que el 22,7 % de los niños eran portadores de hábitos bucales deformantes, coincidiendo con estudios de prevalencia realizados dentro y fuera de Cuba. (Esis I, 2013)

La mayoría de los estudios consultados demuestran que los hábitos bucales deformantes son el principal factor de riesgo para el desarrollo de maloclusiones en edades pediátricas. (Santiso C, 2011).

Tabla # 3 Comportamiento de los hábitos bucales deformantes antes y después de la estrategia educativa en niños de 6 a 12 años

Hábitos deformantes	Antes de estrategia No	%	Después de la estrategia No	%
Succión digital	11	14,7 %	2	2,7 %
Respiración bucal	3	4%	1	1,3%
Protracción lingual	0	0	0	0
Uso de biberón	2	2,7 %	0	0
Onicofagia	1	1,3 %	0	0
Queilofagia	0	0	0	0

En la tabla # 3 se observa el comportamiento de los hábitos bucales deformantes antes y después de la estrategia educativa. Al finalizar la misma, el 96 % de los niños no presentó el hábito, mientras que el 4 % lo mantuvo.

El hábito de succión digital es que más incide dentro de los hábitos deformantes, y este afecta tanto la estética como la función, provocando desplazamientos de los dientes superiores hacia delante, los inferiores hacia atrás y en muchos casos origina mordida abierta que, pueden llegar hasta el colapso maxilar y en consecuencia mordida cruzada posterior. (Sales S, 2010).

Es importante eliminar el hábito de forma eficaz y temprana, de manera que las alteraciones que se hayan podido producir como consecuencia del mismo tiendan a desaparecer espontáneamente

En estudios realizados por (Maya B, 2000) y (Conde HF, 2004) se logra una elevada reducción de la práctica de estos hábitos con el empleo de diferentes métodos educativos; de igual forma en nuestra investigación se lograron disminuir de forma efectiva los mismos.

Con la estrategia educativa se emprendieron acciones para la prevención de las maloclusiones como: identificar las necesidades de aprendizaje de los niños, proponer los cambios necesarios en la enseñanza, realizar exámenes estomatológicos más frecuentes, desarrollar una atención temprana, realizar preparación a padres y profesores, debatir videos a los niños, realizar intercambio de experiencias sobre la prevención de las maloclusiones dentales.

CONCLUSIONES

De la investigación realizada se identificó que un número importante de niños se encontraban afectados por las maloclusiones, siendo los hábitos bucales deformantes una práctica y la más frecuente fué la succión digital.

Al finalizar la estrategia educativa, se disminuyó de manera significativa la presencia de hábitos bucales deformantes en los niños estudiados determinándose estos como factores de riesgos por lo que quedó demostrada la efectividad de la misma

REFERENCIAS

Borroto O, Mora C, Araújo M, López R. (2001). Nivel de conocimiento de educación para la salud en Ortodoncia de trabajadores de Círculos Infantiles. Rev Cubana Ortod;16(2).

Cepero Z, Hidalgo I, Duque J, y Pérez J. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Revista Cubana de Estomatología, 44(4).

Conde HF, de León I, Riviera D. (2004). Eliminación de factores de riesgo de maloclusión dentaria en niños de primaria. Municipio de Cárdenas, Rev Cubana Estomatol

Duque J, Rodríguez A, Coutin G, González N. (2004). Factores de riesgo asociados con la maloclusión. Rev Cubana Estomatol;16(1).

Díaz H, Ochoa B, Paz L, Casanova K, y Coca Y. (2015). Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas. MediSur, 13(4).

Esis I, Rondón R, Carmona A, Quirós O, Acevedo AM. (2013). Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales como factor etiológico de Maloclusiones en niños, niñas y adolescentes en tres comunidades indígenas Panare en Maniapure, Bolivia. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría

Quintana M, y Martínez I. (2010). Interferencias oclusales y su relación con las maloclusiones funcionales en niños con dentición mixta. Revista Médica Electrónica, 32(2)

Maya B. (2000). Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev Cubana Ortod;15(2):66-70.

Medina GB. (2001). Hábitos orales: Requieren tan solo un tratamiento. Asunción. Rev Facultad Odontológica:13(10).

Santiso C, Mursulí M, Santiso Y. (2011). Efecto de algunos factores de riesgo sobre la oclusión dentaria en escolares de 5 años de edad. Revista MEDICIEGO;17(1).

Sales S, Duarte RC, Cavalcanti AL, De Morais M. (2010). A Influencia en el desarrollo de los hábitos de succión en el modelo de alimentación en la primera infancia. Ciencias de la salud.;15(2).

Otaño R. (2008). Papel de la ortodoncia en el Sistema Nacional de Salud. In: Manual clínico de ortodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Talley M, Katagiri M y Pérez HE. (2007). Casuística de maloclusiones Clase I, Clase II y Clase III según Angle en el Departamento de Ortodoncia de la UNAM. Revista Odontológica Mexicana; 11 (4).

CARACTERIZACIÓN DE LOS HÁBITOS DEFORMANTES BUCALES EN ESCOLARES. COMUNIDAD DE VEGUITA. POLICLÍNICO GUILLERMO TEJAS

CHARACTERIZATION OF THE BUCCAL DEFORMANTESES HABITS IN SCHOLARS. VEGUITA COMMUNITY. GUILLERMO TEJAS POLICLINIC

Rautmary Santiesteban Pavón

Carlos Manuel Tamayo Ricardo

Yusimith Díaz Couso marijose@ltu.sld.cu / marijose@nauta.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo sobre el comportamiento de los hábitos deformantes bucales en todos los escolares de la escuela primaria rural José Llerena Morales perteneciente al poblado de La Veguita en el área de salud del Policlínico Guillermo Tejas Silva de la ciudad de Las Tunas con un universo de 172 estudiantes y una muestra de 57 desde los meses de enero 2016 a junio del 2017. Se recogieron los datos por medio del examen clínico e interrogatorio a cada paciente y padres de los afectados distribuyéndose en variables como edad, sexo, hábitos y conocimientos que sobre ellos tienen, constituyendo una muestra del estado actual del problema en dicha comunidad. El sexo masculino fue el más afectado, el hábito que predominó fue el de respiración bucal, con un nivel de conocimiento evaluado de mal en los estudiantes.

PALABRAS CLAVES: hábitos deformantes bucales, escolares, nivel de conocimiento

ABSTRACT

It was done a descrptive study about the behaivour of the habits that contribute to a deformation in the mouth, in all the scholars in the rural primary school Jose Llerena Morales belonging to the population of Las Veguitas in the health area of Policlinic Guillermo Tejas of Las Tunas municipality with for example about 172 students and a sample about 57 students, which this sample lasted from january 2016 up to june 2017. The facts were collected by means of clinic exams and interrogating each patients just with their parents, these were distributed in: age, sex, habits and knowledge that they have about them, this constituted a sample of the actual stated of the problema in such community. The masculine sex was the most affectted, in which the predominant habit was the buccal breathing with a level of evaluated knowledge of (bad): the students.

KEY WORDS: Deformation in the mouth habits, scholars, level of knowledge

INTRODUCCIÓN

Los hábitos pueden definirse como la práctica o costumbre que se adquiere por la repetición continua de un mismo acto inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga (León Alfonso, Carvajal Roque, Pérez Hermida y Rodríguez Martín ,2014). Fuguet Boullon y otros (2014) refieren que con cada repetición, el acto será menos consciente, y si es repetido muy a menudo, será relegado a una acción inconsciente.

Los hábitos bucales son causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales, a pesar de que existen discrepancias sobre hasta qué edad pueden

ser consideradas como normales. Así, el grado de alteración dependerá de la duración, intensidad y frecuencia de este. El resultado obtenido en cuanto al tipo de oclusión y la presencia o no de hábitos deformantes puede estar relacionado con la causa de la maloclusión y, de hecho, con la aparición de esta enfermedad. Al respecto, Alpízar et al, y Murrieta et al, encontraron que los hábitos deformantes constituyeron el factor prevaleciente, presentes en 58,8 y 68,2 %, respectivamente; hallazgo similar también refirieron otros autores, dado por 86,1 y 34,7 %, en ese orden (Arocha Arzuaga, Aranda Godínez, Pérez Pérez y Granados Hormigó, 2016).

López Martín y otros (2017) refieren que:

> "Los hábitos perniciosos o deformantes pueden alterar la función y equilibrio normal de los dientes y maxilares; como tales se definen las reacciones automáticas que los niños manifiestan en momentos de estrés, por falta de atención de sus padres, imitación de hábitos, malos hábitos alimentarios adquiridos en el medio donde conviven, tenciones en el entorno familiar e inmadurez emocional. Los hábitos perniciosos se relacionan con factores ambientales, que multiplican su acción deformante"

En la literatura se reconoce el origen multifactorial en el desencadenamiento de las maloclusiones dentarias, en el que intervienen factores hereditarios y estructurales como el tamaño de los huesos y los dientes, la dirección eruptiva de estos últimos, la dirección de crecimiento de los huesos, etc. así como otros factores ambientales. Dentro de estos, los más frecuentes son los hábitos bucales deformantes, como la succión digital, el uso de chupete o biberón, la respiración bucal y la deglución atípica hasta edades avanzadas. Los hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas lo que trae como consecuencia una deformación ósea (Álvarez González, Pérez Lauzurique, Martínez Brito, García Nodar y Suárez Ojeda, 2014).

Clasificación de los hábitos

Los hábitos pueden clasificarse en 2 grupos:

- Beneficiosos o funcionales: son aquellos cuya práctica de una función normal realizada correctamente, estimula y beneficia el desarrollo. La masticación, la deglución y la respiración normales son ejemplos de ellos (Reyes Romagosa, Torres Pérez, Quesada Oliva, Milá Fernández, y Labrada Estrada, 2014).

- Perjudiciales o deformantes: son los que resultan de una función normal o que se adquieren por prácticas repetidas de un acto que no es funcional ni necesario; por ejemplo: la succión digital, el empuje lingual, la onicofagia, la queilofagia, la respiración bucal y la masticación de objetos (Reyes Romagosa y otros, 2014).

Prevalencia de los hábitos deformantes bucales

En Chile, para conocer la frecuencia de malos hábitos orales y determinar la relación entre la presencia de estos y el desarrollo de las anomalías dentomaxilofaciales, se encontró que 66,0% practicaban dichos hábitos; en la Universidad de Sydney, Australia; en el norte de la India se halló que de los niños examinados, 25, 5% presentaron hábitos deformantes, siendo 0,7% succionadores digitales. En Noruega, en la Universidad de Oslo, la prevalencia de anomalías como la mordida cruzada con la presencia del uso del tete fue encontrada en 26%, porcentaje que se iguala al obtenido en La Habana en niños

de 12 a 14 años en los municipios de Boyeros, Playa y Plaza (26,7%). En la Universidad Médica de Georgia, Estados Unidos, se realizó un estudio donde se encontró que algunos hábitos pueden causar efectos negativos en la oclusión, tales como resalte aumentado, sobrepase aumentado, mordida cruzada posterior y demás cambios esqueletales (Alemán Sánchez, González Valdés y Concepción Acosta, 2015).

Alemán Sánchez y otros (2015) refieren que en un estudio realizado en Villa Clara, se observa la succión digital en 25 % y 25,5 % observado en la actual Artemisa y Mayabeque (provincia Habana anteriormente) y en Ciego de Ávila en las áreas de salud Venezuela y Florencia, y en Granma se realizaron estudios donde encontraron una asociación significativa entre la aparición de anomalías y los hábitos bucales deformantes, dentro de ellos la succión digital y la lengua protráctil.

Estos hábitos deformantes interfieren en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras dentomaxilofaciales. El grado de alteración producida dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito. Esto coincide con lo reportado por diversos autores, que reflejan el vínculo estrecho existente entre los hábitos deformantes y las anomalías dentomaxilofaciales. La prevención de estos hábitos deformantes ayuda a promover un ambiente neuromuscular normal que contribuye a la función y crecimiento, y no distorsiona el patrón esquelético en desarrollo (Podadera Valdés y Ruiz Núñez, 2004).

Hernández (2000), refiere que “estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo y otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño”.

Según Alemán Sánchez y otros, (2015) “Los escolares viven una etapa caracterizada por intensos procesos de aprendizaje, en ella es donde se forjan actitudes frente a la vida y se construye la base de los estilos de vida; por tanto, la Educación para la Salud encuentra grandes desafíos en las escuelas”.

En el examen anual a los estudiantes de la Escuela Primaria José Llerena Morales del poblado de la Veguita se les diagnosticó como uno de los principales problemas la presencia de maloclusiones, repercutiendo en la estética y funciones orofaríngeas de los niños. Debido a la relación que guardan las maloclusiones con la presencia de los hábitos bucales deformantes, los autores deciden realizar la presente investigación.

Esta investigación consistió en la caracterización de los hábitos deformantes bucales de estos escolares en el período comprendido entre Septiembre del 2016 hasta Abril del 2017 en cuanto a edad, sexo, hábito y nivel de conocimientos sobre ellos. El universo lo constituyó el total de estudiantes de la escuela (172) y la muestra objeto de estudio se correspondió con el total de escolares que presentaron hábitos bucales deformantes (57). Se solicitó el consentimiento informado a todos los escolares y familiares que formaron parte del estudio, cumpliendo los requerimientos éticos previsto para este tipo de investigación. A los pacientes que conformaron la muestra en estudio se les aplicaron los criterios de inclusión y exclusión.

Variables estudiadas

Para el estudio se tuvieron en cuenta las siguientes variables: sexo, edad, hábitos bucales deformantes y nivel de conocimiento. La información se recolectó a través de las Historia Clínica Individual y de una encuesta. El examen bucal se realizó con el instrumental y equipamiento estomatológico necesario y existente.

En la investigación tal como se puede observar en la tabla 1 donde se realiza la distribución de los niños con hábitos bucales deformantes según la edad podemos apreciar que la respiración bucal fue el hábito más frecuente en la edad de 9 años con 9 escolares afectados para un 64,2%. Nuestros resultados difieren de los obtenidos por Acevedo Sierra, Mora Pérez, Capote Femenías, Rosell Silva, y Hernández Núñez (2011) donde el hábito de protracción lingual afectó más a los niños de 10 años con una frecuencia de 84,2 %.

Alemán Sánchez y otros (2015) refieren que "La respiración bucal puede manifestarse en cualquier edad y sus repercusiones son más evidentes en el niño durante su desarrollo estando en dependencia de su continuidad, pero no solo trae consecuencias perniciosas en el complejo dentomaxilofacial, sino que cuando se presenta en el lactante no puede ser amamantado durante largo tiempo, se interrumpe con frecuencia para respirar por la boca, se altera su nutrición, al no recibir las calorías necesarias para su desarrollo; lo mismo ocurre en etapas posteriores al comer con dificultades y no masticar bien los alimentos, por tal motivo esto influye en el organismo donde se producen alteraciones que interactúan unas con otras".

Tabla 1: Hábitos deformantes según edad.

Hábitos	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**Total**
	No. **%**	**No.** **%**	**No.** **%**	**No.** **%**	**No.** **%**	**No.** **%**	**No.** **%**	**No.** **%**
Succión del pulgar	5 71,4	2 50	0	1 9,0	0	0	0	8 14,03
Respirador bucal	1 14,2	2 50	4 44,4	0	**9 64,2**	2 66,6	5 55,5	23 40,3
Empuje lingual	0	0	3 33,3	6 54,5	3 21,4	0	3 33,3	15 26,3
Otros	1 14,2	0	2 22,2	4 36,3	2 14,2	1 33,3	1 11,1	11 19,2
Total	7	4	9	11	14	3	9	57 100

Fuente: Historia Clínica Individual

Se observa en la Tabla 2, los hábitos deformantes según sexo donde prevalece la respiración bucal en el sexo masculino con 15 pacientes para un 44,1%; también en el sexo femenino predomina la respiración bucal en un 32%.

Concordamos con diversos autores en que la respiración bucal puede también producir problemas de aprendizaje donde la deficiente oxigenación le impide al niño prestar atención en clases durante mucho rato, adoptando incluso una cara típica de niño distraído. Esto afecta tanto al niño como a sus padres ya que no puede aprender con la rapidez deseada, debido fundamentalmente a falta de concentración durante las clases.

Según Álvarez González y otros (2014) Stojanovic refiere la existencia de asociación entre la respiración bucal y la presencia de maloclusiones dentarias. Nuestros resultados difieren a los obtenidos por otros autores donde la deglución anormal fue el hábito más predominante (Podadera Valdés y Ruiz Núñez, 2004; Álvarez González y otros, 2014).

Tabla 2. Hábitos deformantes según sexo.

Hábitos bucales deformantes	**Masculino**		**Femenino**		**Total**	
	No.	**%**	**No.**	**%**	**No.**	**%**
Succión del pulgar	2	5,8	6	24	8	14,2
Respiración bucal	**15**	**44,1**	8	32	23	40,3
Empuje lingual	11	32,1	4	16	15	26,3
Otros	6	17,6	5	20	11	19,2

Fuente: Historia Clínica Individual

Al hacer referencia al nivel de conocimiento según la edad, datos recogidos en la tabla 3 apreciamos como predomino el nivel de conocimiento evaluado de mal en la edad de 7 años en 12 escolares. La autora considera este un valor muy alto lo que demuestra la importancia del trabajo preventivo en edades tempranas con ellos y sus padres. Nuestros resultados se asemejan a los obtenidos por Acevedo Sierra y otros (2011) en cuanto al poco conocimiento sobre algunos hábitos deformantes bucales.

Tabla 3. Nivel de conocimiento según la edad.

Nivel de conocimiento	**Edad**							
	5	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**Total**
Bien	0	0	0	0	0	0	0	0
Regular	0	0	0	0	0	2	8	10
Mal	4	6	**12**	7	8	6	4	47

Fuente: Encuesta

Al analizar el nivel de conocimiento según el sexo (Tabla No.4), entre los estudiantes predominaron los masculinos evaluados de mal con 28 niños. La autora considera que el sexo no determina en los conocimientos por lo que ambos grupos están necesitados de amplios programas de prevención, promoción y motivación para poder disminuir la alta incidencia de los factores de riesgo de las maloclusiones pues estos niveles de conocimientos ligados a otros factores influyen en la aparición de las mismas. El desarrollo de los conocimientos actúa en el cambio de actitudes y prácticas.

Tabla 4. Nivel de conocimiento según el sexo.

Nivel de conocimiento	Sexo	
	Masculino	Femenino
Bien	0	0
Regular	4	6
Mal	**28**	19

Fuente: Encuesta

CONCLUSIONES

El hábito bucal deformante más representativo fue el de respiración bucal en la edad de 9 años y con mayor representación en el sexo masculino. El nivel de conocimiento de los estudiantes según edad prevaleció a los 7 años evaluado de mal. El nivel de conocimiento según el sexo predominó evaluado de mal en el sexo masculino.

REFERENCIAS

Acevedo Sierra, Odalis, Mora Pérez, Clotilde, Capote Femenías, José, Rosell Silva, Clara, & Hernández Núñez, Yuritza. (2011). Effectiveness of an educational intervention in schoolchildren from 8 to 11 presenting deforming. *MediSur*, *9*(2), 117-123. Recuperado en 20 de julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000200006&lng=es&tlng=en.

Alemán Sánchez, Pedro Carlos, González Valdés, Damaris, & Concepción Acosta, Rebeca Bárbara. (2015). Dentomaxilofacial anomalies and its risk factors. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 14(2), 179-187. Recuperado en 20 de julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000200007&lng=es&tlng=en.

Álvarez González, María Carmen, Pérez Lauzurique, Aleida, Martínez Brito, Isabel, García Nodar, Mayelín, & Suárez Ojeda, Roberto. (2014). Deforming buccal habits and dental malocclusions in children aged 5-11 years. *Revista Médica Electrónica*, *36*(4), 396-407. Recuperado en 12 de julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400002&lng=es&tlng=en.

Arocha Arzuaga, A., Aranda Godínez, M. S., Pérez Pérez, Y., Hormigó, G., & Elena, A. (2016). Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. *Medisan*, *20*(04), 426-432. Recuperado en 12 de julio de 2019, de http://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/784/pdf_58

Fuguet Boullon, Julia R, Betancourt García, Ana Ibis, Ochoa Jiménez, Lourdes, González Pérez, Marlén, Crespo García, Arelis, & Viera Rodríguez, Dianeya. (2014). The influence of maternal breast-feeding in preventing deforming buccal habits. *Revista Médica Electrónica*, *36*(5), 561-571. Recuperado en 12 de julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500004&lng=es&tlng=en.

Hernández, B. M. (2000). Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev Cubana Ortod, 15(2), 66-70. Recuperado en 20 de julio de 2019, de http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_2_00/ord04200.pdf

León Alfonso, J., Carvajal Roque, Y., Pérez Hermida, N., & Rodríguez Martín, O. (2014). Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal. *Mediciego*, *20*(S1). Recuperado en 20 de julio de 2019, de

https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50596

López Martín, D., Cubero González, R., Estrada Guerra, Y., Estrada Guerra, Y., Concepción López, K., & Machado Ramos, S. (2017). Valor social de la prevención de factores de riesgo de maloclusiones en la dentición temporal. *Mediciego*; 23 (1). Recuperado en 20 de julio de 2019, de https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71730

Podadera Valdés, Z., & Ruiz Núñez, D. (2004). Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad, 2002-2003. Rev Cubana Estomatol, 41(2), 20-26. Recuperado de http://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2416/754

Reyes Romagosa, Daniel Enrique, Torres Pérez, Ivette, Quesada Oliva, Leticia Maria, Milá Fernández, Maricela, & Labrada Estrada, Herminia Esther. (2014). Deforming oral habits in 5-11 years children. MEDISAN, 18(5), 606-612. Recuperado en 20 de julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500003&lng=es&tlng=en.

COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMDADES GINGIVALES AGUDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESTOMATOLOGICAS

CONDUCT OF THE GINGIVAL ACUTE ILLNESSES IN THE SERVICES OF ESTOMATOLOGICASES URGENCIES

Rebeca Payne C'pierre rebeckmagdeey@nauta.cu

RESUMEN

El artículo resume los resultados de una investigación observacional descriptiva de corte transversal en pacientes que asistieron a los servicios de urgencias estomatológicas en el municipio Manatì, Las Tunas, en el período comprendido entre octubre del 2016 a junio del 2018; cuyo objetivo fue caracterizar el comportamiento clìnico-epidemiologico de las enfermedades gingivales agudas, con una muestra de 132 pacientes diagnosticados. Las enfermedades gingivales agudas encontradas en el estudio representaron la tercera parte de todas las urgencias estomatológicas. La mayor prevalencia resultó en la estomatitis aftosa recurrente. El sexo más afectado fue el femenino. El grupo de edad más marcado fue el de 15 a 18 años. La higiene bucal deficiente fue el factor de riesgo que se manifestó con mayor incidencia para las enfermedades gingivales agudas.

PALABRAS CLAVES: enfermedades gingivales agudas, comportamiento

ABSTRACT

The articulate sums up the results of an observational descriptive investigation of cross section in patients that were present at the services of estomatologicases urgencies in the Manati municipality, the Tunas, in the period undertanded between octuber of the 2016 to june of the 2018 whose objective was to characterize the epidemiologico clinico conduct of the gingival acute illnesses, with a sample of 132 patient diagnosed. The gingival acute illnesses found in the study represented the third part of all estomatologicases urgencies. The bigger prevalence results in the aphthous recurrent stomatitis. The sex bbut affected went the feminine thing. The group of age but marked went those of 15 to 18 years. The faulty oral hygiene went the factor of risk that shows oneself with bigger incidence for the gingival acute illnesses.

KEY WORDS: gingival acute illnesses, conduct

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades gingivales son una amplia familia de patologías diferentes y complejas, que se encuentran confinadas a la encía y son el resultado de diferentes etiologías. La característica común a todas ellas es que se localizan exclusivamente sobre la encía; no afectan de ningún modo a la inserción ni al resto del periodonto. De ahí que se engloben en un grupo independiente al de las periodontitis. (Valdés Herrera et al., 2013)

El interés por las alteraciones gingivales se basa no tanto en su gravedad, sino en su enorme prevalencia entre la población. Los cuadros de inflamación gingival sin alteración del periodonto subyacente se detectan con elevada frecuencia entre la gente. (Valdés Herrera et al., 2013)

Se establece que es visible en un rango de 20-50%, variando según la edad de los individuos, su sexo y su raza. La gingivitis puede detectarse en un 50% de los individuos mayores de 19 años, valor que va disminuyendo conforme aumenta la edad. La presentan el 54% de los individuos entre 19 y 44 años, el 44% de los sujetos entre 45 y 64 años y el 36% de las personas de más de 65 años. Sólo el 15% de la población de más de 19 años no presenta ningún tipo de alteración ni gingival ni periodontal, lo cual pone de manifiesto la trascendencia del problema ante el que nos hallamos. (Bécquer Águila, et al., 2013)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha expuesto que las enfermedades gingivales representan un problema de salud de alcance mundial que afecta con mayor frecuencia a los países más pobres. Muchas de estas enfermedades se presentan en las consultas de urgencias estomatológicas y en particular las enfermedades gingivales agudas. (García Flores, et al., 2013)

Las enfermedades gingivales agudas, ya en el año 400 A de C habían sido identificas. Esto se evidenció a partir de que los soldados griegos en su retirada de Persia referían la presencia de ulceración, dolor y mal olor en sus bocas. Posteriormente en 1886 se describen las características clínicas de las enfermedades gingivales y Gilmer, en el año 1906 refiere que los pacientes afectados casi siempre tienen afectada la papila interdental. (Sueiro Sánchez, et al., 2016)

Entiéndase que la urgencia estomatológica, desde la dimensión que abarca, está definida como un evento común, no predecible en su momento, extensión e intensidad, que produce una alteración en el equilibrio orgánico y psicológico del paciente, que se presentan entre otras con: dolor, sangramiento, inflamación, infecciones de la cavidad oral, trauma (fractura de dientes, dientes móviles por golpes, pérdida de dientes por accidentes, etc.) y otras situaciones específicas (fractura de restauraciones, desprendimiento de obturaciones temporales, otras alteraciones, etc. (Sueiro Sánchez, et al., 2016)

El dolor gingival es el más común de los síntomas y una de las causas más frecuentes de consulta, constituye una urgencia y su atención es responsabilidad del nivel primario. (Sueiro Sánchez, et al., 2016)

Entre las enfermedades gingivales agudas, las más relevantes son: Gingivitis Ulceronecrotizante aguda (GUNA), Gingivitis Herpética Aguda (GEHA), Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR) y Absceso Gingival. (Hernández Millán, et al., 2014)

La inflamación gingival está considerada la segunda causa de morbilidad bucal en el ámbito internacional. Se estima que las tasas de prevalencia de esta enfermedad son muy altas, ya que más de las tres cuartas partes de la población la padece, o bien presentan un alto riesgo a enfermar por esta causa. Su comportamiento a nivel mundial es variable, haciéndose más evidente y grave en poblaciones adultas y en ancianos, no obstante puede ser observada desde edades tempranas. En cuanto a su frecuencia, estudios previos reportan en adolescentes tasas de prevalencia por gingivitis sumamente variables, que van desde 37 hasta 99 casos por cada 100 sujetos examinados. Este comportamiento se debe a su condición multifactorial, ya que de acuerdo con el tiempo y grado de exposición a los diferentes factores de riesgo, hacen que su frecuencia sea

mayor o menor a la esperada, e indica un nuevo potencial para la visión extensa sobre los mecanismos de causalidad de la enfermedad gingival. (Hernández Millán, et al., 2014)

En diferentes partes del mundo al igual que en Cuba, el carácter común y la extensión universal de la enfermedad periodontal ha estado relacionada íntimamente con la edad, el sexo, la raza, la higiene bucal y el estado socioeconómico. (Hernández Millán, et al., 2014)

En la provincia Las Tunas, específicamente en el municipio de Manatì la incidencia en las urgencias estomatológicas cada dìa se hacen mayor, por lo que conocer la prevalencia y gravedad de la gingivitis, así como el grado de higiene bucal, los factores de riesgo presentes e identificar el nivel de informaciòn sobre la misma, ayudarán a implementar acciones de educación para la salud encaminadas a disminuir su incidencia.

Para la recogida de la información se utilizó la observación directa durante el examen de cada caso, con la finalidad de identificar la presencia de dichos enfermedades agudas.

Se realizó el diagnóstico de salud bucal de los pacientes a través del examen clínico y se confeccionó la Historia Clínica (HC) individual según instructivo. Se incluyó además el Índice de Higiene Bucal de Love y colaboradores (IAHB) que se determinó mediante la realización de controles de placa dentobacteriana en los que colaboró la técnico de atención estomatológica (TAE). La sustancia reveladora que se empleó fue Plac-Dent. La evaluación fue realizada según escala de valores establecida en la literatura revisada. (Martínez, 2010)

Aceptable: Valores de (0 a 20 %)

No aceptable: Valores (mayores de 20 %)

Durante el examen se realizó el diagnóstico las enfermedades en condiciones de luz natural y se determinó la presencia de factores de riesgos asociados a estas afecciones.

Se aplicó el formulario a la muestra seleccionada.

La evaluación de seguimiento o proceso a la investigación se realizó de forma semanal a través de:

Reuniones del equipo de salud con la muestra de algunos pacientes

Observación de las distintas actividades previstas.

Realización de entrevistas a los pacientes a fin de identificar los problemas que pudieran surgir durante la aplicación de la investigación.

Se realizaron controles de placa dentobacteriana a los pacientes lo que nos permitió observar la mejoría de la higiene bucal.

Al recolectar la información obtenida del formulario y la historia clínica individual, se convirtieron en el registro primario definitivo de la investigación.

Mediante el examen clínico se constató la presencia o no gingivitis aguda, gravedad de la misma y la presencia de factores de riesgo presentes como: higiene bucal deficiente,

capuchón pericoronario, hábito de fumar, enfermedades sistémicas, enfermedades gastrointestinales.

El examen clínico fue realizado por la investigadora en el local previsto, con la iluminación propia del mismo, espejo bucal plano, sonda periodontal, guantes, nasobuco, tabletas de plac-dent y antiséptico bucal.

Se procedió a valorar la higiene bucal, siguiendo los criterios descritos.

Los datos se almacenaron y procesaron en el paquete de programas SYSTAT, con una confiabilidad del 95% ($p< 0,05$). Los métodos empleados fueron la estadística descriptiva, donde se crearon tablas de distribución de frecuencia, se determinó la frecuencia y el porcentaje y de la estadística inferencial los test de hipótesis de proporción. Los resultados se ilustraron en texto y tablas.

RESULTADOS

En la tabla No 1 los resultados del estudio han revelado que de un total de 380 pacientes atendidos en urgencia estomatológicas 132 pacientes manifestaron algunas de las enfermedades gingivales agudas, lo que implica una prevalencia de las mismas del 34.7% en el total de urgencias estomatológicas atendidas del contexto objeto de estudio, mientras que el resto de las enfermedades presentadas reflejaron un 65.3%; lo que evidencia una alta prevalencia de las enfermedades agudas. Las mismas han representado la tercera parte de todas las urgencias estomatológicas.

Enfermedades presentadas	*No. pacientes*	*%*
Enfermedades gingivales	132	34.7
Otras enfermedades	248	65.3
Total	380	100

En la tabla No 2 el índice de higiene bucal en un total de 132 fue evaluado de no aceptable en 97 pacientes que representa el 73.5%, lo que da la medida de una higiene bucal deficiente. Solo el 26.5 % del total de la muestra presentó una higiene aceptable.

Índice de Análisis de Higiene Bucal	*Pacientes*	
	No.	%
Aceptable	35	26.5
No aceptable	97	73.5

En la tabla No 3 como se puede observar, de un total de 132 pacientes con enfermedades gingivales agudas identificadas en las urgencias estomatológicas durante el estudio, la enfermedad que resultó de mayor incidencia dentro de ellas úlceronecrotizante aguda que se manifestó en el 5.8% de los pacientes.

Enfermedad gingival aguda	*No. pacientes*	*%*
Estomatitis aftosa recurrente	56	42.4
Gingivitis ulceronerotizante aguda	9	6.8
Gingivitis herpètica aguda	12	9.1
Absceso gingival	15	11.4
Pericoronaritis	40	30.3
Total	132	100

En la tabla No 4 se puede apreciar que la más alta prevalencia de las enfermedades gingivales agudas fue la Estomatitis aftosa recurrente, donde se encontró que el 15.9% más afectado fue en el grupo de edad de 15 a 18 años, seguida del 11.4% en el grupo de edad de 19 a 34 años, además se manifestó con una incidencia del 6.8% en el grupo de edad de 12 a 14 años, mientras que con un bajo comportamiento del 2.3% en los grupos de 0 a 4 años y en el grupo de 35 a 59 años un 1.5%. En el grupo de 5 a 11 años se comportó a un 4.5%.

Enfermedades gingivales agudas	*Grupos de edades*													
	0-4		5-11		12-14		15-18		19-34		35-59		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Estomatitis aftosa recurrente	3	2.3	6	4.5	9	6.8	21	15.9	15	11.4	2	1.5	56	42.4

Gingivitis ulceronerotizante aguda	0	0	0	0	0	0	3	2.3	5	3.8	1	0.8	9	6.8
Gingivitis herpètica aguda	4	3.0	3	2.3	2	1.5	1	0.8	1	0.8	1	0.8	12	9.1
Absceso gingival	0	0	0	0	2	1.5	7	5.3	4	3.0	2	1.5	15	11.4
Pericoronaritis	0	0	0	0	7	5.3	16	12.1	12	9.1	5	3.8	40	30.3
Total	7	5.3	9	6.8	20	15.1	48	36.4	37	28.0	11	8.4	132	100

En la tabla No 5 se evidencia el comportamiento de las enfermedades gingivales agudas en los servicios de urgencias por sexo, se refleja que la Estomatitis aftosa recurrente afectó al sexo femenino en un 23.5%, o sea, se presentó con mayor prevalencia en este sexo, ya que el masculino se comportó con un 18.9% de afectados con la enfermedad.

Enfermedades gingivales agudas	*Sexo*					
	Masculino		*Femenino*		*Total*	
	No	%	No	%	No	%
Estomatitis aftosa recurrente	25	18.9	31	23.5	56	42.4
Gingivitis ulceronerotizante aguda	3	2.3	6	4.5	9	6.8
Gingivitis herpètica aguda	5	3.7	7	5.3	12	9.1
Absceso gingival	6	4.5	9	6.8	15	11.4

Pericoronaritis	11	8.3	29	22.0	40	30.3
Total	50	37.9	82	62.1	132	100

En la tabla No 6 se evidencia en los pacientes atendidos portadores de enfermedades gingivales agudas que entre los factores de riesgo que mayor incidencia resultó ser la higiene bucal deficiente en el 93.9% de los casos, lo que influyó negativamente en el estado agudo y en la gravedad de la enfermedad. Seguido en orden decreciente el 62.1% las enfermedades sistémicas, el 56.8% las enfermedades gastrointestinales, el 38.6% el hábito de fumar y por último el 24.2% el estrès.

Factores de riesgo	*Pacientes con presencia de factor*		*Total de afectados*
	No	%	No
Higiene bucal deficiente	124	93.9	132
Hábito de fumar	51	38.6	132
Estrés	32	24.2	132
Enfermedades sistémicas	82	62.1	132
Enfermedades gastrointestinales	75	56.8	132

DISCUSIÓN

Estas enfermedades gingivales están catalogadas por muchos autores entre las afecciones más comunes del género humano y de no tratarse adecuadamente en su estado incipientes agudo pueden tener consecuencias irreparables. (Hattab, 1997)

En un estudio realizado se cita que las gingivitis agudas en las urgencias estomatológicas se presentan mayormente en jóvenes adolescentes y en adultos. Esto investigadores se afilian a otros criterios dados acerca de la enfermedad, donde se evidencia que no es transmisible; como característica principal, la gingivitis aguda produce ulceración como necrosis en las papilas gingivales. Es una enfermedad de las urgencias. (Pulido Rozo, el al., 2013)

La higiene bucal es el factor de riesgo más importante en el origen y evolución de las enfermedades gingivales. Cuando esta es deficiente existe acumulación de placa bacteriana, la que al envejecer, cambia su contenido microbiano hacia formas más patógenas, y al no ser eliminadas se calcifican provocando el cálculo, que al ser duro, irritante y rugoso, retiene más placa bacteriana.

El comportamiento de la estomatitis aftosa recurrente identificado en esta investigación coincide aproximadamente con los resultados de otros investigadores, que encontraron una prevalencia del 59%, además según la literatura, algunos autores plantean que la prevalencia de esta enfermedad oscila entre un 15% y un 75%, por consiguiente se corrobora el resultado de este estudio en esta afección. (Jaber, et al., 2001)

En la estomatitis aftosa recurrente las principales características clínicas son recurrencia de una o más úlceras bucales, dolorosas, a intervalos de días a meses, y por lo general confinados a la mucosa blanda. la que no es queratinizada o muy poco queratinizada como en la zona de los carrillos y la mucosa bucal, así como en el piso de la boca y la superficie ventral de la lengua. Una afta es una úlcera bien circunscrita, no sangrante, de fondo blanquecino, rodeada de halo eritematoso y de forma y tamaño variables.

Algunos autores plantean que, aunque ninguna edad está excenta de esta enfermedad, es más frecuente en adolescentes y jóvenes. (Zaldívar Bernal, et al., 2014)

Estos hallazgos oscilan entre los rangos de edades encontrados por otros autores en otras latitudes que identificaron que esta enfermedad se presenta en adolescentes y adultos jóvenes entre 15 y 35 años de edad. (Ourens Roger, et al., 2013)

El comportamiento por sexo coincide con los resultados obtenidos por otros investigadores, que encontraron en sus estudios que el sexo femenino es el más afectado por esta enfermedad. (Ramírez, et al., 1997)

Los resultados de esta casuística concuerdan con quienes también encontraron predominio del femenino, pero en un rango de edad diferente. (Rojo Toledano, et al., 2008)

La etiología es multifactorial, entre los factores locales se encuentran mala higiene bucal, placa dentobacteriana, mala posición dental y gingivitis. Los factores sistémicos son deficiencias nutricionales (malnutrición), estrés y enfermedades sistémicas relacionadas con alteraciones del sistema inmunitario. Además, el estrés parece ser uno de los factores predisponentes en la aparición de esta enfermedad por la vasoconstricción que provoca y el déficit de aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos, lo que favorece la acción microbiana.

En la literatura que en el caso de esta enfermedad se citan factores genéticos, infecciosos bacterianos como estreptococos; virales como el citomegalovirus, herpes virus o varicela zoster o micóticos como la cándida albicans. Plantea que Existe muchos reportes sobre la asociación de las aftas con deficiencias de oligoelementos o vitaminas, así como con la alergia alimentaria o traumatismos locales. También la enfermedad puede estar asociada a otros factores neuroendocrinos como el estrés o la menstruación.

Los factores de riesgo pueden tener un papel significativo en la patogénesis de las enfermedades gingivales agudas. Para un manejo efectivo de estas lo más lógico es la identificación y el control de dichos factores de riesgo.

REFERENCIAS

Bécquer Águila BJ, López Díaz Z. Alteraciones de la salud del adulto mayor. En: González Naya G, Montero del Castillo ME, Aldama Bellon Y, Alfaro Mon M, Arce Hecharri J, González Longoria MCB. Estomatología general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.p.364.

García Flores K, Suárez Zafra D, Huerta Flores K. Panorámica de la atención estomatológica a pacientes especiales. Rev Ciencias Médicas La Habana. 2013, [citado 5 Dic 2016]; 19(2). Disponible en: http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/590/html

Hernández Millán A, Sueiro Sánchez I, Manresa Peñalver C, Hernández Millán Z, Hurtado Sánchez D, Barrio Pedraza T. Determinación del estado de salud bucal en pacientes discapacitados del Área VII en Cienfuegos. Revista Finlay. 2014 [citado 6 Dic 2016]; 4(3). Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/287/1337

Jaber L, Weinberger A, Klein T, Yaniv I, Mukamel M. Clase association of HLA-B52 and HLA-B44 antigens in Israeli Arab adolescent with recurrent aphthous stomatitis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127(2):184-7.

Martínez M. Hábitos y conocimientos de Higiene Bucodental en pacientes que acuden a la Clínica Periférica No 1 Del IHSS, Tegucigalpa. Tesis para optar por el Título de Maestro en Salud Pública. 2010.

Ourens Roger MC, Hilgert Balbinot J, Fernando Neves LS, et al. Prevalencia de maloclusiones en adolescentes y adultos jóvenes del interior del Uruguay. Relevamiento nacional de salud bucal 2010-2011. Odontoestomatología [Internet]. 2013 Jun [citado 12 Ene 2016];15(spe):47-57. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392013000200006&script=sci_arttext&tlng=es

Ramírez A, Conde G, Miranda J, Mendieta C. Gingivitis úlceronecrotizante aguda: etiología, diagnóstico y tratamiento. Periodoncia. 1997; 7(1): 11–18.

Rojo Toledano M, Sosa Rosales M, Gandul Salabarría L. Comportamiento de algunas urgencias periodontales en la comunidad de “Betulio González”, Venezuela. Portales Médicos [Internet]. 2008 [citado 23 Dic 2009]; (4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1238/1/

Sueiro Sánchez I, Hernández Millán A, Díaz Sosa G, Padilla Gómez E, Díaz Sosa C, Hernández Millán Z. Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira. MEDISUR. 2016 [citado 22 Dic 2016]; 14(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000600007

Valdés Herrera MA. Atención al paciente. En: González Naya G, Montero del Castillo ME, Aldama Bellón Y, Alfaro Mon M, Arce Hecharri J, González Longoria MCB. Estomatología general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.p.345.

Zaldívar Bernal HL, Cid Rodríguez MC, Sánchez Gay JM, et al. Comportamiento de la gingivitis crónica en adolescentes de la Secundaria Básica “Jesús Fernández”. Santa Marta, Cárdenas. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Oct [citado 26 Ene 2016];36(Supl 1). Disponible en: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/supl1%202014/tema04.htm

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES

CHARACTERIZATION OF PATIENT WITH TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTIONS

Rosa Delia Salinas Rivera rosa.delia@nauta.cu

Mayelín de la Caridad Suárez Gonzáles

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo en los pacientes que acudieron a la consulta multidisciplinaria de Articulación Temporomandibular (ATM) perteneciente a la Clínica Estomatológica Docente ´´3 de Octubre´´ de Las Tunas en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2018, con el objetivo de caracterizar los pacientes con trastornos temporomandibulares (TTM). Se analizaron variables clínico epidemiológicas como: edad, sexo, causas del dolor, síntomas, signos y clasificación diagnóstica de los TTM. Los datos fueron procesados según la estadística descriptiva. Se constató predominio del sexo femenino con 57,7%; el grupo etario de 35 a 44 años fue el más afectado con un 40%. El ruido en la articulación y el dolor a la palpación fueron los principales síntomas con 77,7 y 55,5% respectivamente. El 26,7% de los casos con dolor mandibular era provocado por fragmentar alimentos duros. El 80,6% de los casos pertenecían al grupo II según la clasificación diagnóstica de los TTM.

PALABRAS CLAVES: articulación temporomandibular, pacientes, dolor

ABSTRACT

It was carried out a descriptive, longitudinal study, retrospective in the patients that Temporomandibular went to the multidisciplinary consultation of Articulation (ATM) belonging to the Clinical Educational Estomatológica ´´3 de Octubre´´ of The Tunas in the understood period of January to December of 2018, with the objective of characterizing the patients with dysfunctions temporomandibulares (TTM). epidemic clinical variables were analyzed as: age, sex, causes of the pain, symptoms, signs and diagnostic classification of the TTM. The data were processed according to the descriptive statistic. Prevalence of the feminine sex was verified with 57,7%; the group of 35 to 44 years was the more affected with 40%. The noise in the articulation and the pain to the was the main symptoms respectively with 77,7 and 55,5%. 26,7% of the cases with pain mandibular was caused to break into fragments hard foods. 80,6% of the cases belonged to the group II according to the diagnostic classification of the TTM.

KEY WORDS: temporomandibular articulation, patient, pain

INTRODUCCIÓN

La articulación que se constituye entre el cóndilo de la mandíbula, la cavidad glenoidea y el cóndilo del hueso temporal se denomina articulación temporomandibular (Santana V y Velayos JL 2007). A lo largo de los años, los trastornos funcionales del sistema masticatorio se han identificado con diversos términos lo que ha generado confusión; la historia registra que el hombre inicia el manejo de la mandíbula en el año 348 AC; con un caso de reducción manual de dislocación de la articulación temporomandibular (ATM).

Por la importancia que se ha dado a este problema desde 1975, se constituyó la Academia Americana de Desórdenes Craneomandibulares y de Dolor Facial (AAOP), donde Le Bell et al., sugirieron el término de trastornos temporomandibulares para clasificarlos no solo en términos relacionados con las articulaciones sino en trastornos funcionales del sistema masticatorio que incluyen aspectos psicosociales que pueden ser desencadenantes y afectar la vida diaria del individuo que padece esta enfermedad (Vásconez-Noguera y otros 2017) Estos trastornos presentan diversos signos y síntomas como ruido articular, dolor muscular, bloqueo mandibular, problemas al masticar, bruxismo, desviaciones en la apertura mandibular, entre otras (Mera-Quintero 2015)

“En los últimos años, se ha registrado un aumento considerable de personas de todas las edades que, a lo largo de su ciclo de vida, han manifestado haber experimentado en algún momento, signos y síntomas que se han relacionado de una u otra forma con patrones disfuncionales que aquejan en conjunto estructuras como la ATM, músculos de la masticación, así como zonas anatómicas ajenas y aledañas a la ATM” Gallardo WL y Mojica KS (2016).

Los diferentes estudios realizados en el mundo han demostrado que la prevalencia de los TTM oscila entre el 15 % y el 45 % en la población adulta. (Silvia N y otros 2015) La etiología de estas disfunciones es multifactorial, difícil de establecer y entre las posibles causas se mencionan: desarmonías oclusales, desplazamiento posterosuperior de la cabeza del cóndilo como resultado de una disminución de la relajación máxilo-mandibular, macro y microtraumatismos, disfunciones y espasmos musculares, bruxismo, enfermedades artríticas, sinovitis aguda como resultado de fiebre reumatoide aguda, terceros molares inferiores no brotados, predisposición genética, ansiedad, estrés, depresión, hábitos posturales y alteraciones del sueño (Cobos-Castro, y otros 2017) Para el diagnóstico de los trastornos temporomandibulares se han elaborado desde hace años, diversos índices siendo los de mayor aceptación el índice de Helkimo, que fue modificado por Manglione en 1986 con el fin de realizar mejoras en su distribución de severidad; El índice de Fonseca, el cual fue elaborado y validado por el Dr. Dickson da Fonseca en San Pablo, Brasil en 1992. A partir de este mismo año Samuel Dworkin y Linda LeResche desarrollaron un sistema de criterios de diagnóstico de Investigación de los trastornos temporomandibulares (CDI/TTM), el mismo que ha sido actualizado en el año 2003 llamado escala de criterios de diagnóstico para los trastornos temporomandibulares (DC / TTM); basado en un sistema de desórdenes físicos proporcionando la primera evaluación completa de fiabilidad y validez para distinguir los casos de TTM, y de esta manera diagnosticar subtipos específicos de esta patología (Vásconez Noguera y Marly L 2016)

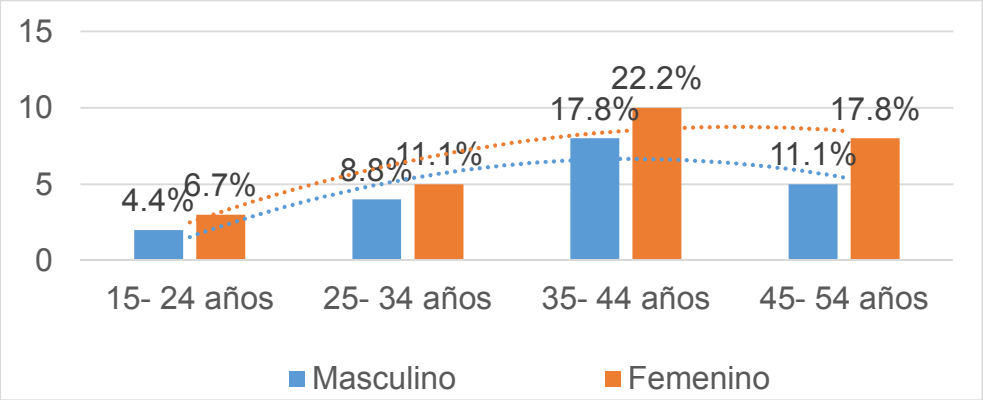
Esta investigación surge a partir de que en nuestra consulta estomatológica los TTM son frecuentemente diagnosticados en los pacientes que acuden a recibir tratamiento estomatológico, muchas veces de forma casual. Por su importancia y repercusión en el sistema estomatognático, hace que constituya un problema de salud a investigar. Existen escasas publicaciones sobre estudios clínico epidemiológicos de estos trastornos en la provincia de las Tunas.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES

En el **gráfico 1** se observa la distribución de pacientes según edad y sexo. Se constató tendencia al ascenso de acuerdo a la edad excepto en el último grupo etáreo que hubo un ligero descenso, predominó del sexo femenino en todos los grupos, con un 57.7% para dicho sexo y un 42.2% para el sexo masculino. El grupo etáreo más afectado fue el de 35 a 44 años con el 40% de los casos, seguido de 45 a 54 años, en total eran responsables de casi el 70% de los casos estudiados. Mientras los más jóvenes fueron los menos afectados con el 11.4% de los casos estudiados. Los trastornos de la ATM son menos frecuentes en los pacientes niños que en adultos e incrementan con la edad (Rodríguez Manjarrés 2015)

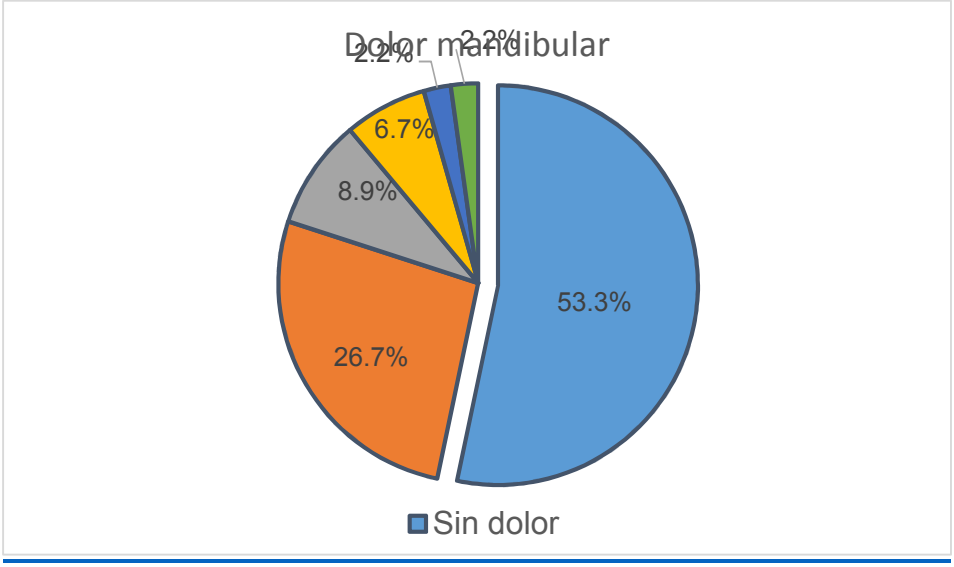
“En general las mujeres sufren con más frecuencia de dolor crónico y relatan dolor con mayor intensidad y duración que los hombres” Unruh AM. (1996)

Gráfico 1: Distribución de pacientes según sexo y grupo de edades.



En el **gráfico 2** se muestran las causas que desencadenan o agravan el dolor. Se constató que el 53.3% de los casos no presentaba dolor espontáneo. El 26.7% refería dolor al fragmentar alimentos duros, un 8.9% padecía de dolor al masticar (independientemente de la consistencia de los alimentos). El dolor espontáneo y al reír afectaba por igual a un 2.2% de los pacientes estudiados. El 6.7% de la población presentaba dolor al bostezar.

Gráfico 2: Distribución de pacientes según la causa que desencadena o agrava el dolor.



La **tabla 1** muestra principales signos y síntomas que motivaron a los pacientes a solicitar ayuda médica. el signo predominante fue los ruidos articulares afectando al 77.7% de los pacientes en estudio, el ruido articular como signo predominante fue encontrado por Algozaín y colaboradores (2009). La rigidez matutina se evidenció en 6 pacientes para un 13.3% y solo un 2.2% presentó traba o luxación de la ATM. Los ruidos en la ATM estuvieron presentes en 35 pacientes. El dolor a la palpación y a los movimientos mandibulares se presentaron en el 55.5% y 46.7% respectivamente Por otro lado, solo se encontró un 2.2% con traba o luxación de la ATM.

Tabla 1: Principales síntomas y signos que motivaron a los pacientes a buscar ayuda.

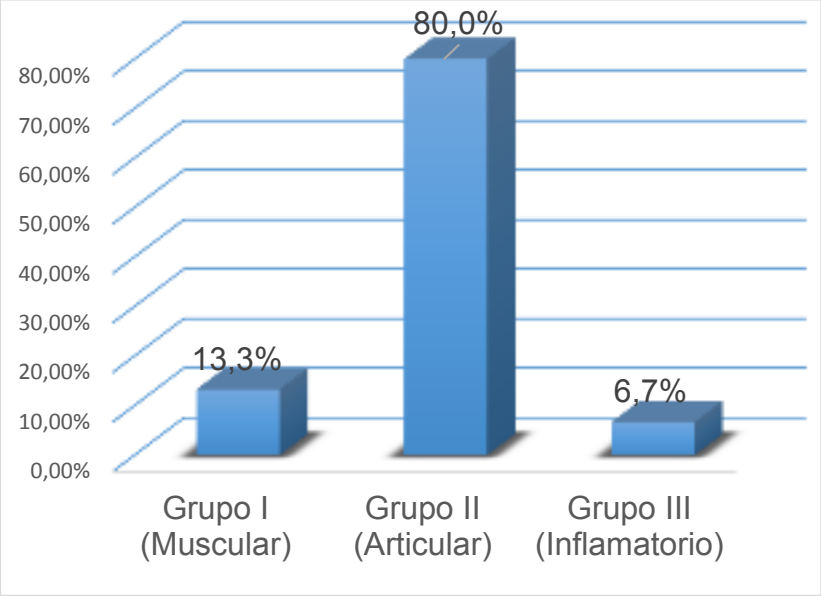
Síntomas y signos	No.	%
1- Ruidos en la ATM	35	77,7
2- Dolor a la palpación	25	55,5
3- Dolor a los movimientos mandibulares	21	46,7
4- Dificultad para abrir y cerrar la boca	11	24,4
5- Rigidez matutina al mover la mandíbula	6	13,3

6-	Traba o luxación	1	2,2

En el gráfico 3 se realizó la distribución de pacientes según la Clasificación diagnóstica de los TTM. Predominó en el 80% de los casos los pacientes que integraban el Grupo II (Articular); el 13.3% de los pacientes integraban el Grupo I (Muscular) y solo el 6.7% de los casos formaban parte del Grupo III (Inflamatorio).

Esto coincidió con lo expuesto por Sandobal y col. (2015) donde los pacientes que integraban el grupo II ocupaban el primer puesto (prevalencia del 33%).

Gráfico 4: Distribución de pacientes según Clasificación diagnóstica de los TTM CDI/TTM



CONCLUSIONES

Los TTM afectan ambos sexos con predominio del sexo femenino, y tendencia al ascenso de acuerdo con la edad. Los ruidos en la ATM, el dolor a la palpación y a los movimientos mandibulares constituyeron las principales causas de búsqueda de atención médica. Entre las causas más propensas a desencadenar el dolor estaba la fragmentación de alimentos duros. Casi la totalidad de los casos presentaba daño articular (grupo II, según clasificación diagnóstica de los TTM CDI/TTM).

REFERENCIAS

Algozaín Acosta Y, Viñas García M, Capote Leyva E, Rodríguez Llanes R. (2009) Comportamiento clínico del síndrome dolor disfunción del aparato temporomandibular en una consulta de urgencias estomatológicas. Rev Cubana Estomatol ;46(2)

Cobos-Castro, I; Gutiérrez-Segura, M; Montero-Sera, E; Zamora-Guevara, N (2017) Trastornos temporomandibulares en pacientes bruxópatas, trabajadores de estomatología de Mayarí. Rev Scielo. ccm vol.21 no.3 Holguín.

Gallardo WL, Mojica KS. (2016) Egresos hospitalarios debidos a trastorno de la articulación temporomandibular de 1997 al 2013, CCSS. Revista Odontología Vital [Internet]. [cited 2018 Nov 15];1(24):15–20. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=115710981&lang=es&site=ehost-live

Mera-Quintero, N. (2015) Signos, síntomas y alteraciones posturales en pacientes diagnosticados con trastornos de la articulación temporomandibular. Univ Odontol. Ene-Jun; 34(72). ISSN 0120-4319 | e-ISSN 2027-3444

Rodríguez Manjarrés, C; Triana-Escobar, FE; Soto-Llanos, L (2015) Trastornos Temporomandibulares en Niños Y Adolescentes. Revista Gastrohnup [Internet].[cited 2018 Nov 15];17(S1):S10–7. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=124219162&lang=es&site=ehost-live

Sandoval, I. y col (2015) Prevalencia de trastornos temporomandibulares según los CDI/TTM, en un grupo de adultos mayores de Santiago, Chile. Int. J. Odontostomat., 9(1):73-78.

Santana V, Velayos JL. (2007) Anatomía de la cabeza para odontólogos. 4ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Silvia N. Ramírez-Caro, Irene A. Espinosa de Santillana y Gabriel Muñoz-Quintana. (2015) Prevalencia de trastornos temporomandibulares en niños mexicanos con dentición mixta. Rev. salud pública. 17 (2): 289-299.Disponible en: http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.27958. Citado febrero 28, 2019.

Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. Pain 1996;65(23):123-67.

Vásconez-Noguera, M; Bravo, W; Villavicencio, E. (2017). Factores asociados a los trastornos temporomandibulares en adultos de Cuenca, Ecuador. Rev Estomatol Herediana. Ene-Mar;27(1):5-12

Vásconez-Noguera, Marly L. (2016) Prevalencia de los trastornos temporomandibulares en adultos y sus factores asociados en la Clínica Odontológica de la Universidad de Cuenca periodo 2015. Tesis de Grado. Cuenca Ecuador.

LA DISFUNCIÓN MASTICATORIA EN LA EDAD COMPRENDIDA DE 35 A 60 AÑOS EN EL PUERTO DE MANATÍ

THE CHEW DYSFUNCTION OF THE AGE INCLUDE OF 35 TO 60 YEAR OLD IN THE MANATÌ PORT

Rujaine Haro Castillo

Neysi Domínguez Torres

RESUMEN

Se realizó una Intervención educativa en pacientes de 35 a 60 años en el puerto de manatí portadores de disfunción masticatoria del municipio de Manatí en el periodo comprendido septiembre de 2015 a julio de 2017. Con el objetivo de caracterizar la población según edad y sexo, evaluar el conocimiento sobre la disfunción masticatoria en pacientes de 35 a 60 años, determinar los factores de riesgo de las disfunciones masticatorias de los pacientes, Identificar las necesidades de aprendizaje, aplicar una estrategia educativa a los pacientes y evaluar la efectualidad de la estrategia. Se aplicó encuestas a los pacientes antes y después de llevar a cabo la intervención, para modificar conocimientos sobre disfunción masticatoria en esta población, teniendo como muestra 100 adultos, se confeccionó un programa obteniendo como resultados , el sexo que predomino fue el masculino en el grupo de edad de 45 a 55 años, antes de la intervención el nivel de conocimiento de los pacientes era regular o mala y después de aplicada la misma fue buena , el factor de riesgo de la disfunción masticatoria que predominó fue la caries, la necesidades de aprendizaje identificados en la mayoría de los pacientes fue buena, se aplicó la estrategia educativa con buenos resultados y se evaluó la efectividad de la estrategia siendo de buena en la mayoría de los pacientes , lográndose de esta manera una mejor armonía de los componentes del Aparato Estomatognático.

PALABRAS CLAVES: Disfunción masticatoria**,** aparato estomatognático, Intervención educativa.

ABSTRACT

It was carried out an educational intervention in patients of 35 to 60 years old in the Manatì Port, corrier of to chew dysfunction of the municipality manatì in the period to include in September of 2015 to July of 2017, with the objective to characterize the population according to age and sex, to evaluate the level of knowledge about to chew dysfunction in patients of 35 to 60 years old, to determine the factors of risk of the dysfunctions of the patients, to identify the necessity of learning, to apply an educational strategy to the patients and to evaluate the effect of the strategy. It application of survey before and after of the Corry out the intervention, for to chew dysfunction in this population, to having how sample 100 adult, it manufactures a program to obtain how result, the sex that predominate wos the male in group of age of 45 to 55 years old, before of the intervention the level of knowledge of the patients wos to regulate – bod and after of application wos very good. The factors of risk to chew dysfunction that to predominate wos the tooth decay, the necessity of learning identify in the majority of the

patients wos good. It to apply the educational strategy with good result and it evaluate the effectively of the strategy are very good in the majority of the patients, accomplishment of this manner the best harmony of the component of aparat estomagtonacty.

KEY WORDS: to chew dysfunction, aparat estomagtonaty, educational intervention.

INTRODUCCIÓN

El dolor mandibular es un claro signo de disfunción del sistema masticatorio. En muchos casos puede estar acompañado de ruidos tipo clic a nivel de las articulaciones temporomandibulares, aunque el ruido articular no es un signo constante en el síndrome de dolor y disfunción temporomandibulares.

En algunos casos este dolor está combinado con dolor de cabeza o dolor de cuello y espalda, lo que justifica el nombre de síndrome de dolor y disfunción craneomandibular. Una de las causas más probables de esta patología, de la rama de la odontología, es la disfunción masticatoria.

Tanto para el diagnóstico diferencial con otras patologías que producen sintomatología similar, como para el tratamiento de la disfunción masticatoria es sumamente útil el uso de una férula oclusal. Se trata de un dispositivo removible confeccionado en material acrílico que aplicado sobre una de las arcadas dentales, permite que la mandíbula pueda conseguir una oclusión estable sin tener que forzar para nada la posición de máximo engranamiento dental. (Murphy, Meghan K; MacBarb, Regina F; Wong, Mark E; Athanasiou, Kyriacos A (noviembre a diciembre de 2013). «Temporomandibular Joint Disorders: A Review of Etiology, Clinical Management, and Tissue Engineering Strategies» [Alteraciones en la articulación temporomandibular: una revisión de la etiología, manejo clínico y estrategia de ingeniería de tejidos]. Int J Oral Maxillofac Implants (en inglés) 28 (6): e393-e414. PMID 24278954. Consultado el 23 de marzo de 2017.)

La articulación temporomandibulares es la que relaciona la mandíbula con el cráneo permitiendo la apertura y cierre de la boca, además de todos los movimientos que se realizan al hablar, comer, gesticular de forma gráfica, se puede decir que la mandíbula “cuelga” quedando sujeta al resto de la cara por los músculos de la masticación. Cuando los dientes no están colocados correctamente, al arcada superior no encaja adecuadamente con la inferior, lo que obliga a desviar la mandíbula para lograr un mejor ajuste entre las dos, forzando las articulaciones, entonces se produce la disfunción craneomandibular, que es un término acuñado por médicos para describir una serie de síntomas y signos que aparecen cuando se altera la función normal del aparato masticatorio.(González Y, Miranda-Rivera Y, Espinosa I. Cross-cultural adaptation of research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD). Rev Fac Odontol Univ Antioq 2013; 25(1): 11-25.)

Una parte de la población presenta, sin saberlo, alguna alteración funcional en el sistema masticatorio que le origina molestias diversas. La sobrecarga muscular es la causante del 50 por ciento de los dolores de cabeza. De este modo, algunas jaquecas tienen su origen en una sobrecarga de los músculos tanto faciales como del cuello proveniente de diversos factores, entre ellos el estrés, la artritis o los chasquidos de mandíbula. Cuando un individuo se siente fatigado, una manera de descargarse es

apretando los dientes, incluso cuando se está dormido. (Oral, Koray; Bal Küçük, Burcu; Ebeoğlu, Buğçe; Dinçer, Sibel (julio de 2009). «Etiology of temporomandibular disorder pain» [Etiología del dolor del trastorno temporomandibular]. AĞRI (en inglés) (Estambul) 21 (3): 89-94. Consultado el 23 de marzo de 2017.)

Este excesivo roce de los dientes, y las fuertes presiones que ejercen sobre la mandíbula son otras causas que pueden originar los dolores tanto de cabeza como de oídos. Este roce de los dientes que los va desgastando poco a poco, es el Bruxismo. (Oral, Koray; Bal Küçük, Burcu; Ebeoğlu, Buğçe; Dinçer, Sibel (julio de 2009). «Etiology of temporomandibular disorder pain» [Etiología del dolor del trastorno temporomandibular]. AĞRI (en inglés) (Estambul) 21 (3): 89-94. Consultado el 23 de marzo de 2017.

Se realizó una investigación de desarrollo en el campo de los Servicios Estomatológicos de Salud, con la aplicación de una intervención educativa, dirigida a los pacientes de 35 a 60 años del puerto de manatí.

El estudio fue desarrollado por una residente de la especialidad de Estomatología General Integral, tutorada por una especialista de primer grado en Estomatología General Integral, en el período comprendido de septiembre de 2016 a julio de 2017.

El universo estuvo constituido por pacientes de 35 a 60 cifra que constituye en ese rango de edad, quedando como muestra 100 adultos.

Se ejecutó la investigación en cuatro etapas:

- 1ra Etapa.-de Descripción e Identificación de necesidades educativas.
- 2da Etapa.- de Diseño de la estrategia.
- 3ra Etapa.- de Aplicación de la estrategia.
- 4ta Etapa.- de Evaluación de la estrategia.

Para el desarrollo de las etapas del proceso investigativo se coordinó con la delegada de la circunscripción y los propios pacientes.

Se pidió autorización para interactuar con los adultos, realizar las entrevistas y observaciones de las actividades, donde el paciente estuvo de acuerdo, permitiendo que todas las partes brindaran su total cooperación. Antes de ser incluidos los adultos en el estudio se explicó los objetivos e importancia de la intervención, se le garantizó confidencialidad en la información que aportarían y que solo serían utilizadas con fines investigativos.

Se realizó una revisión bibliográfica amplia y actualizada del Programa de Promoción, experiencias de proyectos de Intervención para la Promoción de Salud en diferentes países, el Programa Nacional de Atención de Estomatología Integral a la Población, Revistas Científicas tanto impresas como electrónicas, tesis y otras literaturas relacionadas con el tema a tratar del ámbito nacional e internacional.

En la tabla # 1 .Después de procesar la información recogida en las encuestas aplicadas a los 100 pacientes de 35 a 60 años del municipio Manatí, se obtuvieron los siguientes resultados:

EDAD	SEXO				TOTAL	
	Femenino		Masculino			
	#	%	#	%	#	%
35	6	50.0	6	50.0	12	12
40	5	38.4	8	61.5	13	13
45	7	41.1	10	59.0	17	17
50	10	53.0	9	47.3	19	19
55	9	45.0	11	55.0	20	20
60	10	53.0	9	47.3	19	19
Total	47	47.0	53	53.0	100	100

Del total de adultos examinados el 47% perteneció al sexo femenino y el 53 al masculino. Dentro del sexo femenino, la mayor cantidad de adultos se agrupo en las edades de 45 y 55 años con 53.0% y 55.0% respectivamente. La edad más representada de forma general fue: la de 55 años con un 55.0%. El predominio del sexo femenino coincide con los resultados obtenidos por Maya[15]con un 53.2%, Morales[20] con un 49,6%, Castillo[21]con un 55.3%,Rosell[24]con un 50.4%, Cantón[25]con un 54.2%, , en estudios similares

En la tabla # 2 se analiza el nivel de conocimiento de conocimiento de disfunciones masticatorias antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	#	%	#	%
Bien	15	15	86	86.0
Regular	64	64.0	6	6.0
Mal	21	21.0	8	8.0

Se evidencia que antes de aplicar las diferentes técnicas afectivo-participativas existía un conocimiento que oscilaba entre el 15% y el 64.0%. Al aplicar las actividades educativas se destaca que el nivel de conocimiento de estos adultos se elevó en todos los hábitos con valores significativos. En su estudio, Helkimo 7, Fernández 8 y Reytar 9, obtuvieron valores superiores; Barnet 10, Vimpan 11, este último en población geriátrica, encontraron resultados inferiores y Estevez 12 y Clark 13 cifras similares. Los estudios de Reytar 9, Estevez 12 y el neustro se realizaron en grupos con el mismo rango de edades. Algunas investigaciones han aportado que la disfunción del Sistema Masticatorio es más frecuente en pacientes jóvenes 3, 14 y otras 8, 10 no han encontrado diferencias respecto a la edad, considerado que puede presentarse por igual en cualquier momento de la vida.

Estos resultados demuestran la necesidad de que el EGI incremente y perfeccione la labor educativa en nuestra población adulta, enfatizando en las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.

En la tabla # 3 Al estudiar los diferentes tipos de hábitos por edades antes y después de la intervención

Edad	**HABITOS**									
	caries		periodontopatias		Otros		queilofagia		bruxismo	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
35	6	15.3	5	21.3	-	-	1	9.0	2	25
40	7	18.0	3	12.5	3	17	2	18.1	3	37.5
45	5	13.0	6	25	6	33.3	1	9.0	1	12.5
50	8	20.5	4	17	3	17	2	18.1	2	25
55	4	10.2	2	8.3	2	11.1	2	18.1	-	-
60	9	23.0	4	17	4	22.2	3	27.2	-	-
total	39	39.0	24	24.0	18	18.0	11	11	8	8

N=100

En el cuadro # 3 muestran los siguientes resultados: el problema que predomino fue la caries con un 39.3%. Clínicamente la reducción de estas entidades es favorable pues repercutirá en un menor número de alteraciones en el aparato estomatognático, aunque también existen otros hábitos como la onicofagia, el bruxismo, pero hemos notado su significativa reducción, esto demuestra que si se combinan labores educativas, preventivas y terapéuticas lograremos resultados más satisfactorios.

CONCLUSIONES

Predomino el sexo masculino en el grupo de edad de 45 a 55 años. Antes de la intervención el nivel de conocimiento de los pacientes era regular o mala y después de aplicada la misma fue buena. El factor de riesgo de la disfunción masticatoria que predominó fue la caries, Las necesidades de aprendizaje identificados en la mayoría de los pacientes fue buena. Se aplicó la estrategia educativa con buenos resultados y se evaluó la efectividad de la estrategia siendo de buena en la mayoría de los pacientes.

REFERENCIAS

Alfonso Betancourt MM, Martínez Naranjo T, Pria Barros MC, Roche Martínez A, García Alonso A. Salud bucal de la población. Policlínicos “Plaza de la Revolución “Héroes del Moncada”; {en línea} 2004 {consultado 20 de julio 2007}. URL disponible en: http://wwwscielo.cu/scielo.

Articulación Temporomandibular (ATM). Síndrome de disfunción masticatoria. Enfermedades, Salud bucal - 30 marzo, 2015

Colectivo de Autores.: Objetivos, propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana. Editorial Ciencias Médicas; Feb., 1992.

Chavez V. Propuesta de un folleto educativo para adultos/as asmaticos de la escuela Gerrillero Heroico. Tesis de maestria en Promocion y Educacion para la Salud. ENSAP; 2004:20.

Ferreiro Jorge (diciembre de 2012). «Presentación de una nueva patología oral: el "Compromiso Articular Temporomandibular"». Revista Oficial del Colegio de Dentistas de Guuzkoa (24): 25-29. Consultado el 23 de marzo de 2017.

González Y, Miranda-Rivera Y, Espinosa I. Cross-cultural adaptation of research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD). Rev Fac Odontol Univ Antioq 2013; 25(1): 11-25.

http://www.clinicadentalcaballero.es/articulacion-temporomandibular-atm-sindrome-de-disfuncion-masticatoria/

https://es.wikipedia.org/wiki/Trastornos_de_la_articulaci%C3%B3n_temporomandibular

https://clinicadentaltelenti.com/salud-oral-tratamientos/tratamientos/sindrome-de-disfuncion-masticatoria

http://www.cenocom.es/articulacion-tempomandibular-atm-sindrome-de-disfuncion-masticatoria/

In información tratamientos, patologías, tratamientos de prevencion by clinica dental cenocom junio 2008, 2010Leave a Comment

Lorena-Avellaneda Mesa, José (2008). «Compromiso articular temporomandibulares». Revista mexicana de odontología clínica (México) 2 (3): 4-8. Consultado el 22 de marzo de 2017.

Mora Pérez C, López Fernández R. Tratamiento Ortodóncico-Logopédico utilizando un aparato de Hawley modificado, Rev. Electrónica. Medisur,2004.

Manfredini D, Arveda N, Guarda-Nardini L, et al. Distribution of diagnoses in a population of patients with temporomandibular disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012; 114(5):35-41

Motghare V, Kumar J, Kamate S, et al. Association between harmful oral habits and sign and symptoms of temporomandibular joint disorders among adolescents. J Clin Diagn Res 2015; 9(8):ZC45-8.

Mello CE, Oliveira JL, Jesus AC, et al. Temporomandibular disorders dysfunction in headache patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2012; 17(6):1042-1046.

Nixdorf DR, Drangsholt MT, Ettlin DA, et al. International RDC-TMD Consurtiom. Classifying orofacial pains: a new proposal of taxonomy based on ontology. J Oral Rehabil 2012; 39(3):161-169.

Okeson JP, de Leeuw R. Differential Diagnosis of Temporomandibular Disorders and Other Orofacial Pain Disorders. Dent Clin North Am 2011; 55(1):105-120.

Oral, Koray; Bal Küçük, Burcu; Ebeoğlu, Buğçe; Dinçer, Sibel (julio de 2009). «Etiology of temporomandibular disorder pain» [Etiología del dolor del trastorno temporomandibular]. AĞRI (en inglés) (Estambul) 21 (3): 89-94. Consultado el 23 de marzo de 2017.

Programa Nacional de Atención Integral a la población. Ciudad de la Habana. Cuba. Febrero 2002.

Salas Adam M. Intervencion educativa de higiene bucal en adolescentes. Municipio 10 de octubre. Tesis de maestriaemEducacion para la Salud. Ciudad de la Habana; 2003:52.

Varela M. Problemas Bucodentales en Pediatría. Tomado de: http://www.entornosocial.es/reporta.html1999.

Wikipedia no es un consultorio médico Aviso médico.

CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCAL DE LOS NUEVOS SOLDADOS EN EL MUNICIPIO TUNAS (2018)

CHARACTERIZATION OF THE STATE OF BUCCAL HEALTH OF THE NEW ONES SOLDIERS IN THE MUNICIPALITY TUNAS (2018)

Uvisley Cruz Corrales

Taimi Santos Velázquez taimisantos@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal en el municipio Tunas, provincia Las Tunas en el mes de julio de 2018, con el objetivo de caracterizar el estado de salud bucal de un grupo de nuevos soldados mediante el examen clínico y detallada anamnesis. La población de estudio estuvo constituida por 122 nuevos soldados de 17 a 20 años de edad del sexo masculino. Se tomaron en cuenta variables como: prevalencia de Caries dental, estado de severidad de la Gingivitis crónica, clasificación epidemiológica y enfermedades crónicas no trasmisibles.Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos. La información obtenida se procesó a través de la estadística descriptiva mostrando los resultados en textos y tablas. Predominó el grupo etario de 17-18 años, los enfermos como clasificación epidemiológica, el Asma Bronquial como enfermedad crónica no trasmisible, la inflamación gingival moderada y la prevalencia de caries moderada de 2,7.

PALABRAS CLAVES: soldado, caries dental, gingivitis, enfermedades crónicas no trasmisibles

ABSTRACT

For was carried out it a traverse descriptive epidemic study in the municipality Tunas, county The Tunas in the month of July of 2018, Itwas carried out a traverse descriptive epidemic study in the municipality Tunasof the county Las Tunas in the month of July of 2018, with the objective of characterizing the state of buccal health of a group of new soldiers by means of the exam clinical and detailed anamnesis. The study population was constituted by 122 new soldiers from 17 to 20 years of age of the masculine sex. They took into account variables as: prevalence of Dental Caries, state of severity of the Chronic Gingivitis, epidemic classification and Chronic illnesses not transmissible. Theoretical, empiric and statistical methods were used. The obtained information was processed through the descriptive statistic showing the results in texts and charts. The group 17-18 year-old prevailed, the sick persons as epidemic classification, the Bronchial Asthma as chronic illness not transmissible, the inflammation moderate gingival and the moderated cavity prevalence of 2,7.

KEY WORDS: soldiers, dental caries, gingivitis, chronic illnesses not transmissible

INTRODUCCIÓN

Al triunfar la Revolución se estableció un sistema de organización capaz de garantizar la salud a la población, como premisa fundamental para poder iniciar el camino hacia la construcción de una nueva sociedad, lo cual ha favorecido la aparición de cambios

cualitativos y cuantitativos en el Sistema Nacional de Salud y particularmente en la Estomatología.

Para alcanzar estos propósitos el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Estomatología ha ido adoptando formas organizativas que se corresponden con el resto del Sistema Nacional de Salud.

Todas estas formas organizativas de atención se han estructurado en un programa que enuncia los objetivos a alcanzar y las actividades a ejecutar para lograrlos. Desde 1992, el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población es el que rige el trabajo de los servicios estomatológicos en nuestro país. (Colectivo de autores, 2017)

Para garantizar una integralidad en la atención estomatológica con un enfoque social y clínico epidemiológico se da atención a grupos de la poblacion que se priorizan, entre estos grupos es preciso mencionar a los nuevos soldados.

Los **nuevos soldados** son los ciudadanos cubanos que van a realizar el servicio militar obligatorio, por un término de uno a dos años según corresponda y son captados por funcionarios de las Fuerzas Armadas Revolucionarias (FAR) después de cumplir los 16 años.

Entre las acciones que describe el Programa Nacional de Atención Estomatológica a desarrollar para dar atención a este grupo de nuevos soldados están: hacer coordinaciones con el Ministerio de las FAR para su atención, realizar anualmente exámenes bucales, dispensarizar y dar atención estomatológica curativa. (Colectivo de autores, 2017)

A estos nuevos soldados en las instituciones de salud de la provincia, se les realiza un chequeo médico general y estomatológico por profesionales de la salud de diferentes especialidades, chequeo que previamente se coordina para determinar si están aptos tanto físico como mentalmente para cumplir la tarea que la revolución les tiene encomendada.

En el examen estomatológico se confecciona la Historia Clínica Individual Estomatológica (HCIE), (Alcolea y otros, 2017) donde se describe mediante una detallada anamnesis y un examen clínico riguroso las características físicas generales e individuales de cada nuevo soldado, se diagnostican las diferentes patologías del complejo estomatognático, se realiza labor de promoción, prevención, curación y rehabilitación a todo el que la necesita.

Por la importancia de conocer sobre el estado de salud bucal de los nuevos soldados y la no existencia de informes científicos publicados sobre este tema en Las Tunas nos dimos a la tarea de realizar esta investigación descriptiva, para caracterizar el estado de salud bucal de los nuevos soldados de julio de 2018, en el municipio Tunas.

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal en el municipio Tunas en el período de julio de 2018, con el objetivo de caracterizar el estado de salud bucal de un grupo de nuevos soldados mediante el examen clínico y detallada anamnesis.

Caracterización del estado de salud bucal de un grupo de nuevos soldados en el municipio Tunas (2018)

La población de estudio estuvo constituida por 122 nuevos soldados de 17 a 20 años de edad del sexo masculino. Se tomaron en cuenta variables como: clasificación epidemiológica, estado de severidad de la Gingivitis crónica, y enfermedades crónicas no trasmisibles yprevalencia de Caries dental.

Clasificación epidemiológica	No	%
Sano con riesgo	25	20,5
Enfermo	85	69,7
Deficiente discapacitado	12	9,8
Total	122	100

Tabla # 1 Distribución de los nuevos soldados según clasificación epidemiológica, julio de 2018.

En la **tabla # 1** se puede observar la distribución de los nuevos soldados de julio de 2018, según clasificación epidemiológica donde predominó el grupo enfermo con 85 para el 69,7 %, seguido del grupo sano con riesgo 25 para el 20,5 % y luego el grupo deficiente discapacitado con 12 para un 9,8 %. No se encontraron nuevos soldados sanos.

Los resultados de esta investigación reflejan que de los 85 nuevos soldados enfermos la caries dental fue la principal enfermedad bucal. Estos resultados se deben a la complejidad de la etiología de la caries, a la respuesta individual a los diversos factores, a las deficiencias de la higiene bucal que se traducen en mayor acumulación de placa dentobacteriana facilitando el proceso de desmineralización y el riesgo a caries dental (Ochoa, 2014).

Otro resultado desfavorable es la no presencia de soldados en el grupo I, sano. Esto se asocia a que debemos interpretar al estado de salud de una persona como un estado de completo bienestar bio-psi-social, (Alcolea y otros 2017) donde la persona no puede estar sometida a la influencia de ningún factor de riesgo. Aspecto muy difícil de lograr, ya que estamos sometidos a situaciones estresantes de la vida cotidiana. El estrés es considerado un factor importante que influye negativamente en la salud bucal por sus efectos en la circulación gingival, el flujo salival e incluso la función leucocitaria (González y otros, 2017).

Enfermedades crónicas no trasmisibles	No	%
Hipertensión Arterial (HTA)	5	4,1
Diabetes Mellitus (DM)	2	1,6

Asma Bronquial (AB)	17	13,9
Total	24	19,7

Tabla # 2 Distribución de los nuevos soldados según enfermedades crónicas no trasmisibles, julio de 2018 (n=122).

Se observa en la **tabla # 2** la distribución de las principales enfermedades crónicas no trasmisibles, predominan los nuevos soldados con Asma Bronquial con 17 nuevos soldados para el 13,9 %, seguido de la Hipertensión Arterial (HA) con 5 nuevos soldados para un 4,1 % y con menor presencia la Diabetes Mellitus (DM) con 2 para un 1,6 %.

Nuestros resultados no coinciden con otros autores donde predomina la Hipertensión Arterial como principal enfermedad crónica no transmisible, (Díaz y otros, 2019) en Cuba se han realizado investigaciones que muestran como en la población pediátrica la prevalencia de la HTA infantil oscila entre 3 a 5 % en dependencia del grupo etáreo, a mayor edad mayor por ciento de hipertensión, y en la población de 15 y más años oscila entre 24 % y 25 % siendo importante desde esas edades tomar medidas para su control. El incremento de la presión arterial obedece a una cierta predisposición hereditaria dependiente de influencias medio ambientales y a la ingesta de sodio en cantidades por encima de las normales y el estrés (Rodríguez y otros, 2016).

Se debe tener presente que ciertos tratamientos para la hipertensión arterial derivan en manifestaciones orales como: xerostomía (por el uso de medicamentos antihipertensivos, los cuales lo hacen muy susceptibles a caries), enfermedad periodontal y lesiones similares al liquen plano en cara interna de mejillas. (González y otros, 2013).

La Diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas presentes en los nuevos soldados y juega un papel primordial en la aparición de las periodontopatías, porque en los diabéticos se aprecia: retardo en la formación de los linfocitos y disminución en su actividad, es decir, hay variaciones no solo en cantidades sino también en calidad. Disminución del aporte sanguíneo del periodonto por la microangiopatía diabética, donde los vasos sanguíneos por alteración de sus capas internas disminuyen su luz y ello trae como consecuencia la disminución del transporte de los nutrientes y oxígeno; el periodonto se hace más vulnerable a los embates del medio exterior. La pérdida del soporte óseo ocurre de manera más frecuente y extensa (Ochoa y otros, 2014).

El predominio del Asma Bronquial lo asociamos al factor de riesgo ambiental como predominante en el 100% de la población dado por el mal estado de las calles, el ruido y la contaminación ambiental dentro y fuera de los hogares, debido a la presencia de contaminantes atmosféricos resultados de la quema de combustibles fósiles (petróleo) como consecuencia del transporte terrestre por ser el municipio Las Tunas un territorio urbanizado. Todo ello trae consigo el incremento de las enfermedades crónicas no trasmisibles como el asma bronquial.

> “Larelación entre enfermedades periodontal y enfermedades respiratorias se establece siempre que exista fallo en los mecanismos de defensa. Las patologías más frecuentemente asociadas son la neumonía bacteriana, bronquitis, enfermedad

pulmonar obstructiva crónica, y abscesos pulmonares"(González, M.E.y otros, 2017:146).

La población de nuestro estudio estuvo representada en su totalidad por el sexo masculino y solo dos nuevos soldados estaban diagnosticados con DM para el 1,6%. En el mundo hay una tendencia a que la DM se presente más en el sexo femenino a razón de dos mujeres por hombre; datos muy similares se encontraron en Cuba (Navarro y otros, 2014).

En la actualidad se ha querido vincular las enfermedades coronarias (ateroesclerosis) con la enfermedad periodontal, pero ha resultado difícil para los estudios epidemiológicos sustentar esta asociación ya que en ambas enfermedades coexisten varios factores de riesgos(González y otros, 2017).

Severidad de la Gingivitis crónica	No	%
Gingivitis crónica leve	15	12,2
Gingivitis crónica moderada	21	17,2
Gingivitis crónica severa	3	2,4
Total	39	31,9

Tabla # 3 Distribución de los nuevos soldados según grado de severidad de la Gingivitis crónica, julio de 2018.

Se aprecia en la **tabla # 3** el grado de severidad de la Gingivitis crónica donde predominó la Gingivitis crónica moderada en 21 nuevos soldados para el 17,2 %, seguido de la Gingivitis crónica leve en 15 para un 12,2 % y la Gingivitis crónica severa solo se observó en 3 nuevos soldados para un 2,4 %. Es importante destacar que de los 39 nuevos soldados afectados por algún grado de severidad de gingivitis 37 se diagnosticaron con Gingivitis crónica edematosa, para el 97,7 %. Estos resultados se asocian a que en estas edades el papel de las hormonas sexuales o sus metabolitos contribuyen en la modificación de la respuesta inflamatoria o el aspecto o el estado de la encía, las secreciones endocrinas de la pituitaria, el tiroides y las glándulas paratiroides son potencialmente capaces de modificar el estado del periodonto. Frecuentemente, la pubertad al promover la producción y circulación de las hormonas sexuales se acompaña de una respuesta inflamatoria exagerada de la encía a la irritación local. Aunque la prevalencia y gravedad de la enfermedad gingival aumentan en la pubertad, es preciso comprender que la gingivitis no es de aparición universal durante este período; con el cuidado adecuado de la boca se puede prevenir(González y otros, 2017).

Nuestros resultados coinciden con los de Lopez & Santos (2017)que predominó la Gingivitis crónica moderada.

Los hallazgos de este estudio coinciden con lo encontrado por otros autores, quienes señalan que la prevalencia de la enfermedad periodontal es más alta en los grupos de mayor edad en comparación con los más jóvenes, por la frecuencia y la prevalencia de

gingivitis crónica incrementada con los años y por el efecto acumulativo de la destrucción de los tejidos (Santana y otros, 2014).

Cariados	116
Obturados	162
Perdidos	29
Indicados para extraer	23
Índice de CPO-D	2,7

Tabla # 4 Prevalencia de Caries dental, julio de 2018 (n=122).

La prevalencia de caries dental mostrada en la **tabla # 4** fue considerada moderada con valor de 2,7. Estos resultados no coinciden con otro realizado en Ecuador donde los índices de CPOD (promedio de piezas definitivas cariadas, perdidas u obturadas) en Ecuador Caries a la edad de entre 6 y 7 años muestran un CPOD de 0,22, y pasa a 2,95 a la edad de 12 años y a 4,64 (CPOD) a la edad de 15 años. Esto define un nivel severo de acuerdo con lo establecido por la OPS/OMS (Raza y otros, 2010)

Estos valores se asocian a que en la media (14 a 16 años), la disminución del interés en el cuerpo limita las acciones en salud, sin embargo, el creciente interés en la búsqueda de pareja puede ser un objetivo relacionado. En la adolescencia tardía (17 a 19 años), la comunicación se facilita porque existe la influencia familiar y de los pares en la toma de decisiones.

Se aprecia que, de una manera u otra, la preocupación por el aspecto físico y la valoración personal de la estética ascienden de forma gradual durante el desarrollo de ambas etapas de la vida, afirman otros autores como: Miranda, (2017), Feregrino, Gutiérrez, (2016) y Tirado, (2016). Numerosas investigaciones han refrendado, desde la ciencia, el papel que desempeña la dentadura en el atractivo físico global del individuo (Florian y otros, 2016).

A lo largo de la adolescencia, la persona es más capaz de cuestionarse diferentes aspectos sobre sí misma, es decir, de ser más autocrítica. Los adolescentes deben afrontar situaciones en relación con su estética, que dependen en mayor medida del juicio y valoración de padres, profesores y en especial de sus compañeros (García, 2018).

CONCLUSIONES

En nuestra investigación predominó: el grupo etario de 17-18 años, el Asma Bronquial como enfermedad crónica no trasmisible, la Gingivitis crónica edematosa es su forma de severidad moderada, la prevalencia de caries fue moderada.

Estos resultados se asocian a la atención estomatológica integral con un enfoque socialy clínico epidemiológico que ha recibido este grupo priorizado de nuevos soldados.

REFERENCIAS

Alcolea, J.L. León, Z. Pérez, D.L. Reyes, A.L. Rosales, M. Cabrera, S. y Coll, A.M. (2015). Manual para la confección de la historia clínica. Atención Primaria de Salud en Estomatología. Editorial de Ciencia Médicas. La Habana. Recuperado en 10 de agosto de 2019, de http://www.sld.cu/noticia/2015/03/29/manual-para-la-confeccion-de-la-historia-clinica-atencion-primaria-de-salud-en-es

Colectivo de autores (2017). Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba.

Díaz Couso, Yusimith, Jorge Mayedo, Dixsandra, Santos Velázquez, Taimi, Reyes Nieblas, Junior, & Guerra García, Keiler. (2019). Análisis de la Situación de Salud Bucal de un Consultorio Médico de Familia. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 23(1), 22-31. Recuperado en 19 de agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000100022&lng=es&tlng=es.

Feregrino, L. y Gutiérrez, J. (2016). Percepción y efectos psicosociales de las maloclusiones. [en línea]. Revista Tamé, 4(12), 443-447. Recuperado en 1 de agosto de 2019, de https://docplayer.es/48788011-Percepcion-y-efectos-psicosociales-de-las-maloclusiones.html

Florian K., Carruitero M., Bernabé E. y Flores C.(2016). La autoestima en los adolescentes con Clase I de Angle, II y III maloclusión en una muestra peruana. Dental Press J Orthod.. 21(2), 59-64.Recuperado en 19 de agosto de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/303742623_Self-esteem_in_adolescents_with_Angle_Class_I_II_and_III_malocclusion_in_a_Peruvian_sample

García, S.Y. (2018). Formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con Anomalías Dento Maxilares en estudiantes de Estomatología. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Camagüey “Ignacio Agramonte y Loynaz” Centro de Estudios de Ciencias de la Educación “Enrique José Varona”.

González G. y otros (2013).Estomatología General Integral. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba.Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/libros/estomatologia_general_integral/indice_p.htm

González, M.E. y otros. (2017). Compendio de Periodoncia.Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. Recuperado de http://www.sld.cu/noticia/2017/09/05/compendio-de-periodoncia

Lopez, L.& Santos, T. (2018). Caracterización de pacientes con Gingivitis Crónica en el Policlínico Docente “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Publicado en ISBN: 9789597225348Vol. II, Capítulo Estomatología. Coedición Editorial Académica Universitaria Opuntia Brava.

Miranda, A.R. (2017). Impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes de una institución educativa de Lince–Lima [en línea]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6788

1Jiménez, R., Moreno, B. Leyton, M. y Claver, F. (2015). Motivación y estadios de cambio para el ejercicio físico en adolescentes. [en línea]. Revista Latinoamericana de Psicología, 47, 196-204. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053415000151

Navarro Prado, Silvia, González-Jiménez, Emilio, Yus López, Leticia, Tovar Gálvez, María Isabel, & Montero-Alonso, Miguel Ángel. (2014). Análisis de conocimientos, hábitos y destrezas en una población diabética infantil: intervención de Enfermería. *Nutrición Hospitalaria*, *30*(3), 585-593. https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.3.7357

Ochoa González, Diego A. (2016). Situación de Salud Bucal de 20 familias pertenecientes al Policlínico Docente Plaza. 2014.*Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *15*(3), 451-461. Recuperado en 20 de agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000300014&lng=es&tlng=es.

Raza y otros (2010). Estudio Epidemiológico Nacional de Salud Bucal en Escolares Menores de 15 años del Ecuador. Quito: MSP/OPS. http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9913/1/T-UCE-0015-622.pdf

Rodríguez Jiménez ML, Martínez Céspedes LI, Ladrón de Guevara Cruz TE, Lao Bernal ÄY. Análisis de la situación de salud bucal de un consultorio médico de la familia. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2016 [citado 2018 ene 26]; 41(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/646

Santana Fernández, KadirArgelio, Rodríguez Hung, ArmelisMailyn, Silva Colomé, María Elena, Núñez Antúnez, Leonardo, & García Fajardo, Ileana. (2014). Características de la enfermedad periodontal en la población atendida en consulta externa de la Clínica Estomatológica "Camilo Torres Restrepo". *MEDISAN*, *18*(7), 915-922. Recuperado en 20 de agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700005&lng=es&tlng=es.

Tirado, M.A. (2016). Asociación entre autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad. [en línea]. Trujillo-Perú: Universidad privada Antenor Orrego. Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2395/1/RE_ESTO_MARY.TIRADO_ASOCIACION.ENTRE.AUTOESTIMA.Y.MALOCLUSION_DATOS.PDF

ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DEL ESTOMATÓLOGO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL

ORIENTATION ACTIVITIES FOR THE PREPARATION OF THE STOMATOLOGIST IN ORAL HEALTH PROMOTION

Yadira Rosales Ramírez, rosamirez2000@ltu.sld.cu

Lucía Rafael Martínez

Migdalia González Salazar

RESUMEN

En el campo de la Estomatología la promoción de la salud bucal es una prioridad para cumplimentar los objetivos que demanda el modelo del profesional, lo cual está en función de la prevención, curación y rehabilitación. El presente artículo tiene la finalidad de exponer algunos fundamentos que sustentan el proceso de orientación en la formación inicial del estomatólogo para el desempeño de las actividades de educación para la salud en la población. El mismo constituye una herramienta útil para que los educandos desarrollen hábitos y habilidades encaminadas hacia la planificación, ejecución. Control y evaluación de las acciones en su contexto de actuación, lo que coadyuva el aprendizaje desarrollador desde la doble intencionalidad para sí y para los pacientes.

PALABRAS CLAVES: promoción de salud bucal, formación inicial, orientación, aprendizaje desarrollador.

ABSTRACT

In the field of stomatology, the promotion of oral health is a priority to fulfill the model, which is closely related with the prevention, healing, and rehabilitation of the patient. This article has an its main objective to show some of the fundamentals which support the process of orientation in the initial formation of dentists for the development of the educative for the population´s health. It constitutes a useful stool for the dentists to be in order them to develop habits and skills headed towards the planning, accomplishment, control, and assessment of the actions in their performance context, which helps the developing learning from its double purpose and also for the patients.

KEY WORDS: oral health promotion, initial formation, orientation, developing learning.

INTRODUCCIÓN

“En realidad no resiste comparación el camino que lleva el trabajo de la salud con el camino del pasado. Desde luego, me refiero exclusivamente a la cosa directa, a la atención directa, a la medicina terapéutica y a la medicina preventiva, que es la que nosotros realmente debemos tratar de desarrollar también en grado máximo. Las dos, pero sobre todo seguir el principio de evitar las enfermedades” (Castro, 1962).

A tono con la frase anterior de nuestro máximo líder, el estomatólogo en su “deber ser”, la promoción de la salud bucal constituye la piedra angular en su accionar diario. Para ello se hace necesario el saber enseñar el modo de aprender y poner en práctica todos los conocimientos y habilidades, que logren transformaciones positivas para la vida, de manera consciente y responsable en la población.

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa en 1986, se dio a conocer que, “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”. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

El enfoque de promoción de salud se ha fortalecido como empoderamiento, o sea que la persona tome decisiones saludables y ejerza control sobre su vida, y esto puede realizarse en cualquier etapa del proceso salud enfermedad: el paciente en riesgo, enfermo o en fase de rehabilitación. Bonal, R (2019).

En la práctica pre profesional, los estomatólogos en su formación inicial se apropian de recursos que les permiten en consecuencia, practicar modos de actuación en consonancia con las exigencias sociales; es por ello que debe prepararse para que en la práctica pueda incidir de manera positiva en la comunidad, con la aplicación de las habilidades para el desarrollo de actividades que logren la motivación y sobre todo el actuar de forma consciente en la transformación de conductas y hábitos perjudiciales para la salud bucal como el tabaquismo, alcoholismo, ingestión de alimentos azucarados fuera de los horarios, la mala higiene bucal entre otros.

La calidad en las actividades de Promoción de Salud garantizará mayor efectividad en los cambios de actitud ante inadecuados estilos de vida, para ello es necesario una correcta comunicación encaminada a motivar a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos en relación con la salud o a utilizar los servicios existentes. Tiene como premisa las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales; promueve el diálogo (también llamado comunicación en 2 sentidos), el intercambio de ideas y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas.

Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una combinación estratégica de la comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales, lo cual se logra a través de una correcta orientación con una doble intencionalidad para sí y para con los pacientes, por tanto constituye un reto para los educadores el rol de acompañamiento partiendo del diagnóstico de las necesidades de aprendizaje de los estomatólogos en formación inicial, relacionadas con la promoción de la salud bucal, lo que permitirá la atención a las individualidades y aprovechar las potencialidades, en aras de alcanzar una buena preparación en este campo de la salud y fortalecer la medicina comunitaria, mediante la adquisición de habilidades que permitan la formación de estomatólogos promotores de la salud, lo que conlleva a una mejor calidad de vida en nuestra población.

La preparación del estomatólogo para las actividades de promoción de salud bucal

En estomatología se han realizado investigaciones relacionadas con la preparación del estomatólogo en promoción de salud bucal. Tal es el caso de Toledo (2012), quien propone un modelo para el perfeccionamiento de la actividad de promoción de salud bucal, en estudiantes de Estomatología. Este autor reconoce que, con la implementación de dicho modelo no todos lograron vencer los niveles de comunicación

a nivel grupal, ni las insuficiencias en cuanto al dominio de las categorías básicas de promoción de salud, ni su limitada capacidad para sistematizar e integrar los conocimientos sobre hábitos, habilidades y actitudes de promoción de salud bucal.

Por otra parte, Toledo (2014) corroboró insuficiencias en las labores de promoción de salud por parte de los estomatólogos, quienes, a veces solo se proyectan hacia los factores de riesgos en el caso del cáncer bucal.

Aparicio (2014), propuso una metodología para la evaluación de la gestión de la integración de la docencia con la atención a la salud, donde se evalúan los indicadores de formación de habilidades en el pregrado y postgrado, formación y desarrollo de las cualidades profesionales y la satisfacción de estudiantes, residentes y de la población con los servicios recibidos.

Saez et col (2018) manifiesta en su investigación que, la aplicación de técnicas educativas para el empoderamiento de los pacientes de conocimientos y habilidades para el cambio de conductas negativas respecto a la salud bucal resultan efectivas y estas actividades están condicionadas por la motivación, sin embargo, en la práctica a juicio de la autora, no siempre a su egreso el estomatólogo está preparado para ejercer este tipo de actividades, debido a la falta de orientación que le permita lograr la independencia, la motivación, la creatividad y el desarrollo de habilidades fundamentalmente las comunicativas.

La autora de este trabajo, mediante visitas a consultorios médicos de la familia, conversaciones formales e informales con estomatólogos y pacientes, así como la observación de actividades de promoción relacionadas con la salud bucal, le permitieron detectar las siguientes insuficiencias en la preparación del estomatólogo en formación, específicamente en el grado terminal que realiza el internado en la Clínica Estomatológica Docente 3 de Octubre del Municipio Tunas.

- Los estomatólogos en formación inicial se cohíben de realizar actividades de educación para la salud con los pacientes en su comunidad.
- Empleo de escasas vías para desarrollar actividades de educación para la salud con pacientes en las consultas de atención primaria.
- Limitación en cuanto a recursos materiales para el desarrollo de actividades de educación para la salud con pacientes en la comunidad.

Estas insuficiencias intuyen la formulación del siguiente **problema científico:** insuficiente preparación de los estomatólogos en formación inicial, para el desarrollo de actividades de promoción de salud bucal en pacientes, lo que limita su desempeño profesional.

Fundamentación de la propuesta de actividades de orientación para la preparación del estomatólogo en promoción de la salud bucal

La orientación ha sido abordada por diferentes autores, en el ámbito escolar se destaca Del Pino, J,L(1988), quien la define como "……. un proceso que se puede programar y dirigir, pero sólo se realiza a través de la comunicación con el estudiante y estimulando su autodeterminación, protagonismo y responsabilidad con sus decisiones y conductas.

La función orientadora del docente en la formación inicial del estomatólogo para las actividades de promoción de la salud bucal, es fundamental para el desarrollo de las habilidades en el desempeño profesional con una doble intencionalidad ,pues este además de ser orientado para el accionar eficientemente, deberá orientar a sus pacientes a través de métodos y técnicas que les permitan la práctica del autocuidado de la salud bucal con responsabilidad, conocimiento y de esta forma incide favorablemente en ladisminución de la morbi y mortalidad dentaria mediante la promoción y prevención de las enfermedades bucales.

La propuesta que se presenta consiste en actividades de orientación para fortalecer la preparación a los estomatólogos en formación inicial para el desarrollo de la promoción de salud bucal en los diferentes contextos, estas actividades se desarrollan a través de encuentros con una frecuencia semanal, utilizando para ello diferentes vías como: reflexiones, debates, talleres presenciales, Educación en el trabajo en la clínica y en la comunidad. En todos los casos el personal que se prepara interactúa con los demás compañeros y se intercambian experiencias positivas. El desarrollo de los mismos abarcó el curso 2018-2019, en este caso las actividades fueron dirigidas a los 10 estomatólogos en formación inicial que realizan su etapa de internado en la Clínica Estomatológica Docente 3 de octubre.

Se desarrollaron un total de nueve actividades con las siguientes características:

Se incluyeron talleres, reflexiones, debates y por lo general se trató de evitar el trabajo frontal y directo con la muestra, estos interactúan mutuamente y aprenden mediante un proceso de orientación por parte del profesor que incentiva la motivación y la creatividad en los estomatólogos en formación inicial, donde se logra la reflexión, el autorreflexión y la valoración grupal, por lo que son protagonistas de su propio aprendizaje y de la adquisición de los conocimientos.

La propuesta de actividades concebidas se fundamentó psicológicamente en las concepciones del aprendizaje Histórico-Cultural: principio de la unidad personalidad, actividad y comunicación, el término vigotskiano: zona de desarrollo próximo, la unidad y relación dialéctica entre lo instructivo, educativo y desarrollador, la unidad de lo cognitivo y lo afectivo en la personalidad, el conocimiento de las características de cada uno de los integrantes del grupo, con el objetivo de incentivar el aprendizaje desarrollador en función de la elaboración de métodos y técnicas que generen la independencia y creatividad en los estomatólogos en formación inicial para brindar promoción de salud bucal en los diferentes contextos de su actuación.

Al analizar la estructura de la actividad encontramos que esta transcurre a través de los objetivos o fines conscientes y que para la obtención de las mismas se despliegan acciones, ahora bien, las vías, los procedimientos, métodos, mediante los cuales la acción se manifiesta con dependencia de las condiciones en que se debe alcanzar el objetivo o fin, se denominan operaciones y se da en la relación sujeto-objeto.

Las actividades tienen un determinado propósito, preparar al estomatólogo en formación inicial para su desarrollo personal y social. Las actividades se encuentran ordenadas en dependencia de la complejidad del tema.

La estructura metodológica de las actividades fue la siguiente: Titulo, objetivo, Tiempo de duración, medios, introducción, Desarrollo y conclusiones. Los métodos y

procedimientos que se emplean para aprender permiten el desarrollo del grupo, entre los que destacamos el debate, la conversación, el intercambio de experiencias y las técnicas participativas.

Los medios y materiales son básicamente: marcadores con mensajes de salud, pizarra, láminas, diapositiva, modelo dental, cepillo entre otros.

Se preparó un encuentro que consistió en sensibilizar y motivar a los estomatólogos en formación inicial con los temas a desarrollar, además se realizó la presentación de los participantes, el conocimiento de sus expectativas y la elaboración del encuadre, donde se presenta la metodología a seguir a partir del conocimiento de lo que abordarán en los mismos.

Otras cuatro actividades fueron dedicadas al diseño de las actividades de educación para la salud a partir de situaciones problémicas simuladas, estas son muy importantes, pues las temáticas de cada sesión es parte de lo general, lo que va permitiendo profundizar y ampliar los conocimientos del contenido temático.

Cuatro actividades se implementaron en escuelas, consultorios, la clínica y en la comunidad, con las cuales demostrarán las habilidades para la promoción de la salud bucal en la práctica y una actividad de cierre donde se hace una valoración general, donde participan los estomatólogos en formación inicial, que permite la retroalimentación acerca de las vivencias positivas, negativas en vistas a perfeccionar y o mejorar la concepción de las actividades para la promoción de la salud bucal.

Se concluyó la propuesta con una actividad de cierre que recoge las vivencias en opiniones que ha provocado la sesión en los miembros del grupo sobre lo positivo y lo negativo.

Para evaluar el impacto de la propuesta en función de sus objetivos, se debe controlar su aplicación lo que se realizará al final con cada una de las técnicas de cierre y en el taller final donde se recogerán criterios y opiniones que el grupo tiene acerca de las sesiones desarrolladas y los conocimientos que han adquirido desde el punto de vista teórico-práctico y metodológico.

Ejemplos de las actividades realizadas donde se evidencia la función orientadora del profesor hacia un aprendizaje desarrollador

Actividad 1.

Título: ¿Cómo ayudo a mis pacientes para que aprendan y contribuyan al autocuidado de la salud bucal?

Objetivo: Motivar y preparar a los estomatólogos en formación inicial para la planificación y el diseño de las actividades educativas.

Medios: Marcadores, cartulina, lápices a colores, computadora, murales.

Tiempo: 2 horas

INTRODUCCIÓN:

El profesor saludará a los estudiantes y ordenará situarse por grupos según corresponda para organizar la exposición preparada a partir de la tarjeta designada para tal fin, aunque es solo una guía, por lo que podrán hacer variaciones en

dependencia de la creatividad del grupo. Se designará un grupo para la ponencia y el otro fungirá como oponente. Se dará un tiempo prudencial para la preparación. En este tiempo el profesor brindará la ayuda necesaria.

Tarjeta

En el día de hoy como parte de la labor en el terreno realizarán una actividad educativa en la Escuelita de San José, previa coordinación con la Dirección del centro, trabajarán con niños de 4to grado, para ello en esta ocasión utilizarán un juego didáctico "Alegrando la cesta". Confeccionarán frutas con mensajes acerca de la salud bucal, los cuales responderán a preguntas igualmente elaboradas por ustedes. Las frutas y las preguntas serán repartidas a los niños quienes deberán responder e ir colocando las frutas en la cesta hasta ser agotadas. Los niños serán estimulados con lápices de colores, marcadores previamente confeccionados, colores, gomas para borrar, libretas etc.

DESARROLLO.

En este momento el equipo hará su presentación, mientras que el otro grupo fungirá como oponente y estarán atentos pues al finalizar deberán emitir sus criterios, opiniones, aportaciones que ayudarán al enriquecimiento y perfeccionamiento. Se orienta medir, comunicación, conocimiento, fluidez, seguridad y creatividad en la exposición.

CONCLUSIONES.

El profesor hará una valoración de la actividad, evaluará a los estudiantes considerando los aspectos antes mencionado y evalúa además la actividad, teniendo en cuenta la coevaluación y la heteroevaluación, lo que propicia la aceptación por parte de los estudiantes las dificultades presentadas y por ende los motiva a esforzarse por superarlas. Constituye un guía para la planificación de actividades de educación para la salud.

Actividad 2.

Con la orientación de esta actividad, los estomatólogos en formación inicial estarán en condiciones de aprender haciendo y aplicar sus conocimientos y habilidades para brindar educación para la salud a la población, por lo que materializarán en la práctica las actividades previamente planificadas en grupos de cuatro integrantes. De igual forma podrán utilizar la imaginación para la ejecución de la misma, utilizando su creatividad en su implementación.

Título: Las técnicas afectivas participativas para el autocuidado de la salud bucal en niños.

Objetivo: Desarrollar las habilidades para el desarrollo de técnicas de educación para la salud en escolares.

Medios: láminas, cepillo dental, taipodón, lápices, marcadores, gomas para borrar, libretas.

INTRODUCCIÓN

Los estomatólogos en formación inicial informarán a los niños acerca de la actividad que realizarán la cual fue previamente coordinada con la escuela.

DESARROLLO

Los estomatólogos en formación inicial previamente habrán elaborado los medios para llevar a cabo la actividad y se prepararán para la ejecución, pudiendo contar con la asesoría del profesor. Primeramente, realizarán una charla educativa sobre la higiene bucal a los niños del 4to grado de la escuela José Mastrapa, ubicada en la comunidad de San José, se auxiliarán de láminas elaboradas para la impartición de la misma, así como cepillo y taipodón para la explicación del cepillado dental.

Posteriormente para comprobar la asimilación de los conocimientos por parte de los niños se repartirán mensajes educativos que a su vez contendrán las respuestas a las interrogantes que harán a los niños, los cuales irán impresos en frutas que serán colocadas en una cesta destinada para este fin. Se estimulará a los niños que contesten correctamente mediante obsequios (lápices, colores, gomas para borrar, libretas, marcadores y juguetes).

Se reparten las frutas y se comienza a prender la chispa mediante las preguntas.

¿Cuántas veces se cepillan los dientes?

¿Quién me puede decir cómo se cepillan los dientes?

¿Cuáles alimentos son recomendables para la salud bucal?

¿Qué debemos hacer después de ingerir alimentos dulces?

¿Cada qué tiempo debemos visitar al estomatólogo?

¿Es importante el flúor para los dientes?

¿Cuáles son los hábitos perjudiciales para la salud bucal?

A medida que responden las preguntas se les obsequia el regalo, de no ser la respuesta acertada pues se corrige y se da la oportunidad a otro niño que emita la respuesta.

Al finalizar la actividad se les dará las gracias a los niños y maestros por su participación y se tomará fotos con los niños, lo que motivará a los mismos para próximas actividades, además de que servirá de evidencia y formará parte de las memorias de la clínica.

Conclusiones

El profesor se reunirá con los estomatólogos en formación inicial y se realizará un debate sobre los aspectos positivos y negativos de la actividad, se les otorgará la evaluación teniendo en cuenta la destreza en cuanto a motivación, dominio, lenguaje, empatía, fluidez de los estomatólogos en formación durante el desarrollo de la actividad, realizando las sugerencias pertinentes en cada caso, en vistas a perfeccionar la labor como promotores de la salud bucal. Esta conclusión se realizará siempre que finalice cada actividad, ayuda a orientar nuevas situaciones fundamentalmente a aquellos que presentaron dificultades en el desempeño de las habilidades.

Actividad 3

Título: Estar preparado para orientar a la población acerca de la salud bucal me ayuda a…….

Objetivo: Valorar la motivación y satisfacción de los estudiantes por las actividades de promoción de salud bucal en la población.

Medios: Pizarra.

Tiempo 90 minutos.

INTRODUCCIÓN

El profesor hace un breve resumen de todas las actividades realizadas durante la preparación, felicita a los estudiantes por la disposición y el interés mostrado. Recalca la necesidad de nunca obviar la educación para la salud una vez graduados como estomatólogos y recalca que esta debe ser sistemática.

Desarrollo

El profesor propiciará una lluvia de ideas acerca de las principales dificultades para la realización de las actividades para lo cual se auxiliará de las siguientes preguntas.

¿Para qué les ha servido la participación en las diferentes actividades realizadas?

¿Sintieron temor a la hora de trasmitir frente a un grupo de población educación para la salud?

¿Con cuáles técnicas empleadas se sintieron más a gusto y con cuáles según su percepción los pacientes implicados?

¿Les resultó complejo elaborar los diferentes medios empleados?

¿Consideran importante la orientación del profesor para la preparación de estas actividades?

CONCLUSIONES

El profesor otorgará una nota final a cada estudiante, luego de que cada uno se autoevalúe y exprese que considera se pudiera mejorar para posteriores actividades.

CONCLUSIONES

En la preparación de los estomatólogos en formación inicial para la actividad de promoción de salud, no siempre se aprecia el valor social de esta dimensión de la profesión restándole importancia y centrando el proceso docente educativo hacia la parte asistencial, por lo que no se realiza la preparación de forma eficiente para lograr la motivación, el interés y las habilidades de los estomatólogo en formación inicial para este fin, donde la función orientadora del profesor juega un papel decisivo para concretar dicho propósito.

La orientación educativa que se ofrece al estomatólogo en formación inicial, con vistas a su preparación para la promoción de la salud bucal de sus pacientes, requiere de actividades que, en su diseño y ejecución, consideren lo cognoscitivo, lo afectivo-motivacional y lo participativo, en un contexto intersectorial comunitario.

REFERENCIAS

Addine Fernández, F. y col.1998. Didáctica y optimización del proceso de Enseñanza–aprendizaje. Libro en soporte magnético.

Bonal,R. Modelos sobre promoción de salud en medicina familiar internacional e implicaciones en medicina general integral. EDUMECENTRO 2019; 11(2):175-191. ISSN 2077-2874. RNPS 2234. http://www.revedumecentro.sld.cu

Castellanos, Doris y otros (2001). Para promover un aprendizaje desarrollador. Ciudad de La Habana: Colección Proyectos, Instituto Superior Pedagógico E. J. Varona. http://www.ucf.edu.cu

Colectivo de Autores (2010). Modelo del profesional para la formación de Estomatólogos. “Plan de estudios D”.

Del Pino, J. L (1998).La orientación profesional en los inicios de la formación superior pedagógica: una perspectiva desde el enfoque problematizador. Tesis en opción al título de Doctor en Ciencias Pedagógicas. ISPEJV.

Díaz Pérez, CA (2013). Modelo didáctico del proceso de formación de competencias profesionales específicas en la especialidad de Estomatología General Integral. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Guantánamo [citado 12 de enero 2016]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/697/1/TESIS_COMPETENCIAS.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá.

Rafael Martínez, L (2014). La promoción de salud en los docentes en formación. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Ciencias Pedagógicas Pepito Tey. Las Tunas.

Rouco, Z., Lara, LM., Suárez, G (2013). Necesidad de promover el aprendizaje desarrollador en estudiantes universitarios. Revista Universidad y Sociedad Vol. 5No.2.Universidad de Cienfuegos “Carlos Rafael Rodríguez”, Cienfuegos, Cuba. ISSN 2218-3620

Saez Carriera, R., Velasco Cornejo, K., & Vintimilla Burgos, N. P. (2018). Técnicas de promoción de salud bucal en el adulto mayor. Universidad y Sociedad, 10(5), 333-338. Recuperado de http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus

Toledo Pimentel, BF (2012). Validación de un modelo para la formación del estomatólogo general básico en promoción de salud. EDUMECENTRO 2012;4(1):33-38 ISSN 2077-2874 RNPS 2234. Santa Clara.

Toledo Pimentel, B F Y Otros. (2014). El empleo del autoexamen bucal como actividad educativa en estudiantes de Estomatología. *EDUMECENTRO*, *6*(Supl. 1), 35-45. Recuperado en 07 de diciembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742014000400004&lng=es&tlng=es.

Vygotsky, L (1995). Fundamentos de defectología. Obras Completas. Tomo V. Ed. Pueblo y Educación. La Habana.

PREVALENCIA DE LA CARIES DENTAL EN PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS. JESUS MENENDEZ

TO DETERMINE THE PREVALENT OF THE DENTAL CAVITY IN SMALLER PATIENTS OF 15 YEARS. JESUS MENÉNDEZ

Yailin Cruz Ramírez[1] cruzyailin1711@gmail.com

Maribel Zaldívar Guzmán[2] zmaribel123nauta.cu

RESUMEN

La caries dental es una enfermedad muy antigua, que no empezó a representar un problema importante hasta fines del siglo XIX, aumentando su prevalencia e Incidencia a principio de nuestro siglo y convirtiéndose en un grave problema sanitario, por lo que se realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de la caries dental en pacientes menores de 15 años. Para lo cual se utilizó una entrevista, encuesta médica y examen bucal. Luego de todo el proceso se concluyó que en este estudio predomino el intervalo de edades de 5 a 11 años con 30 pacientes, siendo un 25.5% del total de pacientes estudiados. Además, que el índice de cariados, obturados y perdidos en dentición permanente se encontraba más elevado en la dentición temporal, que según la clasificación epidemiológica, el grupo más afectado fue el de 0 a 4 años siendo la deficiente higiene bucal y la dieta cariogénica los factores de riesgo que más influyeron en la prevalencia de las caries dentales, para lo cual se diseñó un plan de intervención priorizando los mismos.

PALABRAS CLAVES: caries dental, factores de riesgo, índice de cariados, obturados y perdidos en dentición temporal y permanente.

ABSTRACT

The dental cavity is a very old illness that didn't begin to represent an important problem until ends of the XIX century, increasing its prevalent and Incidence to principle of our century and becoming a serious sanitary problem, for what was carried out a study with the objective of determining the prevalent of the dental cavity in patient smaller than 15 years. For that which an interview was used, it interviews doctor and buccal exam. After the whole process you concluded that in this study I prevail the interval of ages from 5 to 11 years with 30 patients, being 25.5% of the total of studied patients. Also that the index of rotten, plugged and lost in permanent teething it was higher in the temporary teething that according to the epidemic classification the affected group the one went from 0 to 4 years being the deficiency buccal hygiene and the diet cariogenic the factors of risk that more they influenced in the prevalent of the dental cavity, for that which an intervention plan was designed prioritizing the same ones.

[1] Residente de 2do año de Estomatología General Integral. Policlínico docente Dr. Mario Pozo Ochoa. Municipio Jesús Menéndez, Las Tunas, Cuba.

[2] Especialista de 1er grado en Estomatología General Integral. Policlínico docente Dr. Mario Pozo Ochoa. Municipio Jesús Menéndez, Las Tunas, Cuba.

KEY WORDS: dental cavity, factors of risk, index of cavity, plugged and lost in temporary and permanent teething.

INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS,1997) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.

Lipari A y Andrade P en el año (2002) y Soet, J y Col también en el (2002) refieren que los microorganismos que con mayor frecuencia se relacionan con el inicio y desarrollo de la Caries son: estreptococos del grupo mutans, Lactobacillus sp. Y Actinomyces sp. estos pueden ser aislados a partir de la placa dental supura y su gingival y en saliva. Los microorganismos cariogénicos se caracterizan por ser capaces de trasportar hidratos de carbono en competencia con otros, que pudiesen estar presentes se la placa; la capacidad de fermentación rápida de este sustrato conformado por azúcares y almidón y por su capacidad acidogénica- productos de ácidos- acidurica – capaces de realizar diversas funciones en condiciones de extrema acidez.

El marcado descenso de pH, contribuirá con la desmineralización del diente, dentina y cemento. Los factores principales que influyen en la prevalencia de caries dental son: presencia de microorganismos cariogénicos en saliva y placa dental, diente susceptible y sustrato adecuado, azúcares y almidón. Existen otros factores que intervienen en la aplicación de las caries, entre los que podemos señalar flujo, composición y capacidad buffer de la saliva, higiene buco-dental, dieta rica en carbohidratos y presencia de fluoruros.

¿Cómo diagnosticar y tratar correctamente la caries dental?

Chen M Andersen R.M y Cols en el año (2003) y Gispert E, (2002) plantean que un correcto diagnóstico es la base para el tratamiento de todas las enfermedades. Para la caries dental, el diagnóstico por lo general significa la observación de signos clínicos como la presencia de cavidades. Sin embargo, el correcto diagnostico deberá extenderse a identificar y evaluar factores como agentes etiológicos de la enfermedad si esos no son identificados y cuidados serán un riesgo para la recurrencia de la patología por ej. La caries secundaria. La información necesaria para un diagnóstico adecuado de caries dental de acuerdo a la entidad patológica se base en tres modelos: 1) historia general en la entrevista y en las observaciones del paciente, 2) el examen clínico y radiográfico, y 3) el uso de pruebas de caries para determinar de manera fidedigna los factores de riesgo.

Factores que pueden variar o modificar la caries dental.

Lipari A y Andrade P en el (2002) explica que la caries dental se considera como un proceso patológico, en el que cada paciente tiene unos criterios específicos para contraer y desarrollar la enfermedad.

- Paciente con riesgo de caries es aquel que tiene un alto potencial de contraer la enfermedad, debido a condiciones genéticas y/o ambientales.

- Paciente con actividad de caries es aquel en el que se valora el ritmo de aparición de nuevas caries, así como su evolución.

Estos dos factores pueden ser variados y modificar la evolución natural de la enfermedad, mediante una actitud terapéutica adecuada del paciente y del profesional, que actué no solo sobre sus secuelas, si no también, de forma precoz, sobre los factores etiopatogénicos específicos.

Prevalencia de la caries dental en el menor de 15 años

Se realizó un estudio descriptivo para determinar la prevalencia de caries dental en niños con edades entre 0 y 14 años el universo 121 niños la muestra conformada por 85 pacientes con presencia de caries dental o factores predisponentes a la misma.

Las variables para realizar esta investigación fue el índice de cariados, obturados y perdidos en dentición temporal y permanente, factores de riesgo presentes, grupos de edad y diagnostico epidemiológico.

En el estudio se tuvo en cuenta que según los grupos de edades estudiados fueron de 0-4 (27), de 5-11 (30) y de 12-14 (28) niños para un total de 85. Se obtuvo como resultado que antes de la intervención en la dentición temporal existía una sumatoria de cariados, obturados y perdidos de 66 (40 cariados y 26 obturados) mientras que después de la intervención fue de 64 con (24 cariados y 40 obturados),en el grupo de 5-11 años de edad se comportó muy parecido observándose la disminución de dientes cariados y aumentando los dientes obturados , además en estos dos grupos de edades no se tuvo perdida de dientes, no siendo así en el último grupo de 12-14 donde la sumatoria antes de la intervención fue de 32 (20 cariados, 10 obturados y 2 perdidos) y después de la intervención fue de 40 (3 cariados, 31 obturados y 6 perdidos).

Lesiones cariosas como manifestaciones clínicas

Soldering E (2003) considero las lesiones cariosas como manifestaciones clínicas de infección bacteriana que progresan hasta un punto irreversible. El mejoramiento de la prevención y del tratamiento terapéutico se logrará mediante: se control de la caries dental crónicas promoción para que la dentición permanezca intacta, y del control de la bacteria involucradas en el proceso carioso.

Técnicas de prevención para la caries dental.

El Odontólogo americano Willoughby D. Miller describió, por primera vez, en 1890 las bases microbiológicas de la caries dental, y las técnicas de prevención, y luego en 1997 la OMS expuso las que están justificadas de acuerdo al patrón actual de esta enfermedad. Esta filosofía tiene el potencial de producir una serie de medidas más efectivas para la prevención en todos los pacientes (higiene oral, agentes químicos antiplaca, fluoruros, secantes, etc.), de tal manera, que la combinación de las diferentes técnicas de prevención pueden reducir en su totalidad el riesgo de caries, pero si su manejo no es adecuado, no serán benéficas para la población.

Según la información de enfermedades bucales proveniente de la OMS en (1997), se ha podido apreciar la existencia de notables diferencias en distintas regiones del mundo. En los últimos años, la prevalencia de caries dental ha experimentado un notable descanso en países muy desarrollados, sobre todo en escolares, disminución que ha sido de hasta un 50% en EE UU y los países escandinavos, sin embargo, en los países en desarrollo se observa un aumento o establecimientos de los indicadores de caries. En los países subdesarrollados, sin embargo, el aumento de la prevención de caries dental se debe a un aumento constante del consumo de hidrato de carbono, la incorporación irregular de programas de flúor cuando estos existen, y la carencia en la oferta a la población de programas preventivos e integrales en los servicios estomatológicos.

Conocimientos actuales sobre la caries dental

La etiopatogenia de la caries determina que hoy en día deba diferenciarse entre las caries como enfermedad y la lesión de caries como una secuela de dicha enfermedad. Actualmente, el avance de las técnicas diagnósticas y preventivas hace posible el tratamiento de la enfermedad de caries; o sea el tratamiento causal; el cual puede hacer que el equilibrio de fuerza se desplace a favor del huésped y combatir la enfermedad antes de que aparezcan secuelas irreversibles.

El riesgo actual de caries describe en que medidas una persona en un momento dado va a desarrollar lesiones de caries. Un paciente de riesgo es una persona con alta potencial de contraer la enfermedad debido a condiciones genéticas o medioambientales. En el plano individual la determinación del riesgo de caries permite establecer un pronóstico que permita planificar tanto los tratamientos preventivos como los curativos. En el ámbito comunitario la identificación del riesgo de caries permite establecer programas preventivos especiales encaminados fundamentalmente a pacientes con alto riesgo. Además, permite investigar el uso de agentes terapéuticos y conocer periodos de remisión y exacerbación de la enfermedad.

Según el manual de odontología de Barcelona Reimpresión en el 2002 es una necesidad la prevención estomatológica integral cada vez más urgente, al profundizarse en las causas de los problemas estomatológicos y a la compresión de que por mucho tiempo se ha prestado mayor importancia a la reparación de los daños que ha evitar la influencia de factores desencadenante de la patogénesis.

Prevenir y curar enfermedades en individuos, familias y comunidades a través de acciones en personas sanas y enfermas, en estos últimos devolverles el estado de salud e impedir la posibilidad de recurrencia de problemas, es una de las acciones fundamentales de la atención primaria de salud.

Acciones de prevención en salud bucal de la Estomatología General Integral

Debido al papel determinante del Odontólogo que le corresponde en el conocimiento, la identificación, prevención y control de las afectaciones bucales más frecuentes nos motivamos a realizar la actual investigación para conocer las afectaciones bucales más frecuentes que afectan la población menor de 15 años del área estudiada con el objetivo de que sus resultados contribuyan en lo posible a establecer pautas o normativas de trabajo interno en beneficio de todos los pacientes.

La prevención en Estomatología General Integral también debe de ser integral, es una estrategia dirigida a promover salud bucal y prevenir problemas estomatológicos. Específicamente la EGI debe de jerarquizar las acciones respecto a la salud bucal, su principal objetivo debe ser el mantener la salud en familias, comunidades e individuos a través de acciones de prevención muy bien dirigida y planificada.

Debido a la falta de educación sanitaria, los problemas sociales propios de la pobreza, el alto índice de caries, de la población rural, y las características socioculturales de la comunidad donde nos desenvolvemos como Odontólogo Generales Integrales nos vimos motivados a realizar esta investigación.

La Odontología en la actualidad protagoniza espectaculares cambios dinámicos con aumento de la demanda y amplia distribución de los servicios. Estos cambios incluyen cuidados de la salud bucal orientados hacia la comunidad con énfasis en la prevención dándoles mayor prioridad a los niños, en los cuales la caries dental es la enfermedad dental de mayor importancia.

Intervención educativa para prevenir y modificar la prevalencia de la caries dental y los factores de riesgo que la originan

La autora refiere que, al conocer los principales problemas presentes, así como los factores de riesgo que ocasionaron la caries dental en la muestra estudiada, se elaboró una intervención para eliminar y/o modificar estos, en la cual se planificaron actividades de promoción y prevención de salud bucal como son:

- Charlas de educación para la salud a padres y niños centrada en explicar la importancia sobre el correcto cepillado de los dientes.
- Acciones demostrativas sobre el uso del cepillo, hilo dental, sustancias de acción preventiva a la caries dental, tales como cariostáticos, fluoruros.
- Charlas en escuelas, casas y en la consulta, para dar a conocer causas de la adquisición de hábitos y las consecuencias de no ser corregidos a tiempo.

Acciones de prevención, tales como: brindar afecto adecuado a los niños, evitar conflictos por parte de los padres en su presencia, cambiar el hábito del dedo por el tete, entre otros de interés para los padres.

Interconsultas con psicólogos para establecer en ellos una adecuada salud mental ante la presencia de inseguridad, falta de atención, celos, deseos de llamar la atención, y otros, para transmitirles seguridad.

Además, se realizaron acciones como los tratamientos curativos encaminados a eliminar las caries dentales interproximales, mediante restauraciones y con la rectificación de las obturaciones defectuosas y seguimiento a cada paciente.

CONCLUSIONES

Las acciones de prevención derivadas del presente estudio repercutieron favorablemente en la erradicación de los factores de riesgos de la prevalencia de la caries dental. Además, se logró la preparación de promotores de salud, con incidencia en los centros educacionales y en la comunidad, donde se orientó a la familia acerca de

la labor preventiva a seguir para prevenir dicha patología e insistir en el seguimiento del diagnóstico y tratamiento especializado por el estomatólogo.

El estudio tiene un alto impacto social, ya que la caries dental ha provocado alteraciones funcionales, estéticas, psicológicas y sociales. Además, los tratamientos causan hasta un poco de miedo a los pacientes y mas aun si se trata con niños, pero aun así el paciente recibe la atención gratuitamente y de la mejor forma posible, por lo que es de gran importancia eliminar los factores de riesgo y hábitos asociados para disminuir la incidencia de estas patologías.

De la muestra en estudio 85 pacientes eran 47de sexo femenino, y 38 eran de sexo masculino, predominando el intervalo de edades de 5 a 11 años con 30 pacientes. Se concluyó que el índice de cariados, obturados y perdidos en dentición permanente se encontraba más elevado que en la dentición temporal.

Según la clasificación epidemiológica el grupo más afectado fue el de 0 a 4 años debido a la deficiente higiene bucal y la dieta cariogénica fueron los factores de riesgo que más influyeron en la prevalencia de la caries dental.

REFERENCIAS

Cabaña Climalda. Prevalencia de caries dental y su relación con las aplicaciones tópicas de fluoruros (Tesis de especialidad). Ciudad de La Habana: Facultad de Estomatología; 2002.

De Soet, J y col. (2002) String related acid production by oral streptococci.

Caries Research. No 34.

Estomatología. Tercera Edición. Washington, D. C Estados Unidos, 1996.

OPS / OMS: Clasificación Internacional de Enfermedades aplicadas a Odontología y

OMS – Encuestas de salud bucal. Métodos básicos. 4ta Edición. Ginebra 1997.

Lipari A y Andrade P. Factores de riesgo Criogénico. Revista Chilena de Odontopediatria, 2002 (13): 7-8

Factores de riesgo en la producción de enfermedades bucales en los niños. Rev. Cubana de estomatología, 2002; 39 (2): 111 – 119.

Gispert Estela. Sistema pronostico del riesgo de caries en escolares de 7 a 14 años de edad (Tesis de Especialidad). Ciudad de La Habana; Facultad de Estomatología; 2002.

Irigoyen ME, Zepeda Marco A, Sánchez L, Molina N. prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la ciudad de México: estudio de seguimiento longitudinal. Rev. ADM 2004; 58 (3): 99-104.

MASSON: El manual de Odontología Barcelona Reimpresión, 2002 Pp.73-1125.

ANOMALÍAS DE LA OCLUSIÓN EN SENTIDO ANTERO POSTERIOR EN EDADES PEDIÁTRICAS

ANOMALIES OF THE OCCLUSION IN HAVING FELT LATER ANTERO IN PEDIATRIC AGES

Yailin Pérez Infante[1] yailin9007@nauta.cu

Trinidad Margarita Peña[2]

RESUMEN

El presente trabajo sobre el diagnóstico y tratamiento precoz del resalte aumentado y la mordida cruzada anterior contribuye al desarrollo de una dentición permanente armoniosa, funcional y estética**,** con la finalidad de brindar una actualización en los aspectos clínicos y epidemiológicos de las anomalías de la oclusión en sentido antero posterior en edades pediátricas con la utilización de terapéuticas para su tratamiento tales como aparato funcional y placas activas. Se concluye que las anomalías de la oclusión como problema de salud oral frecuente en la población infantil han aumentado progresivamente en los últimos años, influyendo factores de riesgo tales como la herencia, los de naturaleza congénita, traumas, hábitos deletéreos, enfermedades sistémicas y bucales, la complicación más frecuente durante el uso de los aparatos funcionales y las placas activas es la estomatitis aftosa recurrente.

PALABRAS CLAVES: anomalías de la oclusión, resalte aumentado, mordida cruzada, aparatología ortodóncica.

ABSTRACT

The present work on the diagnosis and precocious treatment of the one stands out increased and the previous crossed bite contributes to the development of a harmonious, functional and aesthetic permanent teething, with the purpose of offering an upgrade in the clinical and epidemic aspects of the anomalies of the occlusion in having felt later antero in pediatric ages with the use of therapies for its such treatment as functional apparatus and badges activate. You concludes that the anomalies of the occlusion like problem of frequent oral health in the infantile population have increased progressively in the last years, influencing such factors of risk as the inheritance, those of congenital nature, traumas, deleterious habits, systemic and buccal illnesses, the most frequent complication during the use of the functional apparatuses and the badges activates it is the stomatitis recurrent aftosa.

KEY WORDS: anomalies of the occlusion stand out increased, bite crusade, orthodontia apparatus

INTRODUCCIÓN

La salud buco dental es un componente de la salud general del hombre. La boca es importante e imprescindible por todas las funciones que realiza en el organismo. La alimentación, desde su primera forma, la lactancia materna, la comunicación, permite

[1] Especialista en 1er grado en Estomatología General Integral. Residente de 3er año de la Especialidad de Ortodoncia
[2] Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Auxiliar e Investigador Agregado.

relacionarnos por medio de la palabra y los gestos y la estética, componente indispensable de un rostro armónico. (Bordoni N. Castillo R. Escobar F, 2017)

Más adelante en el tiempo, es la función masticatoria la que ejerce un rico estímulo semejante, en el crecimiento y desarrollo cráneofacial, pero la alimentación moderna, cada vez más blanda y procesada, no logra la estimulación y correcta maduración del sistema estomatognático. La correcta posición de los dientes en sus maxilares, la relación entre los mismos en equilibrio con los tejidos blandos que los rodean, es clave para lograr relaciones estéticas y funcionales. No obstante, cuando estas estructuras se alejan del patrón normal de crecimiento y desarrollo dan lugar a las anomalías dentomaxilofaciales. (Araujo E. Silva T. Santos S. Brum S, 2017)

El comportamiento de las anomalías de la oclusión a escala mundial oscila en rangos entre el 35 a 75 %, con diferencia en el sexo y la edad. Al respecto, estudios realizados en Cuba demuestran que la cifra de afectados por maloclusiones oscila entre 27% y 66%, según la encuesta Nacional realizada en 1998; de un total de 1197 encuestados en las edades de 5, 12,15 años, el porcentaje de afectados fue de 29%, 45% y 35% respectivamente para un total de 36,3%, el sexo más afectado fue el femenino (52,6%), y en todas las edades las maloclusiones ligeras fueron de mayor porcentaje que las moderadas y severas. (Ruiz C. Sáez G, 2015)

Las anomalías de la oclusión han aumentado progresivamente en los últimos años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ocupan el tercer lugar como problema de salud oral, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. Latinoamérica tiene una situación preocupante al respecto, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85 % de la población; en Cuba, la prevalencia de maloclusiones asciende al 64 %. (Hernández J, Gaviria D, Londoño E, LLano C, LLano M, 2014)

Las anomalías de la oclusión se considera muy frecuente en nuestro medio e incide de forma negativa en los niños y son la principal causa de consulta estomatológica a estas edades dadas en su mayoría por anomalías de la oclusión en los tres planos del espacio lo cual constituye un reto para el ortodoncista que se encuentra a nivel comunitario ya que es una enfermedad multicausal y su diagnóstico y tratamiento depende de la precocidad en la conducta terapéutica, debido a lo anteriormente expuesto y a la necesidad de ampliar en el conocimiento de esta entidad se realiza el presente trabajo con la finalidad de brindar una actualización en los aspectos clínicos y epidemiológicos de las anomalías de la oclusión en sentido antero posterior en edades pediátricas.

Resalte incisivo:



Figura 1. Resalte incisivo normal.[3]

[3] Foto tomada por las autoras del trabajo.

Conocida como sobremordida horizontal o resalte, “es la distancia existente entre el borde incisivo labial del incisivo maxilar y la superficie labial del incisivo mandibular en la máxima intercuspidación.”(Sandoval VP, Ceballos CM, HECK CC, CATALÁN RL, GARCÍA AN 2014)

Anomalía por resalte aumentado. Etiología, principales características y conducta terapéutica.



Figura 2. Resalte aumentado.[4]

La anomalía por resalte aumentado se considera cuando la distancia entre el borde incisal del incisivo superior y la cara vestibular del incisivo inferior, medido en dirección paralela al plano oclusal, es más de lo normal: de 2,5 a 3 mm. (Hernández J, Gaviria D, Londoño E, Llano C, Llano M. 2014)

Esta enfermedad ortodóncica tiene como etiología los factores hereditarios, los congénitos, el traumatismo facial, las enfermedades sistémicas y bucales.

Principales características: Esta anomalía se caracteriza fundamentalmente con la manifestación de la Relación Dental de Clase II, cuya etiología obedece a la pérdida prematura de dientes temporales, anomalías de la erupción de primeros molares superiores, migración mesial, anomalías de forma, agenesias dentales.

Los hallazgos clínicos son:

- Perfil facial ortognático.
- Relación molar Clase II uni o bilateral: En la relación molar es Clase II la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye mesial al surco mesiovestibular del primer molar inferior.
- Relaciones Caninas Clase I o clase II: Los caninos se encuentran en relación de Clase II cuando la cúspide del canino superior se encuentra en posición mesial con relación al espacio interdental de canino inferior y primer premolar inferior.
- Malposiciones dentales asiladas Clase II División 1: La maloclusión incluye incisivos superiores inclinados hacia vestibular, un aumento de la sobremordida horizontal con o sin una arcada superior relativamente estrecha. Verticalmente puede variar de una sobremordida profunda a una mordida abierta, sagitalmente se encuentra una relación distal de los maxilares.

[4] Imagen tomada de Sandoval VP, Ceballos CM, HECK CC, CATALÁN RL, GARCÍA AN. (2014)

La Maloclusión de Clase II en la dentición temporal se asocia con signos oclusales que son típicos de maloclusión de Clase II en la dentición permanente como la relación molar distal, relación canina Clase II y sobremordida horizontal excesiva.

Esto quiere decir que en las relaciones Clase II no se debe esperar una autocorrección durante el cambio de dentición temporal a dentición mixta o permanente y por lo tanto es obligatorio el control de los factores etiológicos como por ejemplo, un hábito succión digital, empuje lingual, la obstrucción de las vías respiratorias, respiración oral y deficiencias maxilares transversales.

Posteriormente en la etapa del brote de crecimiento prepuberal se presenta la oportunidad de corregir los casos de recaída de tratamientos tempranos o casos en los que se obtuvieron objetivos parciales y así obtener una relación intermaxilar cercana a lo normal cuando se inicie el tratamiento de ortodoncia correctiva, lo cual facilitará el tratamiento y permitirá una mayor estabilidad. Rivera Baró A. (2015)

Conducta terapéutica

a) Tratamiento De Clase II Dental

Guía de atención en maloclusiones de clase II.

Dentición temporal: Aparatos removibles o fijos para distalización de molares, mantenedores de espacio.

Dentición Mixta: Aparatos removibles para distalización de molares como son Placa de Cetlin, Placa de Hawley con tornillo o resortes para distalización, o fijos como la barra transpalatina, péndulo, tracción extraoral.

Dentición Permanente: Aparatología correctiva (Brackets), tracción extraoral, barra transpalatina. Fernández R, Pérez M, Otaño G. (2014)

b) Tratamiento Clase II Dentoalveolar

- Dentición temporal: aparatos removibles o fijos para corrección de protrusión dentoalveolar superior o retrusión dentoalveolar inferior o aparatos fijos o removibles para la corrección de hábitos deletéreos o aparatos removibles para corrección discrepancia transversal. Ej Placas de hawley con tornillo de expansión transversal.
- Dentición mixta: aparatos removibles o fijos que permiten la corrección del área afectada o la prevención de factores etiológicos o Terapia Miofuncional.

Guía de atención en maloclusiones clase II.

Aparatos para control de hábitos:

- Rejilla lingual
- Bompereta labial o Aparatos de expansión maxilar: Quad helix, Hyrax,Tornillos de expansión o tracción extraoral para distalización de molares y control de crecimiento maxilar superior o aparatología correctivos.
- Dentición Permanente: Aparatología correctiva para retrusión dentoalveolar superior y protrusión dentoalveolar inferior, evaluar grado de discrepancia esquelética, definir discrepancia de espacio, definir necesidad de exodoncias

superiores, definir necesidad de anclaje mínimo, moderado, máximo o absoluto o aparatología correctiva. Rivera Baró A. (2015)

Anomalía por Mordida Cruzada anterior (MCA). Etiología, factores de riesgo y tratamiento.



Figura 3. Mordida Cruzada anterior.[5]

Dentro de los problemas más frecuentes que se tratan en Ortodoncia, se encuentran las mordidas cruzadas, término que usamos para describir una anomalía de la oclusión en el plano antero posterior y se caracterizan por la existencia de un resalte negativo donde se invierte la relación de desbordamiento de los dientes superiores por fuera de los inferiores. (Girons Inglés J, Moncunill Mira J, Azagra Boronat M, Ausucua Ibañez M, Rivera Baró A. 2015). En este sentido, Mato (2016), señala que,

> La Mordida Cruzada Anterior (MCA) debe tratarse de manera temprana para evitar influencias nocivas sobre el crecimiento y desarrollo del maxilar y la mandíbula; para evitar fuerzas oclusales traumáticas y para restablecer patrones de contracción muscular adecuados al paciente. (p.29)

Dentro de la etiología se consideran los antecedentes hereditarios, los congénitos, el trauma facial, los agentes físicos, hábitos deletéreos, enfermedades de origen no transmisibles y la desnutrición.

La anomalía por mordida cruzada se considera que obedece a múltiples factores de riesgo, dentro de ellos se encuentran:

a) Factores genéticos:

Hipoplasia maxilar

La hipoplasia maxilar transversal se presenta en forma de dos cuadros clínicos diferentes muy característicos:

a. Compresión maxilar con apiñamiento dentario. Esta forma clínica suele aparecer con una relación antero-posterior de clase I de Angle, apiñamiento superior o falta de espacio para la erupción de los caninos.

b. Si unido a una hipoplasia transversal existe una falta de desarrollo maxilar en sentido antero posterior, la relación intermaxilar, dental y esquelética será de una clase III, cuyo origen no estará en la mandíbula sino en el maxilar superior.

[5] Imagen tomada de Araujo E, Silva T, Santos S, Brum S, Barbosa C, Barbosa L. (2017)

c. Compresión maxilar con protrusión incisiva. El mecanismo por el que se produce la protrusión genera una forma de arco superior que se puede comparar con una elipse, se comprime a nivel lateral y se protruye anteriormente. Así como en la compresión con apiñamiento se trata, generalmente, de una Clase I, en este caso la mandíbula queda generalmente retenida en posición de Clase II por la estrechez del maxilar. Esta es una de las situaciones en las que, existiendo una compresión maxilar verdadera, puede no aparecer una mordida cruzada posterior.

Hiperplasia mandibular

El exceso de desarrollo mandibular puede presentarse tanto en el plano transversal como en el antero posterior, por lo que no es frecuente encontrar cuadros clínicos con Mordida cruzada en Clase I. En la mayoría de ocasiones las hiperplasias mandibulares constituyen los prognatismos mandibulares verdaderos o Clases III esqueléticas. En estos casos la principal alteración es sagital y condiciona la necesidad de realizar el tratamiento quirúrgico de la maloclusión.

Asimetría maxilo-mandibular

Son frecuentes las mordidas cruzadas posteriores unilaterales debidas a un crecimiento asimétrico del maxilar o la mandíbula, que suele estar asociado con un cierto grado de asimetría facial generalizada y frecuentemente con ciertos rasgos asimétricos corporales tales como la escoliosis vertebral. La asimetría mandibular de causa genética, como la hiperplasia condilar o elongación hemimandibular, se localiza tanto en el cóndilo y rama como en el cuerpo y región alveolo dentaria y supone una desviación permanente de la mandíbula tanto en apertura como en máxima intercuspidación.

Síndromes malformativos

Una cantidad relativamente pequeña de paciente presenta mordida cruzada posterior como uno más de los múltiples rasgos orofaciales que acompaña a determinados síndromes, entre los que destacan: complejo de Robin, microsomía hemifacial, neurofibromatosis, síndrome de Romberg síndrome de Brodie

b) Factores ambientales:

Hábitos orales deletéreos (alteraciones miofuncionales):

Respiración oral

La respiración oral por una insuficiencia nasal o mantenida como hábito tiene una serie de repercusiones sobre el desarrollo de los maxilares; la más común es la hipoplasia maxilar que estaría provocada por un desequilibrio entre la presión excéntrica de la lengua y la acción concéntrica de los músculos buccinadores que comprimen lateralmente la zona de premolares.

Deglución atípica (alteración miofuncional de la lengua)

La deglución atípica conlleva a una interposición de la lengua para estabilizar la mandíbula y producir el sellado de la cavidad oral. La falta de presión lingual y la excesiva presión producida por los buccinadores en este tipo de deglución contribuye a una falta de desarrollo transversal del maxilar superior.

c) Factores funcionales de la oclusión:

La etiología más frecuente de las mordidas cruzadas posteriores unilaterales funcionales en edades tempranas es una alteración en la dinámica mandibular con desplazamiento lateral en máxima oclusión. Esta lateralización es generalmente adaptativa para evitar puntos de contacto prematuros asociados a mal posiciones dentales o restauraciones altas. (Mato A. Pérez L, Rodríguez M, González A. 2016)

La anomalía por mordida cruzada anterior es cosmopolita y su distribución a nivel mundial incide entre un 0,6% a un 12%, tal y como se explica su epidemiología en los últimos años en la mayoría de los casos es una manifestación de una mal oclusión clase III de Angle; que a su vez es la mal oclusión menos frecuente, pero que presenta fuertes evidencias de influencias raciales y étnicas. Es bastan común en pacientes asiáticos. La prevalencia de clase III en la población China es del 12% y de MCA en japoneses es del 2,3 a 13%. En Americanos europeos es de 0,8% y en Americanos africanos es de 0,6-1,2%.En cuanto a los componentes esqueléticos de una clase III, se ha reportado que la retrusión esquelética maxilar ocurre más en caras de asiáticos, mientras que el prognatismo mandibular se observa más en individuos de ancestros europeos americanos. (Mato A. Pérez L, Rodríguez M, González A. 2016)

Tratamiento

Una mordida cruzada con desviación funcional de la mandíbula en dentición temporal persistirá y no se resolverá espontáneamente en el transcurso del desarrollo orofacial. De hecho, la interferencia oclusal y la consecuente relación de mordida cruzada ya sea unilateral o bilateral puede llevar en la dentición permanente a un auténtico defecto esquelético. (Araujo E, Silva T, Santos S, Brum S, Barbosa C, Barbosa L. 2017)

Existen tres variantes para tratar las mordidas cruzadas, ellas son:

a) Eliminación de interferencias.
b) Aparatos ortodóncicos removibles.
c) Aparatos ortodóncicos fijos. (Calzada-Bandomo A, Mora-Peréz C, Alvarez-Moral G, Peréz –García R, Rodríguez-López J. 2014)

CONCLUSIONES

Las anomalías de la oclusión constituyen un problema de salud oral frecuente en la población infantil que ha aumentado progresivamente en los últimos años, la cual se ha condicionado por factores de riesgo tales como herencia, congénito, traumas, hábitos, enfermedades sistémicas y bucales. Siendo las principales terapéuticas los aparatos funcionales y las placas activas, la complicación más frecuente durante el uso de estos está dada por la estomatitis aftosa recurrente, por lo que se necesitan más investigaciones sobre el tema para enriquecer nuestros conocimientos.

REFERENCIAS

Araujo E, Silva T, Santos S, Brum S, Barbosa C, Barbosa L. (2017). Tratamiento de mordida cruzada anterior utilizando PIF: Una alternativa viable: relato de caso. Rev. BJSCR [Internet]. [citado 30 Junio de 2018]; 20(2):116-19. Disponible en: https://revistas.ufpr.br/dens/article/view/15593

Bordoni N, Castillo R, Escobar F. (2017) La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1°Ed. Buenos Aires: Panamericana; 2010.

Calzada-Bandomo A, Mora-Peréz C, Alvarez-Moral G, Peréz –García R, Rodríguez-López J. (2014) Necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares .Aplicación del índice de prioridad de tratamiento de Shaw. Medisur [revista en Internet]. [citado 2019 May 27]; 12(4): [aprox. 12 p.]. Disponible en: htt p://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/25

Fernández R, Pérez M, Otaño G. (2014) Cambios Faciales en pacientes con Síndrome de clase II división 1 Tratados con bloques gemelos. Ciudad de La Habana Municipio Playa.Cuba.2010. (Spanish). CES Odontología [serial on the Internet]. [cited 2019 May 27]; 27(2): 26-35. Available from: MedicLatina.

Girons Inglés J, Moncunill Mira J, Azagra Boronat M, Ausucua Ibañez M, Rivera Baró A. (2015) Efectos de la expansión maxilar y su estabilidad. Estudio clínico aleatorizado. (Spanish). Revista Española De Ortodoncia [serial on the Internet].

Hernández J, Gaviria D, Londoño E, Llano C, Llano M. (2014) Cambios de los arcos dentales deciduos clase I con apiñamiento, utilizando pistas planas directas. Medellín 2012-2013. (Spanish). CES Odontología [serial on the Internet]. [cited Noviembre 16, 2016]; 27(2): 26-35. Available from: MedicLatina. 21

Mato A. Pérez L, Rodríguez M, González A. (2016) Mordida cruzada anterior y tratamiento en la dentición primaria. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Internet]. [citado el 29 Mayo de 2019]; 20(4):458-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942016000400011

Ruiz C. Sáez G. (2015) Corrección de mordida cruzada anterior con ortopedia. Rev. Mex. Ortod. [serie en Internet]. [citado el 10 Julio de 2018]; 3(4):239-48. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2395921516000647

Sandoval VP, Ceballos CM, HECK CC, CATALÁN RL, GARCÍA AN. (2014) Determinación de la necesidad de tratamiento ortodóncico en niños con dentición mixta primera fase de la ciudad de Temuco.IX Región.Chile.Int.J.Odontostomat.,3(2):155-161.

COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES Y PERIODONTALES EN ESCOLARES DE LA ESCUELA PRIMARIA "JULIO ANTONIO MELLA" VEDADO3

COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES Y PERIODONTALES EN ESCOLARES DE LA ESCUELA PRIMARIA "JULIO ANTONIO MELLA", DE VEDADO3

Yaimelis Cabrera Santiesteban

RESUMEN

La Enfermedad Periodontal es lenta y progresiva, se extiende por muchos años, pero su inicio en edades tempranas es extremadamente común y las enfermedades Gingivales en sus diversas formas son un hallazgo habitual en niños y adolescentes. Motivados por esto se realizó este estudio para analizar el comportamiento delos factores de riesgo de las enfermedades gingivales y periodontales en los escolares de la Escuela Primaria "Julio Antonio Mella", perteneciente a la comunidad de Vedado 3, Policlínico Mario Pozo, Jesús Menéndez, Las Tunas, durante el período del 1 de octubre del año 2017 a 1 de mayo de año 2019.El universo lo constituyeron los (40) escolares y la muestra del estudio (30) escolares con riesgo de padecer las enfermedades gingivales y periodontales, se precisó el comportamiento de algunas variables relacionadas como: edad, sexo, Higiene bucal deficiente, Sarro supra gingival, Caries dental, Obturaciones defectuosas. Apiñamiento dentario, Deglución atípica, Respiración bucal, Frenillos de inserción marginal y otros. Se elaboró y aplicó una encuesta que permitió analizar las variables del estudio. Se revisaron bibliografías actualizadas, hojas de cargo, registros, controles estadísticos e historias clínicas de pacientes. La información se procesó mediante métodos de estadística descriptiva. La edad más frecuente fue la comprendida entre 10-12 años y predominó el sexo masculino. Los factores de riesgo que prevaleciente fue la higiene bucal deficiente.

PALABRAS CLAVES: enfermedades gingivales y periodontales, factores de riesgo, causa.

ABSTRACT

Periodontal disease is slow and progressive, it extends for many years, but its onset at an early age is extremely common and Gingival diseases in their various forms are a common finding in children and adolescents. Motivated by this, this study was conducted to analyze the behavior of the risk factors of gingival and periodontal diseases in schoolchildren of the "Julio Antonio Mella" Elementary School, belonging to the community of Vedado 3, Mario Pozo Ochoa Polyclinic, Jesús Menéndez, Las Tunas, during the period from October 1, 2017 to May 1, 2019.The universe was constituted by (40) schoolchildren and the study sample (30) schoolchildren at risk of suffering from gingival and periodontal diseases, it was specified the behavior of some related variables such as: age, sex, poor oral hygiene, supra gingival tartar, dental caries, defective fillings, dental crowding, atypical swallowing, mouth breathing, marginal insertion braces and others. A survey was developed and applied to analyze the study variables. Updated bibliographies, charge sheets, records, statistical controls and patient records were reviewed. The information was processed using descriptive statistics

methods. The most frequent age was between 10-12 years and the male sex prevailed. The prevailing risk factors were poor oral hygiene.

KEY WORDS: gingival and periodontal diseases, risk factors, cause.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano. La gingivitis afecta aproximadamente al 80% de los niños de edad escolar, y más del 70% de la población adulta ha padecido de gingivitis, periodontitis o ambas. Los resultados de investigaciones y estudios clínicos revelan que las lesiones producidas por las periodontopatías en las estructuras de soporte de los dientes en los adultos jóvenes, son irreparables y que, en la tercera edad, destruye gran parte de la dentadura natural, privando a muchas personas de todos sus dientes durante la vejez.

La prevalencia y gravedad de las periodontopatías varía en función de factores sociales, ambientales, enfermedades bucales y generales, y particularmente de la situación de higiene bucal individual.

En la época actual se han identificado numerosos factores de riesgo para las enfermedades gingivales y periodontales. La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival están fuertemente relacionadas con el origen y ulterior desarrollo de la gingivitis, la que puede evolucionar hacia la enfermedad periodontal, y que es más destructiva y crónica. (Guías Prácticas Clínicas De Enfermedades Gingivales y Periodontales.2016)

Durante mucho tiempo se creyó que las enfermedades Gingivales en el niño eran extremadamente raras, al extremo que muchas alteraciones que se observaban en las encías, no se les prestaba atención alguna. Estos criterios se han ido modificando ante la presencia cada vez mayor de alteraciones Gingivales en los niños que se corresponden con procesos patológicos reconocidos y se ha aceptado que la Gingivitis no es una simple enfermedad, sino un conjunto de enfermedades como resultado final de varios procesos.

Doncel Pérez C, Vidal Lima M, del Valle Portilla MC. (2017) plantean queLa Enfermedad Periodontal es lenta y progresiva, se extiende por muchos años, pero su inicio en edades tempranas es extremadamente común y las enfermedades Gingivales en sus diversas formas son un hallazgo habitual en niños y adolescentes.

Las enfermedades periodontales son unas de las cuestiones más importantes en la práctica estomatológica moderna

Estudios paleontológicos señalan que el hombre ha estado expuesto a la enfermedad periodontal desde épocas prehistóricas. La enfermedad periodontal aparece como la más común de las enfermedades que se comprueban en los cuerpos embalsamados de los egipcios de hace 4000 años. Muchos de los conocimientos actuales sobre medicina egipcia provienen de los Papiros Quirúrgicos de Ebers y Edwin Smith.

Entre los antiguos griegos, Hipócrates de Cos, padre de la medicina moderna explicó la etiología de la enfermedad periodontal. Creía que la inflamación de las encías podía

atribuirse a la acumulación de pituita y cálculos, con hemorragia gingival producida en casos de enfermedad persistente. (Carranza FA,2015)

Las enfermedades bucales son entendidas actualmente como un problema de salud pública a nivel mundial. Es así que se ha reportado que la inflamación gingival se presentaría en el 99% de los adultos mientras que la prevalencia de Periodontitis alcanzaría un 30%, solo superada por la caries dental no tratada con prácticamente el 100% de los adultos afectados. (Petersen PE, Ogawa H. Beaglehole R, Benzian H, Crail J, Mackay.Farina R, Scapoli C, Carrieri A, GuarnelliME,2014)

Tanto la gingivitis como la periodontitis, son enfermedades periodontales de condición inflamatoria asociadas a la formación y persistencia del biofilmsubgingival bacteriano en la superficie dentaria. La gingivitis es la primera manifestación patológica de la respuesta inmune-inflamatoria del individuo al biofilm, caracterizada por la presencia de inflamación gingival en ausencia de pérdida de inserción clínica, siendo reversible si se procede a la eliminación del biofilm. Sin embargo, si este persiste, la gingivitis se hace crónica, pudiendo progresar a periodontitis, etapa caracterizada por la presencia de inflamación gingival en sitios donde se ha producido la migración apical del epitelio de unión, acompañado por la destrucción irreversible de los tejidos de inserción del diente y que constituye una de las principales causas de pérdida dentaria. (Mariotti A. Schatzle M, Loe H, Burgin W, Anerud A, Boysen H, FlemmigTF,2015.)

Nishida M, Grossi SG, Dunford RG, Ho AW, Trevisan M, Genco. Jagannathachary S, Kamaraj D, (2015). Refieren que: Dietas ricas en ácidos grasos saturados y azúcares, y baja en grasas poliinsaturadas, fibra y vitamina A, C y E, generan un aumento en la severidad de las enfermedades periodontales. La obesidad también contribuiría en ese sentido a través de la inflamación sistémica producida por la producción de adipocinas sumado a los hábitos de una dieta nociva.

(Nishida M, Grossi SG, Dunford RG, Ho AW, Trevisan M, Genco. Jagannathachary S, Kamaraj D.,2014) "*Además de estos factores de riesgo, se ha descrito la participación de determinantes sociales como el nivel socioeconómico bajo, que también aumentaría la probabilidad de desarrollar destrucción periodontal".* Se ha descrito además una significativa asociación entre periodontitis y otras condiciones sistémicas, como el parto prematuro y bajo peso del niño al nacer, la artritis reumatoide y el síndrome metabólico. Es así que es posible considerar que la presencia de periodontitis en un paciente con enfermedades crónicas no transmisibles puede contribuir a su exacerbación y/o desarrollo, a través de diversos mecanismos patogénicos, ya sea por infección directa por patógenos periodontales, ya sea por mecanismos indirectos producto de la patogenia de la periodontitis. (Tonetti M, KornmanKS,2013)

Teniendo en cuenta la importancia del tema, la frecuencia de esta enfermedad y la presencia de factores de riesgo, en su mayoría modificables como principal etiología de estas patologías, se decidió realizar la presente investigación, para identificar factores de riesgo asociados a enfermedades gingivales y periodontales.

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal para conocer el comportamiento de los factores de riesgo de las enfermedades gingivales y periodontales en los escolares la Escuela Primaria "Julio Antonio Mella", perteneciente a la comunidad de Vedado 3, Policlínico Docente. Dr. Mario Pozo Ochoa, Jesús Menéndez, Las Tunas,

durante el período del 1 de octubre del año 2017 al 1 de mayo del año 2019.El universo lo constituyen los (40) escolares y la muestra del estudio (30) escolares con riesgo de padecer las enfermedades gingivales y periodontales en dicha población.

La relación del sexo con la morbilidad por las enfermedades gingivales y periodontales pudimos apreciar que existe un predominio del sexo masculino con un total de 18 niños para un 60%, de ellos el 33.3% tienen enfermedades periodontales y gingivales.

Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano

La gingivitis afecta aproximadamente al 80% de los niños de edad escolar, y más del 70% de la población adulta ha padecido de gingivitis, periodontitis o ambas. No presentan predilección por ningún sexo, por lo que puede aparecer en cualquiera con frecuencia.

Sobre los factores de riesgo presentes en la población estudiada observamos que existe el predominio de la higiene bucal deficiente con 22 pacientes, seguida del apiñamiento dentario con 20 niños y el sarro supra gingival presente en 15 escolares como los factores de riesgos más destacados en esta población.

Coincidiendo con algunos estudios donde se han identificado numerosos factores de riesgo para las enfermedades gingivales y periodontales. La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival están fuertemente relacionadas con el origen y ulterior desarrollo de la gingivitis, la que puede evolucionar hacia la enfermedad periodontal, y que es más destructiva y crónica. Este hecho ha generado en algunos autores la concepción errónea de una relación de causa y efecto entre la placa y la gingivitis, introduciendo confusión acerca del papel de la higiene bucal (bacterias) como factor de riesgo determinante. Factores de riesgo como el tabaquismo, estrés, diabetes mellitus, bruxismo, prótesis mal ajustadas, factor socioeconómico, nivel de instrucción, dietas, estilo de vida y muchos otros, interactuando entre sí, se asocian con el origen y evolución de las enfermedades gingivales y periodontales.

Al analizar la distribución según grupo de edad y sexo concluimos con que en la población estudiada existe un predominio del sexo masculino sobre el femenino. El grupo de edades más destacados resultó entre 10 y 12 años con un total de 27 pacientes que representa el 90% del total, de ellos el 57.7% fueron del sexo masculino y el 33.3% femenino.

CONCLUSIONES

La edad más frecuente fue la comprendida entre 10-12 años y predominó el sexo masculino. Los factores de riesgo que prevalecieron son: la higiene bucal deficiente con 22 pacientes, seguida del apiñamiento dentario con 20 niños y el sarro supra gingival presente en 15 escolares como los factores de riesgos más destacados en esta población.

Quedó diseñada una estrategia de intervención utilizándose la metodología de la planificación estratégica.

REFERENCIAS

Abreu RP; Labrada BY; Sánchez J L;Alvares ZJ. Evaluación de supervivencia de pacientes con cáncer de pulmón tratados con la vacuna de factor de crecimiento epidérmico. Correo Científico Médico de Holguín [revista en la Internet]. 2011[citado 2015 Ene 30]; 15(1). Recuperado de: http://www.cocmed.sld.cu/no151/no151ori08.htm

Doll R, Petto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observationsonmale British doctors. BMJ [Internet]. 2004 [citedmay 2010] 328(7455):1519-28. Recuperado de: http://www.bmj.com/content/328/7455/1519.long

Díaz GY; Bello UL; Cabrera VD; Delgado MR. Epidemiología del cáncer de pulmón en el hospital provincial docente "Dr. Antonio LuacesIraola" de Ciego de Ávila. MEDICIEGO [revista en la Internet]. 2013 [citado 2015 Ene 30]; 19(Supl.1). Recuperado de:http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/articulos/t-4.html

Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006.

Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2010.

Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006.

Nápoles E, Coutin G, Romero CR, Ravelo MC, Sánchez AL. Identificación de conglomerados temporo-espaciales en pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón. Revista Información Científica [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Ene 30]; 86(4). Recuperado de: http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_86_No.4/distribucion_conglomerados_temporo_espaciales_tc.pdf

Organización Mundial de Salud ,2018. Impacto del Medio Ambiente en la salud. Recuperado de: http://www.paho.org

Sosa JM; Reyes SM; Delgado MR. La citología con aguja fina como medio diagnóstico en el cáncer de pulmón. MEDICIEGO [revista en la Internet]. 2010 ene.-abr [citado 2015 Ene 30]; 17. 4(1).Recuperado de:http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl1_%202011/articulos/t-6.html

Varona P, Herrera D, García R, Bonet M, Romero T, Venero S. Smoking-AttributableMortality in Cuba. MEDICC Review [Internet]. 2009 [citedmay 201011(3):43-7. Recuperado de: http://www.medicc.org/mediccreview/articles/mr_105.pdf

WorldHealthOrganization. Cancer Control: KnowledgeintoAction. WHO Guide forEffectiveProgrammes. Planning. Ginebra: OMS; 2006.

EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LA SALUD BUCAL DE ESCOLARES DE 8 A 11 AÑOS.

EFFECTIVENESS OF AN EDUCATIONAL PROGRAM IN SCHOOL HEALTH SCHOOLS FROM 8 TO 11 YEARS OLD

Yanet Cruz Leyva[1] yanetemily@nauta.cu

Elva Zayas Sanchez[2]

María Isabel Reyes Padín[3] bibliodel@ltu.sld.cu

RESUMEN

La educación para la salud ayuda a los individuos a alcanzar salud mediante su propio comportamiento y esfuerzo. Se realizó un estudio de intervención comunitaria en el seminternado Guillermo Domínguez López de la localidad de Delicias, municipio Puerto Padre, desde septiembre del 2018 a mayo de 2019, para evaluar la efectividad de un programa educativo sobre salud bucodental aplicado a alumnos de esta escuela. La muestra de estudio estuvo constituida por 122 niños. La investigación se desarrolló en cuatro etapas: organizativa, diagnóstico, diseño de la estrategia e intervención y evaluación. Se evaluó el nivel de conocimientos sobre salud bucal de los alumnos modificándose a bueno en un 76,22 %, se comparó el comportamiento de la higiene bucal de los mismos aumentando la cifra a un 84,42 %, al concluir las actividades educativas el estado de salud bucal que predominó según la clasificación epidemiológica fueron los sanos con riesgo.

PALABRAS CLAVES: Medicina preventiva, Promoción de salud, Caries dental, Estrategia de intervención

ABSTRACT

Health education helps individuals achieve health through their own behavior and effort. A community intervention study was conducted in the seminary Guillermo Domínguez López in the town of Delicias, Puerto Padre municipality, from September 2018 to May 2019, to evaluate the effectiveness of an educational program on oral health applied to students of this school. The study sample consisted of 122 children. The research was developed in four stages: organizational, diagnostic, strategy design and intervention and evaluation. The level of knowledge on oral health of the students was evaluated, changing to good in 76.22%, the behavior of the oral hygiene of the students was compared, increasing the figure to 84.42%, at the end of the educational activities the state Oral health that prevailed according to the epidemiological classification were the healthy at risk.

KEY WORDS: Preventive medicine, Health promotion, Dental caries, Intervention strategy

[1] Residente de 2do año de Estomatología General Integral. Policlínico Docente “Rafael Izquierdo Ramírez”
[2] Especialista en 2do grado en Estomatología General Integral. Profesora Auxiliar. PPU “Romárico Oro”
[3] Ingeniera Informática. . Policlínico Docente “Rafael Izquierdo Ramírez”

INTRODUCCIÓN

La educación para la salud es uno de los pilares de la medicina preventiva que ayuda a los individuos a alcanzar salud mediante su propio comportamiento y esfuerzo, objetivo este que no será efectivo mientras no se cree el hábito de practicar las técnicas de higiene personal. A través de los años se ha enfatizado mucho en la importancia que tiene la prevención en la práctica dental, trayendo como resultado un ahorro de recursos que serían utilizados para la curación (Colectivo de autores, 2009).

La Educación para la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como la disciplina encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con la salud de los individuos y de la comunidad (Lugo, García, Gross, Casas y Sotomayor, 2017).

Mediante el trabajo educativo se debe lograr un alto nivel en la cultura sanitaria de la población y puede determinar, en muchos aspectos, el estado de salud de esta. La educación para la salud es uno de los pilares de la medicina preventiva que ayuda a los individuos a alcanzar salud mediante su propio comportamiento y esfuerzo, objetivo este que no será efectivo mientras no se cree el hábito de practicar las técnicas de higiene personal. A través de los años se ha enfatizado mucho en la importancia que tiene la prevención en la práctica dental (Capote y Campello, 2018).

El objetivo de la educación para la salud no es solo presentar los hechos para llenar un vacío de información sino exponerlos de tal forma que las personas modifiquen sus actitudes e influenciar de esa manera sobre su calidad de vida.

En Cuba la promoción de salud y la prevención de enfermedades ha sido una tarea permanente desde el triunfo de la revolución, desde entonces se comenzaron a realizar actividades educativas en la población con el objetivo de crear hábitos correctos de higiene bucal e incrementar sus conocimientos. Paralelo a esto se fueron modificando los planes de estudio, enfatizando en la promoción de salud y la integralidad de las acciones, capacitándose a técnicos y profesionales en labores educativas que posibilitaron el trabajo con la población. Se trabajó en la integración de otros sectores, fundamentalmente educación, capacitándose a profesores y educadores y a los líderes formales e informales de las comunidades en los temas de interés de ellos y del subsistema de atención estomatológica, de acuerdo con la problemática de cada territorio (Alpizar, Armas y Benet, 2017).

Uno de los componentes de la promoción es la Educación para la Salud de la cual podemos decir que es un proceso planificado, encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas aptitudes o comportamientos para mantenerse saludables, ya que prevención no es más que lo opuesto a la enfermedad y consiste en todos los esfuerzos encaminados a poner una barrera al avance de esta y cada una de sus estadios.

Se realizan acciones de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades con el objetivo de disminuir su incidencia, entre las que se destacan las dirigidas a la educación de la población para mejorar sus hábitos higiénicos y nutricionales y aquellas encaminadas a incrementar la resistencia del diente con la utilización de fluoruros ya sea por vía tópica o sistémica (Rodríguez y Valiente, 2017).

Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el autocuidado, conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, así como para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad.

La educación para la salud como estrategia en la promoción de salud, constituye una forma de enseñanza, la cual pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades e intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad.

La educación en salud de niños y niñas tiene ventajas adicionales, ya que además de desarrollar desde edades tempranas actitudes y prácticas favorables para el mantenimiento de su salud, constituye un buen camino para la educación familiar.

Actualmente existen algunas enfermedades bucales como la caries dental que en muchos países están en franca regresión, y ello está vinculado a la aplicación de los principios de promoción y prevención en Estomatología. Estos principios sin embargo no son aplicados universalmente y no existe una clara correspondencia entre los conocimientos adquiridos en el campo de la prevención y su utilización, tanto por la población como por los profesionales del equipo de salud bucal (Alpizar et al., 2017; Rodríguez y Valiente, 2017; Pérez y Andrea, 2017).

Chung y Lafarge (2018) afirman que:

> La caries dental se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros. (p.1640)

Es una de las enfermedades de mayor prevalencia, afectando a más del 90% de la población. Se clasifica como una enfermedad transmisible e irreversible. Su incremento se ha asociado al desarrollo social y a las variaciones en los hábitos dietéticos de las poblaciones, no obstantes, en estudios realizados en los últimos años se ha determinado una tendencia a la disminución, fundamentalmente en los menores de 15 años. Su comportamiento presenta variaciones entre países, influyendo factores tales como: sistema de salud existente, cultura, hábitos de alimentación, economía y medio ambiente (Soto, Sexto y Gontán, 2018).

El método más efectivo de controlar la predisposición a las caries es la limpieza mecánica con el cepillo dental, dentífricos y otros auxiliares higiénicos es por ello la gran necesidad de lograr una mejor aplicación de la educación para la salud.

A pesar de todos los esfuerzos realizados por el personal encargado de esta actividad se ha podido comprobar en la práctica que con frecuencia no hay una adecuada percepción del riesgo de las enfermedades bucales por parte de los niños y sus familiares, en especial de la caries dental y que el nivel de educación para la salud bucal de los mismos no es óptimo.

Si se aplicara una estrategia de intervención educativa para motivar la adquisición de conocimientos y el cambio de actitudes relacionadas con este tema en dicha población,

entonces se podrá disminuir la prevalencia de caries, así como la adquisición de actitudes saludables. Para verificar esta hipótesis se evalúa la efectividad de un programa educativo sobre salud bucodental aplicado a alumnos del seminternado Guillermo Domínguez López del área de salud de Delicias, durante el período comprendido de septiembre del 2018 a mayo del 2019

Metodología empleada en el estudio

Se realizó un estudio de intervención comunitaria. El universo y la muestra estuvo constituida por 122 niños de 8 a 11 años que cooperaron con la investigación y sus padres dieron el consentimiento a participar.

Intervención educativa

La intervención se desarrolló en cuatro etapas:

1) Etapa de diagnóstico.

Tiene como objetivo demostrar la existencia del problema, profundizar en sus particularidades y definir sus causas. Se dividió en 2 fases:

Fase de diagnóstico de necesidades reales: Previa firma del convenio investigador-escuela y la obtención del consentimiento informado de docentes y padres para participar en la investigación y de estos últimos autorizando la participación de sus hijos, se utilizó como instrumento para detectar las necesidades reales de aprendizaje un cuestionario para los niños. Los instrumentos fueron confeccionados por la autora de la investigación, y revisados por colegas de más de 10 años de experiencia vinculados a la especialidad de Estomatología General Integral, posteriormente fueron presentados para su aprobación al Departamento de Psicología del policlínico docente “Rafael Izquierdo” y validados en pilotajes que involucrarán a grupos similares a los investigados, lo cual contribuyó a su ajuste. Para la evaluación de los mismos se utilizaron claves de respuestas y evaluación.

Los estudiantes se citaron a la consulta de consejería de salud bucal perteneciente a la Clínica estomatológica del Policlínico Docente “Rafael Izquierdo” para realizar el control de placa dentobacteriana, para lo cual será necesario un espejo bucal, espejo facial, cepillo dental y la sustancia reveladora. Se evaluó la higiene bucal mediante el Índice de higiene bucal de Love, que será aceptable cuando sea menor del 20%, y no aceptable cuando sea superior al 20% de superficie dentarias teñidas, siendo este último un importante factor de riesgo de la caries dental. El Índice de Love responde a la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de Love} = \frac{\text{Superficies teñidas}}{\text{Superficies presentes}} \times 100$$

Donde las superficies presentes representan las caras de los dientes, excepto la oclusal, sin tener en cuenta el tercer molar y las superficies teñidas aquellas que al usar el colorante se tiñen de rojo en los sitios de acumulación de placa dentobacteriana (Colectivo de autores, 2009).

Fase de diagnóstico de necesidades sentidas: Se realizaron grupos focales con los niños como método cualitativo para explorar la percepción que poseen los estudiantes sobre la caries dental y su repercusión lo que permitirá profundizar en el problema.

2) Etapa de diseño del programa educativo

Teniendo en cuenta las necesidades reales y sentidas de los niños, que detecten se diseñó un programa educativo titulado: “Por una sonrisa sana”, teniendo en cuenta la edad y característica de los escolares, así como los conocimientos que deben adquirir, planificando actividades educativas con la utilización de técnicas afectivo – participativo y diferentes medios de enseñanza que propiciarán la adquisición de conocimientos.

3) Etapa de ejecución del programa educativo.

El programa educativo se desarrolló entre los meses de septiembre del 2018 a mayo del 2019, el horario se estableció de acuerdo con las posibilidades de los integrantes de la investigación y en correspondencia con el horario escolar.

4) Etapa de evaluación de los resultados del programa

Se aplicaron nuevamente las encuestas y se determinó el Índice de Higiene Bucal de Love, a los estudiantes. Se determina los resultados del Programa como satisfactorio, si el nivel de conocimientos y el Índice de Higiene Bucal de Love son aceptables y no satisfactorios cuando uno o los dos criterios anteriores son no aceptables

Caracterización de la muestra de estudio

Tabla # 1: Distribución del grupo según edad y sexo, Delicias. 2018- 2019.

	Sexo				Total	
	M		F			
Edades	No.	%	No.	%	No.	%
8	14	11.47	16	13.11	30	24.59
9	13	10.65	15	12.29	28	22.95
10	11	9.01	15	12.29	26	21.31
11	17	13.9	21	17.21	38	31.14
Total	55	45.08	67	54.91	122	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 1 se analiza la distribución de los niños según grupos de edad y sexo, observándose un ligero predominio del sexo femenino. La autora encuentra importante resaltar la entusiasta participación de las niñas, lo cual facilitó el desarrollo de la estrategia y por tanto el cumplimiento de los objetivos trazados en la misma, no se descuidó que los varones participaran de manera activa.

Nivel de conocimiento sobre salud bucal

Tabla # 2: Evaluar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de los alumnos antes y después de aplicado el programa, Delicias 2018 - 2019.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No	%	No	%
Malo	34	2.78	0	0
Regular	66	54.09	29	23.77
Bueno	22	18.03	93	76.22
Total	122	100	122	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 2 se realiza una comparación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de los alumnos antes y después de aplicado el programa educativo.

Como se aprecia, antes del programa educativo, un 54.09% de los niños tenía un nivel de conocimiento regular y un 2.7% lo tenía malo. En cambio, luego de aplicar la estrategia de intervención este fue modificado a bueno en un 76.22%.

En estudios similares como los de Díaz, Ferrer, García y Duarte (2009); Soto et al. (2018) y Yépez (2017) entre otros, también se obtuvieron cambios favorables al aplicar intervenciones educativas.

Resultados de la intervención educativa

Tabla 3: Higiene bucal antes y después de aplicado el programa educativo, según el Índice de Higiene Bucal de Love. Delicias 2018- 2019.

Higiene bucal	Antes		Después	
	No	%	No	%
Aceptable	39	31.96	103	84.42
No aceptable	83	68.03	19	15.57
Total	122	100	122	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 3 se compara la higiene bucal de los alumnos antes y después de aplicado el programa educativo. Antes de la intervención el 31.96% de los niños tenían higiene bucal

aceptable; después de poner en práctica el programa educativo esta cifra aumentó a un 84.42%. Desde el punto de vista estadístico los resultados alcanzados fueron significativos (p=0.0001).

Muestran similitud con los nuestros resultados el estudio realizado por Díaz et al. (2009), los autores refieren que antes de la intervención prevalecía la higiene bucal inadecuada en el 57.4% de los niños y después de la intervención, primó la higiene bucal adecuada en un 68.8% de los casos. Otros estudios reportan similares resultados como el de Chung y Lafarge (2018) en el programa educativo que crearon.

La higiene bucal es la clave del éxito para la prevención de caries dental y la misma tiene un adecuado impacto en la futura salud dental del niño por lo que deben cambiar los hábitos inadecuados de higiene. La deficiente higiene bucal se traduce en mayor acumulación de placa dentobacteriana, lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos fermentadores, facilitando el proceso de desmineralización y elevando el riesgo a caries (Fleites, Quintero y Castañeda, 2017).

Tabla 4: Comparación del Estado de salud bucal de los niños antes y después de aplicada la estrategia de intervención. Delicias 2018- 2019.

Clasificación Epidemiológica	Antes		Después	
	No	%	No	%
Sano	4	3.27	17	13.93
Sano con riesgo	33	27.04	105	86.06
Enfermo	85	69.67	0	0
Deficiente discapacitado	0	0	0	0
Total	122	100	122	100

Fuente: Índice de higiene de Love.

Como se aprecia en la tabla 4, el estado de salud bucal de los niños fue modificado con la estrategia de intervención, que incluyó además de las actividades educativas, las curativas. Inicialmente un 69.67 % de los niños se encontraba en la clasificación epidemiológica de enfermo y finalmente un 86.06% se encuentran en la clasificación de sano con riesgo y ningún niño se encuentra enfermo.

Estos resultados son similares a los alcanzados por Suárez (2018) quién a su vez hace referencias en su trabajo, a otros estudios realizados en la misma ciudad y con los mismos objetivos de investigación, que llegaron a la misma conclusión sobre educación comunitaria en salud bucal para niños.

CONCLUSIONES

En la distribución de los niños según edad y sexo, existió un ligero predominio de las féminas y no hubo diferencias significativas en cuanto a la edad de los mismos. El nivel de conocimiento sobre salud bucal de los alumnos en septiembre de 2018, se comportaba regular en su mayoría, después de aplicar el programa educativo, este se comporta como bueno. La higiene bucal que se encontraba en la mayor parte de los casos como no aceptable, logró modificarse a aceptable al concluir la intervención. El estado de salud bucal que predominaba era el de enfermos y al concluir las actividades educativas se disminuyó considerablemente el número de estos, siendo la clasificación epidemiológica predominante los sanos con riesgo.

REFERENCIAS

Alpizar, B., Armas, G., y Benet, M. (2017). El crucigrama educativo estomatológico, un método para la prevención de las enfermedades bucodentales. *Rev cubana Estomatol, 37*(3). Recuperado de: http://bos.sld.cu/revistas/vol37-3-00/est08300.html

Capote, M.M., y Campello, L. (2018). Importancia de la familia en la salud bucal. *Rev cubana Estomatol , 49*(1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-50720120001000007&lng=es

Colectivo de autores. (2009). *Guías Prácticas de Estomatología*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

Chung, A.M., y Lafarge, F. (2018). Programa Educativo "Sonríe al futuro" para adolescentes. *MEDISAN, 16*(10), 1638-1650. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-01920120010000020&lng=es

Díaz, L., Ferrer, S., García, R.C., y Duarte, A. (2009). Modificaciones de los conocimientos y actitudes sobre salud bucal en adolescentes del reparto Sueño. *MEDISAN, 5*(2). Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/santvol5-2-01/san01201.html

Fleites, T.Y., Quintero, E.J., y Castañeda, S. (2017). Juegos específicos en preescolares para promoción y educación sobre la salud bucal. *Medicentro, 18*(3). Recuperado de: http://medicentro.vcl.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202011/v15n3a11/003juegos2revisado.htm

Lugo, E., García, L., Gross, C., Casas, S., y Sotomayor, F. (2017). La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. *MEDISAN, 17*(4), 677-685. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-01920130004000015&lng=es

Pérez, N., y Andrea, C. (2017). Educación para la salud. Clínica Estomatológica “Orlando Corvo”, Melena del Sur, La Habana. El mural de mami y papi. *Rev cubana Estomatol., 40(*1). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_1_03/est10103.html

Rodríguez, A., y Valiente, C. (2017). Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. *Rev cubana Estomatol., 40*(1). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40-1-03/est08103.html

Soto, A., Sexto, N., y Gontán, N. (2018). Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. *Medisur, 17*(1). Recuperado de: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2571

Suárez, T. (2018). *"Educación Comunitaria en Salud Bucal para Niño".* (Tesis de postgrado inédita). Clínica Estomatológica Docente "Ismael Clark y Mascaró", Camagüey.

Yépez, M.A. (2017). *Evaluación del proyecto: el club de la sonrisa feliz. Un programa de intervención comunitaria en salud oral. Fase I. Hospital de Nazareth. Bogotá, Colombia*. Recuperado de: http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/pdf/sonrisa.pdf

.

ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DEL ESTOMATÓLOGO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL

ORIENTATION ACTIVITIES FOR THE PREPARATION OF THE STOMATOLOGIST IN ORAL HEALTH PROMOTION

Yadira Rosales Ramírez[1] rosamirez2000@ltu.sld.cu

Lucía Rafael Martínez[2]

Migdalia Gonzàlez Salazar[3]

RESUMEN

En el campo de la Estomatología la promoción de la salud bucal es una prioridad para cumplimentar los objetivos que demanda el modelo del profesional, lo cual está en función de la prevención, curación y rehabilitación. El presente artículo tiene la finalidad de exponer algunos fundamentos que sustentan el proceso de orientación en la formación inicial del estomatólogo para el desempeño de las actividades de educación para la salud en la población. El mismo constituye una herramienta útil para que los educandos desarrollen hábitos y habilidades encaminadas hacia la planificación, ejecución. Control y evaluación de las acciones en su contexto de actuación, lo que coadyuva el aprendizaje desarrollador desde la doble intencionalidad para sí y para los pacientes.

PALABRAS CLAVES: promoción de salud bucal, formación inicial, orientación, aprendizaje desarrollador.

ABSTRACT

In the field of stomatology, the promotion of oral health is a priority to fulfill the model, which is closely related with the prevention, healing, and rehabilitation of the patient. This article has an its main objective to show some of the fundamentals which support the process of orientation in the initial formation of dentists for the development of the educative for the population´s health. It constitutes a useful stool for the dentists to be in order them to develop habits and skills headed towards the planning, accomplishment, control, and assessment of the actions in their performance context, which helps the developing learning from its double purpose and also for the patients.

KEY WORDS: oral health promotion, initial formation, orientation, developing learning.

INTRODUCCIÓN

“En realidad no resiste comparación el camino que lleva el trabajo de la salud con el camino del pasado. Desde luego, me refiero exclusivamente a la cosa directa, a la atención directa, a la medicina terapéutica y a la medicina preventiva, que es la que nosotros realmente debemos tratar de desarrollar también en grado máximo. Las dos, pero sobre todo seguir el principio de evitar las enfermedades” (Castro, 1962).

---

[1] Especialista en 1er grado en Estomatología General Integral. Profesora Asistente.

[2] Dra. en Ciencias Pedagógicas. Profesora Titular.

[3] Licenciada en Atención Estomatológica. Profesora Asistente.

A tono con la frase anterior de nuestro máximo líder, el estomatólogo en su “deber ser”, la promoción de la salud bucal constituye la piedra angular en su accionar diario. Para ello se hace necesario el saber enseñar el modo de aprender y poner en práctica todos los conocimientos y habilidades, que logren transformaciones positivas para la vida, de manera consciente y responsable en la población.

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa en 1986, se dio a conocer que, “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”. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

El enfoque de promoción de salud se ha fortalecido como empoderamiento, o sea que la persona tome decisiones saludables y ejerza control sobre su vida, y esto puede realizarse en cualquier etapa del proceso salud enfermedad: el paciente en riesgo, enfermo o en fase de rehabilitación. Bonal, R (2019).

En la práctica pre profesional, los estomatólogos en su formación inicial se apropian de recursos que les permiten en consecuencia, practicar modos de actuación en consonancia con las exigencias sociales; es por ello que debe prepararse para que en la práctica pueda incidir de manera positiva en la comunidad, con la aplicación de las habilidades para el desarrollo de actividades que logren la motivación y sobre todo el actuar de forma consciente en la transformación de conductas y hábitos perjudiciales para la salud bucal como el tabaquismo, alcoholismo, ingestión de alimentos azucarados fuera de los horarios, la mala higiene bucal entre otros.

La calidad en las actividades de Promoción de Salud garantizará mayor efectividad en los cambios de actitud ante inadecuados estilos de vida, para ello es necesario una correcta comunicación encaminada a motivar a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos en relación con la salud o a utilizar los servicios existentes. Tiene como premisa las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales; promueve el diálogo (también llamado comunicación en 2 sentidos), el intercambio de ideas y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas.

Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una combinación estratégica de la comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales, lo cual se logra a través de una correcta orientación con una doble intencionalidad para sí y para con los pacientes, por tanto constituye un reto para los educadores el rol de acompañamiento partiendo del diagnóstico de las necesidades de aprendizaje de los estomatólogos en formación inicial, relacionadas con la promoción de la salud bucal, lo que permitirá la atención a las individualidades y aprovechar las potencialidades, en aras de alcanzar una buena preparación en este campo de la salud y fortalecer la medicina comunitaria, mediante la adquisición de habilidades que permitan la formación de estomatólogos promotores de la salud, lo que conlleva a una mejor calidad de vida en nuestra población.

La preparación del estomatólogo para las actividades de promoción de salud bucal

En estomatología se han realizado investigaciones relacionadas con la preparación del estomatólogo en promoción de salud bucal. Tal es el caso de Toledo (2012), quien propone un modelo para el perfeccionamiento de la actividad de promoción de salud bucal, en estudiantes de Estomatología. Este autor reconoce que, con la implementación de dicho modelo no todos lograron vencer los niveles de comunicación a nivel grupal, ni las insuficiencias en cuanto al dominio de las categorías básicas de promoción de salud, ni su limitada capacidad para sistematizar e integrar los conocimientos sobre hábitos, habilidades y actitudes de promoción de salud bucal.

Por otra parte, Toledo (2014) corroboró insuficiencias en las labores de promoción de salud por parte de los estomatólogos, quienes, a veces solo se proyectan hacia los factores de riesgos en el caso del cáncer bucal.

Aparicio (2014), propuso una metodología para la evaluación de la gestión de la integración de la docencia con la atención a la salud, donde se evalúan los indicadores de formación de habilidades en el pregrado y postgrado, formación y desarrollo de las cualidades profesionales y la satisfacción de estudiantes, residentes y de la población con los servicios recibidos.

Saez et col (2018) manifiesta en su investigación que, la aplicación de técnicas educativas para el empoderamiento de los pacientes de conocimientos y habilidades para el cambio de conductas negativas respecto a la salud bucal resultan efectivas y estas actividades están condicionadas por la motivación, sin embargo, en la práctica a juicio de la autora, no siempre a su egreso el estomatólogo está preparado para ejercer este tipo de actividades, debido a la falta de orientación que le permita lograr la independencia, la motivación, la creatividad y el desarrollo de habilidades fundamentalmente las comunicativas.

La autora de este trabajo, mediante visitas a consultorios médicos de la familia, conversaciones formales e informales con estomatólogos y pacientes, así como la observación de actividades de promoción relacionadas con la salud bucal, le permitieron detectar las siguientes insuficiencias en la preparación del estomatólogo en formación, específicamente en el grado terminal que realiza el internado en la Clínica Estomatológica Docente 3 de Octubre del Municipio Tunas.

- Los estomatólogos en formación inicial se cohíben de realizar actividades de educación para la salud con los pacientes en su comunidad.
- Empleo de escasas vías para desarrollar actividades de educación para la salud con pacientes en las consultas de atención primaria.
- Limitación en cuanto a recursos materiales para el desarrollo de actividades de educación para la salud con pacientes en la comunidad.

Estas insuficiencias intuyen la formulación del siguiente **problema científico**: insuficiente preparación de los estomatólogos en formación inicial, para el desarrollo de actividades de promoción de salud bucal en pacientes, lo que limita su desempeño profesional.

Fundamentación de la propuesta de actividades de orientación para la preparación del estomatólogo en promoción de la salud bucal

La orientación ha sido abordada por diferentes autores, en el ámbito escolar se destaca Del Pino, J,L(1988), quien la define como "……. un proceso que se puede programar y dirigir, pero sólo se realiza a través de la comunicación con el estudiante y estimulando su autodeterminación, protagonismo y responsabilidad con sus decisiones y conductas.

La función orientadora del docente en la formación inicial del estomatólogo para las actividades de promoción de la salud bucal, es fundamental para el desarrollo de las habilidades en el desempeño profesional con una doble intencionalidad ,pues este además de ser orientado para el accionar eficientemente, deberá orientar a sus pacientes a través de métodos y técnicas que les permitan la práctica del autocuidado de la salud bucal con responsabilidad, conocimiento y de esta forma incide favorablemente en ladisminución de la morbi y mortalidad dentaria mediante la promoción y prevención de las enfermedades bucales.

La propuesta que se presenta consiste en actividades de orientación para fortalecer la preparación a los estomatólogos en formación inicial para el desarrollo de la promoción de salud bucal en los diferentes contextos, estas actividades se desarrollan a través de encuentros con una frecuencia semanal, utilizando para ello diferentes vías como: reflexiones, debates, talleres presenciales, Educación en el trabajo en la clínica y en la comunidad. En todos los casos el personal que se prepara interactúa con los demás compañeros y se intercambian experiencias positivas. El desarrollo de los mismos abarcó el curso 2018-2019, en este caso las actividades fueron dirigidas a los 10 estomatólogos en formación inicial que realizan su etapa de internado en la Clínica Estomatológica Docente 3 de octubre.

Se desarrollaron un total de nueve actividades con las siguientes características:

Se incluyeron talleres, reflexiones, debates y por lo general se trató de evitar el trabajo frontal y directo con la muestra, estos interactúan mutuamente y aprenden mediante un proceso de orientación por parte del profesor que incentiva la motivación y la creatividad en los estomatólogos en formación inicial, donde se logra la reflexión, el autorreflexión y la valoración grupal, por lo que son protagonistas de su propio aprendizaje y de la adquisición de los conocimientos.

La propuesta de actividades concebidas se fundamentó psicológicamente en las concepciones del aprendizaje Histórico-Cultural: principio de la unidad personalidad, actividad y comunicación, el término vigotskiano: zona de desarrollo próximo, la unidad y relación dialéctica entre lo instructivo, educativo y desarrollador, la unidad de lo cognitivo y lo afectivo en la personalidad, el conocimiento de las características de cada uno de los integrantes del grupo, con el objetivo de incentivar el aprendizaje desarrollador en función de la elaboración de métodos y técnicas que generen la independencia y creatividad en los estomatólogos en formación inicial para brindar promoción de salud bucal en los diferentes contextos de su actuación.

Al analizar la estructura de la actividad encontramos que esta transcurre a través de los objetivos o fines conscientes y que para la obtención de las mismas se despliegan acciones, ahora bien, las vías, los procedimientos, métodos, mediante los cuales la

acción se manifiesta con dependencia de las condiciones en que se debe alcanzar el objetivo o fin, se denominan operaciones y se da en la relación sujeto-objeto.

Las actividades tienen un determinado propósito, preparar al estomatólogo en formación inicial para su desarrollo personal y social. Las actividades se encuentran ordenadas en dependencia de la complejidad del tema.

La estructura metodológica de las actividades fue la siguiente: Titulo, objetivo, Tiempo de duración, medios, introducción, Desarrollo y conclusiones. Los métodos y procedimientos que se emplean para aprender permiten el desarrollo del grupo, entre los que destacamos el debate, la conversación, el intercambio de experiencias y las técnicas participativas.

Los medios y materiales son básicamente: marcadores con mensajes de salud, pizarra, láminas, diapositiva, modelo dental, cepillo entre otros.

Se preparó un encuentro que consistió en sensibilizar y motivar a los estomatólogos en formación inicial con los temas a desarrollar, además se realizó la presentación de los participantes, el conocimiento de sus expectativas y la elaboración del encuadre, donde se presenta la metodología a seguir a partir del conocimiento de lo que abordarán en los mismos.

Otras cuatro actividades fueron dedicadas al diseño de las actividades de educación para la salud a partir de situaciones problémicas simuladas, estas son muy importantes, pues las temáticas de cada sesión es parte de lo general, lo que va permitiendo profundizar y ampliar los conocimientos del contenido temático.

Cuatro actividades se implementaron en escuelas, consultorios, la clínica y en la comunidad, con las cuales demostrarán las habilidades para la promoción de la salud bucal en la práctica y una actividad de cierre donde se hace una valoración general, donde participan los estomatólogos en formación inicial, que permite la retroalimentación acerca de las vivencias positivas, negativas en vistas a perfeccionar y o mejorar la concepción de las actividades para la promoción de la salud bucal.

Se concluyó la propuesta con una actividad de cierre que recoge las vivencias en opiniones que ha provocado la sesión en los miembros del grupo sobre lo positivo y lo negativo.

Para evaluar el impacto de la propuesta en función de sus objetivos, se debe controlar su aplicación lo que se realizará al final con cada una de las técnicas de cierre y en el taller final donde se recogerán criterios y opiniones que el grupo tiene acerca de las sesiones desarrolladas y los conocimientos que han adquirido desde el punto de vista teórico-práctico y metodológico.

Ejemplos de las actividades realizadas donde se evidencia la función orientadora del profesor hacia un aprendizaje desarrollador

Actividad 1.

Título: ¿Cómo ayudo a mis pacientes para que aprendan y contribuyan al autocuidado de la salud bucal?

Objetivo: Motivar y preparar a los estomatólogos en formación inicial para la planificación y el diseño de las actividades educativas.

Medios: Marcadores, cartulina, lápices a colores, computadora, murales.

Tiempo: 2 horas

INTRODUCCIÓN:

El profesor saludará a los estudiantes y ordenará situarse por grupos según corresponda para organizar la exposición preparada a partir de la tarjeta designada para tal fin, aunque es solo una guía, por lo que podrán hacer variaciones en dependencia de la creatividad del grupo. Se designará un grupo para la ponencia y el otro fungirá como oponente. Se dará un tiempo prudencial para la preparación. En este tiempo el profesor brindará la ayuda necesaria.

Tarjeta

En el día de hoy como parte de la labor en el terreno realizarán una actividad educativa en la Escuelita de San José, previa coordinación con la Dirección del centro, trabajarán con niños de 4to grado, para ello en esta ocasión utilizarán un juego didáctico “Alegrando la cesta”. Confeccionarán frutas con mensajes acerca de la salud bucal, los cuales responderán a preguntas igualmente elaboradas por ustedes. Las frutas y las preguntas serán repartidas a los niños quienes deberán responder e ir colocando las frutas en la cesta hasta ser agotadas. Los niños serán estimulados con lápices de colores, marcadores previamente confeccionados, colores, gomas para borrar, libretas etc.

DESARROLLO.

En este momento el equipo hará su presentación, mientras que el otro grupo fungirá como oponente y estarán atentos pues al finalizar deberán emitir sus criterios, opiniones, aportaciones que ayudarán al enriquecimiento y perfeccionamiento. Se orienta medir, comunicación, conocimiento, fluidez, seguridad y creatividad en la exposición.

CONCLUSIONES.

El profesor hará una valoración de la actividad, evaluará a los estudiantes considerando los aspectos antes mencionado y evalúa además la actividad, teniendo en cuenta la coevaluación y la heteroevaluación, lo que propicia la aceptación por parte de los estudiantes las dificultades presentadas y por ende los motiva a esforzarse por superarlas. Constituye un guía para la planificación de actividades de educación para la salud.

Actividad 2.

Con la orientación de esta actividad, los estomatólogos en formación inicial estarán en condiciones de aprender haciendo y aplicar sus conocimientos y habilidades para brindar educación para la salud a la población, por lo que materializarán en la práctica las actividades previamente planificadas en grupos de cuatro integrantes. De igual forma podrán utilizar la imaginación para la ejecución de la misma, utilizando su creatividad en su implementación.

Título: Las técnicas afectivas participativas para el autocuidado de la salud bucal en niños.

Objetivo: Desarrollar las habilidades para el desarrollo de técnicas de educación para la salud en escolares.

Medios: láminas, cepillo dental, taipodón, lápices, marcadores, gomas para borrar, libretas.

INTRODUCCIÓN

Los estomatólogos en formación inicial informarán a los niños acerca de la actividad que realizarán la cual fue previamente coordinada con la escuela.

DESARROLLO

Los estomatólogos en formación inicial previamente habrán elaborado los medios para llevar a cabo la actividad y se prepararán para la ejecución, pudiendo contar con la asesoría del profesor. Primeramente, realizarán una charla educativa sobre la higiene bucal a los niños del 4to grado de la escuela José Mastrapa, ubicada en la comunidad de San José, se auxiliarán de láminas elaboradas para la impartición de la misma, así como cepillo y taipodón para la explicación del cepillado dental.

Posteriormente para comprobar la asimilación de los conocimientos por parte de los niños se repartirán mensajes educativos que a su vez contendrán las respuestas a las interrogantes que harán a los niños, los cuales irán impresos en frutas que serán colocadas en una cesta destinada para este fin. Se estimulará a los niños que contesten correctamente mediante obsequios (lápices, colores, gomas para borrar, libretas, marcadores y juguetes).

Se reparten las frutas y se comienza a prender la chispa mediante las preguntas.

¿Cuántas veces se cepillan los dientes?

¿Quién me puede decir cómo se cepillan los dientes?

¿Cuáles alimentos son recomendables para la salud bucal?

¿Qué debemos hacer después de ingerir alimentos dulces?

¿Cada qué tiempo debemos visitar al estomatólogo?

¿Es importante el flúor para los dientes?

¿Cuáles son los hábitos perjudiciales para la salud bucal?

A medida que responden las preguntas se les obsequia el regalo, de no ser la respuesta acertada pues se corrige y se da la oportunidad a otro niño que emita la respuesta.

Al finalizar la actividad se les dará las gracias a los niños y maestros por su participación y se tomará fotos con los niños, lo que motivará a los mismos para próximas actividades, además de que servirá de evidencia y formará parte de las memorias de la clínica.

Conclusiones

El profesor se reunirá con los estomatólogos en formación inicial y se realizará un debate sobre los aspectos positivos y negativos de la actividad, se les otorgará la evaluación teniendo en cuenta la destreza en cuanto a motivación, dominio, lenguaje, empatía, fluidez de los estomatólogos en formación durante el desarrollo de la actividad, realizando las sugerencias pertinentes en cada caso, en vistas a perfeccionar la labor como promotores de la salud bucal. Esta conclusión se realizará siempre que finalice cada actividad, ayuda a orientar nuevas situaciones fundamentalmente a aquellos que presentaron dificultades en el desempeño de las habilidades.

Actividad 3

Título: Estar preparado para orientar a la población acerca de la salud bucal me ayuda a…….

Objetivo: Valorar la motivación y satisfacción de los estudiantes por las actividades de promoción de salud bucal en la población.

Medios: Pizarra.

Tiempo 90 minutos.

INTRODUCCIÓN

El profesor hace un breve resumen de todas las actividades realizadas durante la preparación, felicita a los estudiantes por la disposición y el interés mostrado. Recalca la necesidad de nunca obviar la educación para la salud una vez graduados como estomatólogos y recalca que esta debe ser sistemática.

Desarrollo

El profesor propiciará una lluvia de ideas acerca de las principales dificultades para la realización de las actividades para lo cual se auxiliará de las siguientes preguntas.

¿Para qué les ha servido la participación en las diferentes actividades realizadas?

¿Sintieron temor a la hora de trasmitir frente a un grupo de población educación para la salud?

¿Con cuáles técnicas empleadas se sintieron más a gusto y con cuáles según su percepción los pacientes implicados?

¿Les resultó complejo elaborar los diferentes medios empleados?

¿Consideran importante la orientación del profesor para la preparación de estas actividades?

CONCLUSIONES

El profesor otorgará una nota final a cada estudiante, luego de que cada uno se autoevalúe y exprese que considera se pudiera mejorar para posteriores actividades.

CONCLUSIONES

En la preparación de los estomatólogos en formación inicial para la actividad de promoción de salud, no siempre se aprecia el valor social de esta dimensión de la profesión restándole importancia y centrando el proceso docente educativo hacia la parte asistencial, por lo que no se realiza la preparación de forma eficiente para lograr la motivación, el interés y las habilidades de los estomatólogo en formación inicial para este fin, donde la función orientadora del profesor juega un papel decisivo para concretar dicho propósito.

La orientación educativa que se ofrece al estomatólogo en formación inicial, con vistas a su preparación para la promoción de la salud bucal de sus pacientes, requiere de actividades que, en su diseño y ejecución, consideren lo cognoscitivo, lo afectivo-motivacional y lo participativo, en un contexto intersectorial comunitario.

REFERENCIAS

Addine Fernández, F. y col.1998. Didáctica y optimización del proceso de Enseñanza–aprendizaje. Libro en soporte magnético.

Bonal,R. Modelos sobre promoción de salud en medicina familiar internacional e implicaciones en medicina general integral. EDUMECENTRO 2019; 11(2):175-191. ISSN 2077-2874. RNPS 2234. http://www.revedumecentro.sld.cu

Castellanos, Doris y otros (2001). Para promover un aprendizaje desarrollador. Ciudad de La Habana: Colección Proyectos, Instituto Superior Pedagógico E. J. Varona. http://www.ucf.edu.cu

Colectivo de Autores (2010). Modelo del profesional para la formación de Estomatólogos. "Plan de estudios D".

Del Pino, J. L (1998). La orientación profesional en los inicios de la formación superior pedagógica: una perspectiva desde el enfoque problematizador. Tesis en opción al título de Doctor en Ciencias Pedagógicas. ISPEJV.

Díaz Pérez, CA (2013). Modelo didáctico del proceso de formación de competencias profesionales específicas en la especialidad de Estomatología General Integral. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Guantánamo [citado 12 de enero 2016]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/697/1/TESIS_COMPETENCIAS.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá.

Rafael Martínez, L (2014). La promoción de salud en los docentes en formación. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Ciencias Pedagógicas Pepito Tey. Las Tunas.

Rouco, Z., Lara, LM., Suárez, G (2013). Necesidad de promover el aprendizaje desarrollador en estudiantes universitarios. Revista Universidad y Sociedad Vol. 5No.2.Universidad de Cienfuegos "Carlos Rafael Rodríguez", Cienfuegos, Cuba. ISSN 2218-3620

Saez Carriera, R., Velasco Cornejo, K., & Vintimilla Burgos, N. P. (2018). Técnicas de promoción de salud bucal en el adulto mayor. Universidad y Sociedad, 10(5), 333-338. Recuperado de http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus

Toledo Pimentel, BF (2012). Validación de un modelo para la formación del estomatólogo general básico en promoción de salud. EDUMECENTRO 2012;4(1):33-38 ISSN 2077-2874 RNPS 2234. Santa Clara.

Toledo Pimentel, B F Y Otros. (2014). El empleo del autoexamen bucal como actividad educativa en estudiantes de Estomatología. *EDUMECENTRO*, *6*(Supl. 1), 35-45. Recuperado en 07 de diciembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742014000400004&lng=es&tlng=es.

Vygotsky, L (1995). Fundamentos de defectología. Obras Completas. Tomo V. Ed. Pueblo y Educación. La Habana.

IMPACTO DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA EN ESCOLARES DE PRIMARIA CON MALOCLUSIONES

IMPACT OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION ON ELEMENTARY SCHOOLS WITH MALOCLUSIONS

Yoanis Gutiérrez Olives[1]

Mayelin de la Caridad Suárez González[2] mcsuarez@ltu.sld.cu

Elisa Amparo Núñez Oduardo [3] enoduardo@ ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención educativa sobre maloclusiones en los meses comprendidos de noviembre del 2018 a abril del 2019, el universo de la investigación estuvo formado por 268 colares que constituyen la matrícula de 4to a 6to grado de las escuelas primarias “Mercedes Varona y “Alcides Pino”, pertenecientes al Policlínico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” del municipio Las Tunas. La muestra estuvo constituida por 120 niños de 9 a 12 años de cada una de las escuelas primarias; el grupo estudio se asignó a la escuela “Mercedes Varona” y el grupo control a la escuela “Alcides Pino” con el objetivo de determinar el impacto de un modelo de intervención educativa en escolares de primaria con maloclusiones. Al grupo control se le aplicó una charla educativa sobre las maloclusiones y su influencia sobre la salud bucal como método más usado para brindar educación para la salud en nuestros servicios y al grupo de estudio se le elaboró y aplicó una Estrategia Educativa de Información, Comunicación y Educación. Se compararon los resultados iniciales con los finales luego de aplicar nuevamente los cuestionarios, a ambos grupos, lográndose un nivel de conocimiento aceptable, en el grupo de estudio, mientras que el grupo control no mostró cambios significativos, lo que muestra que la Intervención Educativa fue satisfactoria.

PALABRAS CLAVES: Intervención educativa, nivel de conocimiento, maloclusiones.

ABSTRACT

A quasi-experimental study of educational intervention on malocclusions was carried out in the months from November 2018 to April 2019, the research universe was formed by 268 collars that constitute the enrollment of 4th to 6th grade of the primary schools “Mercedes Varona and "Alcides Pino", belonging to the Polyclinic "Dr. Gustavo Aldereguía Lima” of the Las Tunas municipality.

[1] Doctor En Estomatología. Profesor asistente especialista de Primer Grado en EGI Máster en Salud Bucal Comunitaria. Las Tunas

[2] Doctora en Estomatología. Profesor asistente especialista de Primer Grado en Prótesis dental. Máster en Urgencias estomatológica. Las Tunas

[3] Doctora en Estomatología. Profesor asistente especialista de Primer Grado en Administración de Salud Pública. Máster en Urgencias estomatológica. Las Tunas

The sample consisted of 120 children aged 9 to 12 from each of the primary schools; The study group was assigned to the “Mercedes Varona” school and the control group to the “Alcides Pino” school in order to determine the impact of an educational intervention model in primary school children with malocclusions. An educational talk about malocclusions and their influence on oral health was applied to the control group as the most used method to provide health education in our services and to the study group an Information, Communication and Educational Strategy was developed and applied. Education. The initial results were compared with the final results after applying the questionnaires again to both groups, achieving an acceptable level of knowledge in the study group, while the control group showed no significant changes, which shows that the Educational Intervention was satisfactory

KEY WORDS: Educational intervention, level of knowledge, malocclusions

INTRODUCCIÓN

Los dientes son parte integral de la estética facial y asumen una función primordial en las complicadas interacciones sociales, culturales y psicológicas del individuo. El atractivo social de las personas está influenciado por su apariencia dentofacial, una sonrisa puede comunicar mucho más que las palabras y, en realidad, cuando esa sonrisa está inhibida por dientes desagradables a la vista, la persona tendrá dificultades para el desarrollo y uso de las habilidades básicas de comunicación más importantes. (Mora Pérez, C. de la C. y col. 2017)

Está demostrado por muchas investigaciones que las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia entre las afecciones bucales más frecuentes, después de la caries dental y las enfermedades periodontales. Estas afectan hasta al 60% de la población infantil; de ellas el 20% son severas, por lo que requieren de tratamientos de envergadura; y el resto requiere tratamientos menos complicados, aunque muchas pudieran ser prevenibles. (Valdés Álvarez, R. y col. 2014)

> Las maloclusiones son desviaciones de los dientes de su oclusión ideal. Varía de una persona a otra en intensidad y gravedad. Supone una relación inarmónica de los huesos de la base del cráneo, bien por la alteración del hueso basal o del hueso alveolar, tanto mandibular como maxilar. Por ello, las maloclusiones implican a todas las estructuras del aparato estomatognático. (Otaño Lugo, R 2008)

El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35 % a 75 %, con diferencias en cuanto a sexo y edad. En Cuba, estas se presentan en el 36,3 % y el sexo más afectado es el femenino, con 52,6 %[4] y refiere Otaño que la necesidad de tratamiento estimada es del 40 % en la población infantil y juvenil principalmente. (Otaño Lugo, R 2008)

La prevalencia y severidad de maloclusiones, constituyen un instrumento básico en la planificación de los programas de promoción, prevención y curación, tan importantes para el control de los problemas que pueden ocasionar alteraciones estéticas y de las funciones: masticación, deglución, fonación, respiración; además, su presencia hace al individuo susceptible a traumas dentarios, caries dental, enfermedades gingivales, periodontales, disfunciones musculares y articulares. (Serra Pérez, L. y col.2016) y (Pino Román, IM. y col.2014)

Por todas las razones anteriores consideramos que la atención primaria adecuada debe de estar encaminada a la reducción de las maloclusiones con actividades de promoción y educación sanitaria y como móvil de ello la utilización de educación para la salud ya que la educación y comunicación en salud facilitan a las personas a tomar decisiones en materias de salud y a seguir el tratamiento contra algunas enfermedades y en particular para evitar el avance de las mismas.

El modelo de Atención Primaria de Salud tiende definitivamente a la aplicación de la Promoción de Salud; conjunto de acciones encaminadas a proporcionar los medios necesarios para mejorarla y ejercer un mayor control sobre la misma. Siendo el Estomatólogo General Básico y el Estomatólogo General Integral los encargados de trabajar en la comunidad, identificar las condiciones de vida y los factores que puedan poner en peligro su salud (Pino Román, IM. y col.2014)

En este sentido, la Promoción para la Salud constituye uno de los campos que ha venido teniendo un desarrollo importante mediante la búsqueda permanente de nuevas metodologías que permitan una mayor coherencia entre los aspectos teóricos conceptuales y los operacionales

Existen varios métodos y técnicas educativas para realizar educación para la salud, entre los más reconocidos se encuentran la charla, la demostración sociodrama, teatro popular, discusión en grupo, trabajo con títeres, etc. (Almaguer Barroso, Y. 2013) y (Casanova Sales, KC y col, 2017)

Sin embargo, las técnicas afectivas participativas son las que han logrado mejores resultados, ya que a través de ellas las personas participan, además ayudan a animar, desinhibir o integrar el grupo, hacen más sencillos y comprensibles los temas que se quieren tratar. En estomatología se insiste sobre la necesidad de presentar a los niños de forma detallada las causas que pueden provocar enfermedades bucales, a esta tarea se le llama motivar.

La Educación para la Salud desempeña un papel primordial es definida como la actividad formativa y educativa dirigida al desarrollo de una actitud consciente y responsable del hombre ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud. Esto va a promover el análisis de los hábitos y condiciones de riesgo para la salud generando el compromiso individual y colectivo para mejorar la calidad de vida, por producir cambio de actitud y de conducta que parte de la detección de sus necesidades e intenta redundar en el mejoramiento de sus condiciones de vida saludable (Mora Pérez, C. de la C. y col. 2017)

La alta incidencia de maloclusiones en los niños de nuestra población y el lugar que está ocupando la Promoción y la Educación para la salud en los sistemas de salud cubano nos motivó a realizar esta investigación para determinar el impacto de un modelo de intervención educativa en escolares de primaria con maloclusiones

Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención educativa sobre maloclusiones dirigida a escolares de dos escuelas primarias, pertenecientes a la Policlínica “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, del municipio Las Tunas. El universo de la investigación estuvo formado por 268 escolares que constituyen la matrícula total de 4to a 6to grado de las escuelas primarias “Mercedes Varona y “Alcides Pino”, pertenecientes al Policlínico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” del municipio Las Tunas. La muestra estuvo

constituida por 120 niños de 9 a 12 años de cada una de las escuelas primarias; el grupo estudio se asignó a la escuela “Mercedes Varona” y el grupo control a la escuela “Alcides Pino”. La intervención consistió en la aplicación de cuestionarios sobre el tema y confección de historia clínica a ambos grupos para determinar nivel de conocimientos y evaluar el estado de salud bucal de los niños. Luego al grupo control se le aplicó una charla educativa sobre las maloclusiones y su influencia sobre la salud bucal como método más usado para brindar educación para la salud en nuestros servicios y al grupo de estudio se le elaboró y aplicó una Estrategia Educativa de Información, Comunicación y Educación titulado : “Sonrisas con salud” teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje identificadas mediante el cuestionario y el Modelo de Detección de Necesidades de Aprendizaje de David Leiva, con la utilización de técnicas afectivo-participativas, tales como, juegos didácticos, obra de teatro, demostraciones, trabajo con títeres y concursos de dibujo. Se compararon los resultados iniciales con los finales luego de aplicar nuevamente los cuestionarios, a ambos grupos.

La investigación se llevó a cabo a través de cuatro etapas:

- 1ra Etapa de Caracterización y descripción.
- 2da Etapa. - de Identificación de las necesidades educativas.
- 3ra Etapa. - de Diseño y aplicación de la estrategia.
- 4ta Etapa. - de Evaluación.

Fue realizada por 6 estudiantes de la carrera de estomatología tutorados por un especialista en Estomatología general Integral.

Las variables estudiadas en nuestra investigación fueron: la edad, el sexo, escolaridad, conocimiento sobre: la importancia de los dientes, de las principales enfermedades bucales, hábitos que deforman los dientes, elementos que puedan influir en la correcta posición de los dientes, momentos del cepillado al día, relación entre salud bucal e higiene.

De los principales resultados de este estudio podemos referirnos a que no se observaron diferencias significativas en la cantidad de estudiantes por grados en ambas escuelas. Queremos significar en este aspecto que fueron seleccionados estos grados teniendo en cuenta la línea de investigación de nuestro departamento de estomatología.

En cuanto a la edad y el sexo (tabla # 1) se aprecia un predominio del sexo femenino en ambos grupos (estudio y control) con un 58.3 % y 55.8 % respectivamente, en cuanto a las edades no existe diferencia significativa.

Estos resultados se corresponden con la bibliografía consultada y estudios realizados en el país, en estudio realizado por Morera y colaboradores concluyen en predominio de las niñas en un 65.6 % (Morera Pérez, A y col.2016) y en un 51,9 % Mora y col. (Mora Pérez, C. de la C. y col. 2017).

Tabla #1 Distribución de los pacientes examinados según edad y sexo.

Grupo de Edades	Grupo estudio				Grupo Control			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	#	%	#	%	#	%	#	%
9-10	31	25.8	22	18.3	32	26.6	28	23.3
11-12	39	32.5	28	23.3	35	29.1	25	20.8
Total	70	**58.3**	50	41.6	67	**55.8**	53	44.1

Estos resultados además se consideran favorables por ser este el sexo más preocupado con los problemas de salud y la higiene, así como más receptivo y disciplinado con las actividades de promoción y prevención. Opinamos que los más importante es lograr en ambos sexos y grupos de edades la participación activa en la adquisición de conocimientos sobre las enfermedades bucodentales, seguido del desarrollo de habilidades para la prevención de las mismas.

La educación sobre la salud bucal se dirige con más frecuencia a los niños y las niñas de edad escolar, los cuales en la mayor parte de los casos son el blanco favorito para las afecciones bucales, en particular de las escuelas primarias. (Mora Pérez, C y col. 2014)

Tabla # 2 Distribución de pacientes examinados según la presencia o no de maloclusiones

Pacientes examinados	Con Maloclusión		Sin Maloclusión	
	#	%	#	%
Grupo Estudio	72	60.0	48	40.0
Grupo Control	64	53.3	56	46.6
Total*	**136**	**56.6**	**104**	**43.3**

* Nota: El porciento total se determinó por el total de pacientes examinados 240.

En la tabla # 2 se observa la distribución de pacientes examinados según la presencia o no de maloclusiones y se evidencia un predominio de pacientes con maloclusiones en ambos grupos con un 56.6 %. Correspondiéndose este resultado con estudios estadísticos que demuestran la alta incidencia de maloclusiones en nuestro país y en el mundo, pues las mismas se clasifican como el tercer problema que afecta la salud bucodental de la población. Coincidiendo esto con resultados obtenidos por Pino Roman y Col. donde el 58,2 % de los estudiantes presentaron algún tipo de maloclusión (Pino Roman, IM y Col. 2014)

Tabla # 3 Distribución de pacientes examinados según presencia de factores predisponentes encontrados en la investigación.

Factores Predisponentes	**Grupo Estudio n=120**		**Grupo Control n=120**		**Total n=240**	
	#	%	#	%	#	%
Caries	35	29.1	28	23.3	**63**	**26.2**
Hábitos Deformantes	42	35.0	33	27.5	**75**	**31.2**
Apiñamiento	23	19.1	28	23.3	**51**	**21.2**
Traumas	3	2.5	1	0.8	4	1.6
Pérdidas de dientes temporales y permanentes.	18	15.0	14	11.6	32	13.3
Restauraciones incorrectas	19	15.8	21	17.5	40	16.6
Alteraciones en orden de erupción	4	3.3	3	2.5	7	2.9

La distribución de pacientes examinados según presencia de factores predisponentes encontrados en la investigación se aprecia en la tabla # 3 en esta podemos observar que los factores predisponentes que predominan son los hábitos deformantes (31.2%), la caries (26.2%) y el apiñamiento (21.2%).

Estos resultados coinciden con otras investigaciones realizadas en el país donde los hábitos deformantes se presentan como factor principal en la ocurrencia de maloclusiones (Díaz, H y col. 2015) y (Morera Pérez, A y col.2016) y en otras también realizadas en el exterior (Montiel Jaime, ME 2004). La coexistencia de todos estos factores de riesgos en niños y niñas nos advierte la necesidad inmediata de realizar una labor educativa intensa (Mora Pérez, C y col, 2014)

Por esas razones consideramos que la labor primaria debe estar dirigida realizar una educación sanitaria que desempeñe un papel preponderante la educación para la salud, por lo que la misma influye de manera positiva sobre conocimientos, actitudes, hábitos y comportamiento de los individuos, grupos y colectividades y paralelo a esta y no menos importante reducir la frecuencia de la caries dental mediante el incremento de actividades de promoción y actividades curativas y de rehabilitación.

Tabla # 4 Distribución de escolares examinados según parámetro de efectividad y momento de aplicación de la intervención.

Parámetro	Grupo Estudio				Grupo Control			
	Al inicio		Al Final		Al inicio		Al Final	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Nivel de conocimiento aceptable	58	48.3	118	**98.3**	59	49.1	74	**61.6**

Como se observa en la (tabla # 4) el parámetro de efectividad evaluado después de la intervención fue satisfactorio, es decir, aumento ostensiblemente con relación a la etapa inicial en el grupo de estudio lo que coincide con trabajos realizados en diferentes provincias ((Morera Pérez, A y col.2016).

En el grupo de control los cambios no fueron significativos. De ahí que múltiples investigaciones realizadas en el mundo manifiestan la necesidad de la realización de Programas Educativos de Salud Bucodental en el ámbito escolar entre las edades de 6 a 13 años (Mora Pérez, C. de la C. y col. 2017).

Los evidentes resultados logrados en el grupo de estudio con la aplicación de estrategias y programas educativos con un uso racional de la metodología participativa, son la muestra fehaciente del valor positivo en la adquisición de los conocimientos y ayuda al desarrollo de la autorresponsabilidad que es la vía más acertada para lograr salud. Además, desarrolla los potenciales de capacidad de los individuos, promueve significativamente la participación en las actividades y contribuye finalmente a la formación de actitudes y conductas saludables (Acevedo Sierra, O y col.2011) y (Mora Pérez, C y col, 2014).

Este trabajo tiene un gran aporte social ya que eleva el nivel de educación para la salud bucal, lo cual contribuye a prevenir las enfermedades bucales que pudieran ocasionar daños a la salud; esto trajo como consecuencia un mejor estado de salud bucal de los escolares, lo cual va en beneficio de su estado general. Otro aspecto importante desde el punto de vista social es que los propios niños se convirtieron en promotores de salud. Durante la aplicación de la intervención fueron realizadas otras acciones mediante canciones, juegos, vídeos y obras de teatro, protagonizadas por los propios niños o con títeres, asumiendo que “los niños asocian las vivencias pasadas con las obras de títeres y salen a relucir algunos conflictos que pueden ser de utilidad terapéutica para su tratamiento” (Almaguer, 2013, p. 43).

CONCLUSIONES

En el estudio predominó el sexo femenino no observándose diferencias significativas con relación a la edad, en ambos grupos se evidencio el predominio de las maloclusiones y los factores predisponentes que predominaron fueron: los hábitos deformantes, la caries y el apiñamiento, el nivel de conocimiento inicialmente fue no aceptable en la mayoría de los escolares, elevándose después de la intervención a un nivel de conocimiento aceptable en casi la totalidad de los mismos , no siendo así en el

grupo control, el programa educativo aplicado tuvo aceptación por parte de los escolares y su adecuado diseño utilizando técnicas afectivo participativas permitió elevar el nivel de conocimiento, se probó la efectividad del programa al obtener resultados satisfactorios en el parámetro establecido.

REFERENCIAS

Acevedo Sierra, O, Mora Pérez, C, Capote Femenías, J, Rosell Silva C, Hernández Núñez ,Y.(2011) Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. *Medisur* [revista en Internet]. [citado 10 Dic 2011];9(2):[aprox. 6p]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1574/619

Almaguer Barroso, Y. (2013). El trabajo con los títeres: una forma de psicoterapia para la labor correctivo-compensatoria en los escolares con retardo en el desarrollo psíquico. *Opuntia Brava*, 5 (1). Recuperado de http⁄opuntiabrava.rimed.cu.

Casanova Sales, KC, Zayas Sánchez, E.(2017), El Circulo de interés como método efectivo para la salud de los escolares. *Opuntia Brava,* Vol6num2art3. Recuperado de http⁄opuntiabrava.rimed.cu.

Díaz, H, Ochoa, B, Paz, L, Casanova, K, Coca, Y. (2015) Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas. *Medisur* [revista en Internet]. [citado 11 Ene 2016];13(4):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2848/1834

Leiva González D. Reflexiones sobre capacitación docente México: Consejo Coordinador de Sistemas Abiertos;1981.p. 7.

Morera Pérez, Amarelys, Sexto Delgado, Nora, Yanes Tarancón, Boris, & Casanova Lezcano, Anabel. (2016). Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. *MediSur*, *14*(2), 143-153. Recuperado en 02 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000200008&lng=es&tlng=es

Mora-Pérez, C. de la C., Alvarez-Mora, I., Blanco-Hernández, A., Espino-Sosa, Y., Morera-Pérez, A., & Macías-Macías, A. (2017). Efectividad de la Intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. *Revista Nacional De Odontología*, *13*(25). https://doi.org/10.16925/od.v13i25.1884

Mora-Pérez C, Gil-Rodríguez M, Álvarez-Mora I,Cardoso-Santiago M, Álvarez-Rodríguez P, Oliva-Romero C.(2014) Intervención educativa en niños de 7 a 11 años portadores de maloclusiones., Cienfuegos. Medisur.;12(6) [internet] [citado2017 mar 2]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2617

Otaño Lugo, R.(2008). Papel de la ortodoncia en el Sistema Nacional de Salud. En: Manual clínico de ortodoncia. La Habana: *Editorial Ciencias Médicas*; 2008: p. 5-15

Pino Román, IM, Véliz Concepción, OL,García Vega, PA. (2014). Maloclusiones, según el índice de estética dental, en estudiantes de séptimo grado de Santa Clara. *Medicentro Electrónica*, *18*(4), 177-179. Recuperado en 02 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000400007&lng=es&tlng=es.

Serra Pérez, L., Castañeda Deroncelé, M.,Berenguer Guarnaluses, M.,Comas Mirabent, RB. (2016). Índice de estética dental en adolescentes de una secundaria básica urbana. *MEDISAN* 20(9): 30-47. Disponible en: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_11/Tam1511-6i.pdf

Valdés Álvarez,R, Montero del Castillo, ME, Cabañas Lores, C, González Noya, G, Legón Padilla, N.(2014) Manual de odontopediatría. La Habana: *Ciencias Médicas.*

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ELEVAR PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS

EDUCATIONAL INTERVENTION STRATEGY TO ELEVATE RISK PERCEPTION OF DENTAL CARIES IN CHILDREN FROM 6 TO 11 YEARS OLD

Yurima Larayne Ramírez López lisettpaz@nauta.cu

Lisett Paz Quiñones lisettpaz@nauta.cu

Yoenia Jorge Pérez yoeniajp@ltu.sld.cu

RESUMEN

La Caries Dental afecta a algunos individuos más que otros; por lo que, teniendo esto presente se decidió Diseñar una estrategia de intervención educativa para elevar la percepción de riesgo de Caries Dental en niños de 6 a 11 años de edad, la investigación se dividió en dos etapas: la primera, descriptiva longitudinal y en la segunda se diseñó la estrategia; esta se desarrolló en la localidad de Maniabón en el municipio Puerto Padre, en los cursos académicos 2017-2019; el universo estuvo constituido por 125 niños de 6-11 años. Se estimó la prevalencia de la enfermedad y se identificaron presuntos factores de riesgo de Caries Dental, La prevalencia de la Caries fue de 60.0% y la probabilidad de padecer la misma estuvo significativamente influenciada por: Morfología de fosas y fisuras, Higiene bucal y Dieta. La estrategia educativa diseñada permitirá elevar la percepción de riesgo de Caries Dental en la población infantil.

PALABRAS CLAVES: Caries dental, prevención, estrategia de intervención.

ABSTRACT

Dental Caries affects some individuals more than others; Therefore, having this in mind, it was decided to design an educational intervention strategy to raise the perception of dental caries risk in children from 6 to 11 years of age, the research was divided into two stages: the first, longitudinal descriptive and in the second the strategy was designed; this was developed in the town of Maniabón in the Puerto Padre municipality, in the 2017-2019 academic courses; The universe consisted of 125 children aged 6-11 years. The prevalence of the disease was estimated and presumed risk factors for Dental Caries were identified. The prevalence of Caries was 60.0% and the probability of suffering from it was significantly influenced by: Pit and fissure morphology, Oral hygiene and Diet. The educational strategy designed will increase the perception of dental caries risk in children.

KEY WORDS: Dental caries, prevention, intervention strategy.

INTRODUCCIÓN

La caries dental es una de las enfermedades de mayor prevalencia, que afecta a más del 90% de la población, prevalece durante la infancia y persistente durante la adultez de no ser tratada; por lo que continúa siendo la causa principal de pérdida dentaria y un problema de salud en las diferentes comunidades. (Rodríguez NY, Medrano Montero J, Martínez Pérez ML, Grave de Peralta M, Cabrera Hechavarría Y, 2017)

Están identificados los factores causales que clínicamente producen la caries dental. Sin embargo, es probable que estos factores no sean los únicos que intervienen, ya que

existen condiciones en la vida de una población que pueden predisponer a su padecimiento y favorece que las estrategias planteadas para contrarrestarla a nivel individual sean insuficientes para erradicar esta enfermedad.

Entre los principales factores de riesgo de caries dental se encuentran la edad, prácticas inadecuadas de higiene bucal, bajo nivel socioeconómico, historia de caries, índice de caries actuales, deficiente exposición al flúor. Estos factores tienden a favorecer la formación de la placa dentobacteriana y la acumulación dentaria de alimentos, lo que induce la acción cariogénica de la flora bacteriana oral y la aparición de caries dental. (Rivera Cruz AM, Artigas Alonso A, Buitrago Pavón E, Viguera Prieto Y, 2017)

Al igual que la mayoría de las enfermedades crónicas más frecuentes en la actualidad, es multifactorial y está muy relacionada con estilos de vida, fundamentalmente hábitos de alimentación e higiene oral insuficiente, la alimentación nocturna del niño y el alto consumo de azúcares.

La organización de los servicios de salud de Cuba se basa en la atención primaria y dentro de los elementos que la fundamentan se encuentra la dispensarización, que consiste en la observación activa y dinámica de determinados grupos de personas sanas, sanas con riesgo, enfermas y discapacitadas o deficientes, las cuales se controlan a través de un sistema de medidas médico-sociales con una fuerte orientación preventiva.

En Cuba, no existe un Modelo Predictivo efectivo a partir del conocimiento de los factores de riesgo de padecer Caries Dental en niños de 6 a 11 años, que facilite la detección y las acciones preventivas selectivas de dichos niños.

Se estudian variables como: Fluorosis dental u Opacidades del esmalte, de baja prevalencia en Cuba, y no se toman en cuentan variables asociadas significativamente con la enfermedad como: Capacidad buffer salival y microorganismos cariogénicos. En el nivel conceptual, el trabajo epidemiológico para desarrollar un modelo preciso y práctico de predicción de Caries puede proporcionar conocimiento fundamental acerca de cuatro metas relacionadas:

- La predicción exacta y práctica de Caries.
- Procedimientos preventivos de mayor efectividad
- Niveles apropiados de tratamiento.
- Eficiencia económica y costo.

En la provincia de Las Tunas, la Estomatología se ha trazado, también, metas de salud bucal para el año 2020, entre las que se encuentran lograr un 82 % de niños de 5 a 6 años de edad libres de caries, que el 100 % de la población de 18 años conserven todos los dientes en boca, disminuir el promedio de dientes perdidos en las personas de 35-44 y 60-74 años de edad. Además, se planifica disminuir el porcentaje de personas afectadas por enfermedad periodontal o de la encía, así como de niños afectados por maloclusiones. (Bosch Utra K, Ureña Espinosa M, 2016)

Álvarez Rodríguez Javier cita que:

> “De manera general se puede decir que la humanidad ha experimentado durante los últimos años, un marcado cambio en hábitos y costumbres, como consecuencia de la gran influencia de los medios de comunicación. Se nos presentan constantemente hermosos

> rostros con bellas sonrisas a tal punto, que ya no es extraño que en nuestras consultas seamos abordados por un sinnúmero de pacientes requiriendo con ansiedad una linda sonrisa con dientes blancos y bien alineados. (Álvarez Rodríguez Javier, Clavera Vázquez Teresita de Jesus, Mier Sanabria Mónica, 2015)

Debido a alta prevalencia de Caries Dental en escolares en el área de salud de Maniabón, perteneciente al Municipio Puerto Padre resultó necesario diseñar una estrategia de intervención educativa encaminada a elevar la percepción de riesgo acerca de esta patología.

Durante el desarrollo del estudio se trabajó en dos etapas:

Etapa diagnóstica

Fuero examinados un total de 125 escolares que ante la presencia de la patología fueron escogidos para tratamiento educativo.

Diseño de la estrategia educativa

Dirigida a: niños entre 6 y 11 años de edad.

Objetivo: Elevar la percepción de riesgo de la Caries Dental.

Coordinadora: investigadora.

Distribución: 3 sesiones semanal de 30 minutos por 2 semanas

Cantidad de niños: no más de 20 niños

1º SESIÓN:

Presentación de la coordinadora y explicación del programa por parte de la misma.

Posteriormente se procede a la presentación de los niños utilizando una técnica participativa para activar las potencialidades del grupo.

2º SESION

Tema nº 1:-Elementos anatómicos de la cavidad bucal

Objetivo: Caracterizar el contenido de la cavidad oral.

Tema nº 2.-Importancia de los dientes

Objetivo: Conocer la importancia en la masticación, preparación del bolo alimenticio, articulación de palabras o sonidos, y la contribución en la estética de la cara, siendo importante tanto los temporales como los permanentes.

Se mostró a los niños láminas que contenían las imágenes de las tres funciones básicas de los dientes y se les pidió que una vez vistas, redacten una oración que contenga los temas relacionados a las figuras.

3º SESION:

Tema nº 3.-Dieta

Objetivo: Caracterizar los alimentos que producen la enfermedad de caries dental y los que no la producen, luego hacer la diferencia entre ellos.

4º SESION:

Tema nº 4.-Hábitos de higiene:

•Elementos de higiene

Objetivo: Caracterizar los elementos básicos de higiene bucal (cepillo, pasta e hilo dental)

•Momentos de cepillado

Objetivo: Conocer que los momentos de cepillado son después de cada comida y no únicamente tres veces al día.

- Técnica de cepillado

Objetivo: Conocer la técnica de cepillado de Bass, para la mayor eliminación de

placa bacteriana.

5º SESIÓN:

Tema nº 6.-Caries dental: definición, factores de formación.

Objetivo: caracterización de los factores que provocan la caries dental.

6º SESIÓN:

Tema nº 9.-Mis visitas al estomatólogo.

Objetivo: Elevar el nivel de conocimiento de los niños sobre la importancia que se le atribuye a las visitas periódicas al Estomatólogo.

Efectividad del estudio aplicado.

En Cuba se evidencian cambios favorables en el Estado de Salud bucal, como expresión del trabajo ejecutado por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) en su Sistema Nacional de Salud. A pesar de obtener en los estudio resultados que muestran una reducción considerable de la prevalencia de Caries Dental, producto de la ardua labor de promoción y prevención realizada en los últimos años, esta continúa elevada y en términos de salud bucal, debe ser prioridad tratar de disminuir al máximo la prevalencia e incidencia de la Caries Dental, evitando las secuelas derivadas de la misma y permitiendo a los niños y población en general de disfrutar a plenitud de una salud bucal óptima, para ello es necesario continuar trabajando y perfeccionando estrategias que permitan alcanzar metas superiores, en este estudio de los 125 niños, 75 fueron diagnosticados con Caries Dental, lo cual representa el 60% de los niños en estudio.

Gómez Capote I, (2015) plantea que:

“Los efectos negativos de la Caries Dental se hacen más evidentes en la medida que la edad aumenta. Tanto en la niñez como en la adolescencia es muy importante actuar en contra de la Caries”. El incremento no es homogéneo en los diferentes grupos de edades estudiados, acentuándose la incidencia de Caries en los niños de 6 y 7 años, y plantean que en dicho período existe un rápido desarrollo del proceso carioso; este resultado no coincide con el este estudio pues el grupo de edad con mayor incidencia es el de 10-11 años, seguido por el grupo de 7-8 y 8-9 años;

Caries y la edad.

Algunos estudios señalan que el sexo parece tener influencia en la Caries, siendo más común en la mujer que en el hombre, en una proporción de tres a dos (Casanova-Rosado AJ, 2005). En otros, se demuestra que para una misma edad, el sexo femenino muestra más dientes afectados que el masculino y promedios de CPO-D mayores que en los hombres, en todas las edades, planteándose el hecho de que la dentición se inicia más temprano en el sexo femenino, por lo que estos dientes han estado más expuestos al medio bucal y han tenido mayores oportunidades de ser afectados (Gómez Capote I, Hernández Roca CV, León Montano V, Camacho Suárez AM, Clausell Ruiz M, 2015). En esta investigación no se observó diferencias significativas entre ambos grupos.

La dieta

La dieta basada en consumo frecuente de azúcar y otros carbohidratos fermentables es reiteradamente relacionada con la producción de ácido por los microorganismos acido génicos y por consiguiente con la aparición de Caries. Estudios epidemiológicos de las poblaciones contemporáneas, evaluaciones clínicas y estudios en animales apoyan fuertemente la conclusión de que una de las causas de Caries en la edad infantil es el consumo frecuente de comidas que contienen azúcar. Evidentemente que para la prevención de la Caries Dental es necesario el control de los hábitos dietéticos para lo cual recomiendan la reducción de la frecuencia de ingestión de carbohidratos fermentables. En algunos estudios ha sido comprobado, que más que la cantidad de azúcar ingerida, la frecuencia de las ingestiones es el factor de mayor relevancia en la determinación de la Caries Dental, permitiendo verificar la existencia de una correlación significativa entre la enfermedad, la cantidad de azúcar ingerida y la frecuencia de su ingestión. En esta investigación existió un comportamiento similar al descrito por la bibliografía consultada, resultando significativa la relación entre el tipo de dieta y la presencia de la enfermedad.

Otros factores asociados

Generalmente se asocian a la Caries Dental, la presencia de fosas y fisuras profundas. La superficie oclusal es considerada la zona más vulnerable al desarrollo de las lesiones de Caries, la alta suceptibilidad de esta zona está relacionada con su morfología, que generalmente presentan invaginaciones que favorecen la retención de microorganismos y restos de alimentos. En cuanto a la morfología de fosas y fisuras se apreció que esta es significativa y los resultados del estudio coinciden relativamente con otros estudios que revelan que las Caries de fosas y fisuras afectan al 42% de los molares permanentes al cabo del primer año de vida post eruptiva y que el 80% de las lesiones de Caries ocurren en las superficies de fosas y fisuras por lo que parece razonable creer que una evaluación de la morfología de estas superficies podría ser de valor para la predicción de Caries futura. (Sosa M, 2006)

Tabla 1. Distribución de niños según Higiene bucal.

Grupos	Higiene bucal						Total	
	Deficiente		Aceptable		Buena			
	No	%	No	%	No	%	No	%
6-7	21	16,8	4	3,2	1	0,8	26	20,8
7-8	16	12,8	11	8,8	-	-	27	21,6
8-9	15	12,0	10	8,0	3	2,4	28	22,4
9-10	20	16,0	4	3,2	-	-	24	19,2
10-11	17	13,6	1	0,8	2	1,6	20	16,0
total	89	71,2	30	24,0	6	4,8	125	100

En esta tabla aparece la distribución de niños según Higiene bucal. En el grupo de edad de 6-7 años la higiene bucal deficiente fue de 16,8%, seguido por el grupo de 9-10 años con un 16%, la higiene bucal aceptable tuvo mayor número en el grupo de 7-8 años con un 8,8% y la higiene bucal buena tuvo el mayor por ciento en el grupo de 8-9 años con un 2,4%.

La Caries Dental en niños, se atribuye, en parte, a una Higiene bucal deficiente. Estudios aplicados a la población infantil en Bogotá, Colombia demuestran hábitos de higiene bucal deficiente estrechamente relacionados con la Caries Dental. (Adewakun AA, Beltran-Aguilar ED, 2003) Lo antes expuesto se relaciona con lo obtenido en esta investigación, donde se demostró asociación positiva entre la Higiene bucal y la Caries Dental.

La relación del Apiñamiento Dentario con la Caries Dental ha sido ampliamente estudiada, encontrándose diferentes criterios al respecto, por ejemplo, algunos estudios plantean que el apiñamiento dentario tiene una relación marcada con la Caries Dental (David J, Wang WJ, Astrom an, Kuriakose S, 2005) Investigaciones realizadas para medir la acumulación de placa sobre los dientes anteriores mal posicionados y bien posicionados plantean en los resultados, que en los dientes mal posicionados, la acumulación de placa puede ser mayor que en los bien alineados, como resultado de una mayor dificultad en la remoción de la placa por el paciente. En la literatura revisada diferentes autores plantean que la acumulación de la placa dental por una higiene deficiente da lugar a que se instale la Caries.

Al observar el comportamiento de las Visitas al estomatólogo, se demostró la existencia de asociación positiva de esta variable con la Caries Dental, corroborado por investigaciones realizadas sobre la presencia de Caries Dental en escolares; se debe admitir que la población no aprecia todavía la importancia de asistir a la consulta

estomatológica para realizarse exámenes periódicos y así evitar las dolencias ocasionadas por la Caries Dental.

CONCLUSIONES

Aunque la Caries Dental ha disminuido considerablemente en Cuba, la prevalencia de la misma continúa elevada en la población investigada. Se considera como probables factores de riesgo de Caries Dental: Morfología de fosas y fisuras, Higiene bucal, Visitas al estomatólogo y Dieta. La estrategia diseñada permite, a partir del conocimiento de los factores de riesgo de caries dental elevar la percepción de esta enfermedad.

REFERENCIAS

Adewakun AA, Beltran-Aguilar ED (2003). Early childhood caries in Anguilla, Bristish West Indies. Gen Dent. 2003 jan-feb; 51(1): 42-7.

Álvarez Rodríguez J, Clavera Vázquez T de J, Mier Sanabria M (2015). Frente estético con tejido dentario autólogo en visita única. Presentación de caso. Rev haban cienc méd [Internet]. [citado 2019 Jul 17] ; 14(5): 631-638. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000500010&lng=es.

Bosch Utra K, Ureña Espinosa M (2016). Logros y perspectivas de la Estomatología en Las Tunas. Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta; Vol. 41(10)

Casanova-Rosado AJ, Medina SC, Casanova-Rosado JF, Vallejos SA, Maupomé G, Ávila BL (2005). Dental Caries and associated factors in Mexican schoolchildren aged 6-13 years. Acta Odontológica Scandinavica; 63 (4): 245-51.

David J, Wang WJ (2005), Astrom an, Kuriakose S. Dental Caries and associated factors in 12-year-old schoolchildren in Thiruvananthapuran, Kerala, India. Internacional Journal of Paediatric Dentistry; 15(6): 420-8.

Gómez Capote I, Hernández Roca CV, León Montano V, Camacho Suárez AM, Clausell Ruiz M (2015). Caries dental en los primeros molares permanentes en escolares. Rev.Med.Electrón. [Internet]. [citado 2019 Jun 25] ; 37(3): 207-217. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000300003&lng=es.

Mesa Rodríguez NY, Medrano Montero J, Martínez Pérez ML, Grave de Peralta M, Cabrera Hechavarría Y (2017). Efecto anticariogénico del café. CCM; (3).Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608

Rivera Cruz AM, Artigas Alonso A, Buitrago Pavón E, Viguera Prieto Y (2017). Prevalencia y factores de riesgo de caries dental en pacientes del municipio Urbano Noris. CCM [Internet]. [citado 2019 Jun 13] ; 21(1): 139-154. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100012&lng=es

Sosa M editors (2006). Situación de salud oral en Cuba y la Investigación. Actas del VI. Simposio Investigación en salud oral. Foro Nacional de Investigación e Innovación en salud (FIINSA-2006); 27-29; Ciudad Habana. Cuba.

Tsai AI, Chen CY, Li LA, Hsiang CL, Hsu KH (2006). Risk indicators for early childhood caries in Taiwan. Community Dent Oral Epidemiol; (34): 437-45.

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON ESTOMATITIS AFTOSAS RECURRENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DEL POLICLINICO “AQUILES ESPINOSA”

CHARACTERIZATION OF PATIENTS WITH STOMATITIS AFFOSE RECURRENTS ATTENDED IN THE STOMATOLOGICAL CLINIC OF THE "AQUILES ESPINOSA" POLICLINICO

Zuzel Esther MonteroAraujo zuzelma@nauta.cu

Maritza Garrido Labrada

Yamile Rosa Veja

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con el objetivo de describir las características clínicas de la estomatitis aftosa recurrente (EAR) en pacientes que acudieron a recibir atención en la Clínica Estomatológica Policlínico Docente “Aquiles Espinosa Salgado” de las Tunas en el periodo comprendido de septiembre 2017 a febrero 2019. La muestra la constituyeron 120 pacientes, con estomatitis aftosa recurrente; 48 del sexo masculino y 72 femenino. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, color de piel, factores predisponentes, localización y forma clínica de las lesiones. Para la recolección de información se realizó examen bucal, los resultados se reflejaron en la historia clínica individual y entrevista. Predominó la estomatitis en grupo de 20-34 años de edad, sexo femenino y piel blanca, localización más frecuente en labios, prevalecieron lesiones pequeñas. La mayoría de los pacientes presentaron la forma menor de la enfermedad.

PALABRAS CLAVES: Mucosa bucal, Estrés, Estomatitis Aftosa Recurrente,Urgencia y Factores de riesgos.

ABSTRACT

An observational, descriptive and transversal study was carried out with the objective of describing the clinical characteristics of recurrent aphthous stomatitis (RAE) in patients who came to receive care at the "Aquiles Espinosa Salgado" Polyclinic Teaching Stomatology Clinic in Las Tunas between September 2017 and February 2019. The sample consisted of 120 patients with recurrent aphthous stomatitis, 48 male and 72 female. The variables studied were: age, sex, skin color, predisposing factors, location and clinical form of the lesions. For the collection of information, an oral examination was performed, and the results were reflected in the individual medical history and interview. Stomatitis predominated in groups of 20-34 years of age, female sex and white skin, more frequent location on the lips, small lesions prevailed. Most patients had the minor form of the disease.

KEY WORDS: Oral Mucosa, Stress, Recurrent Aftosa Stomatitis, Urgency and Risk Factors.

INTRODUCCIÓN

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) continúa siendo la enfermedad ulcerosa más común de la mucosa bucal.La EAR se caracteriza por la aparición de una ovarias

úlceras (aftas) dolorosas, inicialmente necróticas,cubiertas por una pseudomembrana blancas o grisáceas y rodeadas por un halo eritematoso bien definido.Las lesiones suelen afectar a la mucosa bucal no queratinizada, pueden persistir durante días o semanas yrecurren después de periodos muy variables(Rodríguez Archilla yRaissouni T, 2018).

La estomatitis aftosa recidivante o recurrente es una condición que se observa con frecuencia porlos odontólogos en la práctica clínica. Estas ulceracionespueden ser indicativas de enfermedades sistémicassubyacentes que van desde la deficiencia de algunasvitaminashasta compromiso inmunitario. (Serpa RX y Guarín ,2016).

Según Serpa RX y Guarín (2016):

“El conocimientode estas correlaciones ayuda al odontólogo a realizar eldiagnóstico de condiciones potencialmente graves”

La ocurrencia de esta afección es considerada alta yaporta cifras de un 5 a un 66 % con una media de 20%, varía entre distintos tipos de población. Sepresenta en ambos sexos, siendo las mujeres mássusceptibles que los hombres. Por lo general, laincidencia máxima en las féminas se encuentra en elgrupo de 20 a 50 años. Es más frecuente entre los 10y 19 años de edad y en los niños también son muy frecuentes (Díaz-Couso, Arias-Pérez, Garrido-Labrada, Reyes-Nieblas y Tamayo-Ricardo, 2018).

Afectación de la EAR según sexo

La EAR se presenta en ambos sexos con un predominio neto de 2/1en las mujeres respecto a los hombres, es más frecuente en la edad escolar,aunque ninguna edad está exenta de ella, su aparición es creciente en intensidadde brotes, entre la tercera y cuarta década de la vida, para luego disminuir, noguarda relación con raza ni zona geográfica. Se ha descrito una mayor prevalenciaen los países desarrollados, como EE.UU. y Europa, donde las medidas higiénicasyla alimentación son más correctas en relación con los países árabes y de Américadel Sur(Troya Borges y Padilla Suárez, 2015).

Díaz Couso y otros (2018) refieren que:

“Por lo general, laincidencia máxima en las féminas se encuentra en elgrupo de 20 a 50 años”.

Frecuencia de Afectación en Cuba

En Cuba más del 70% de la población ha padecido de EAR; incidiendo factores que atentan con una buena salud bucal, así como estilos y conductasinadecuadas que va en detrimento de ella.

En la provincia de las Tunas y municipio se presentan con una alta frecuencia enla población, lo que constituye una preocupación y ocupación de los estomatólogosy el resto del equipo de salud, ya que genera inquietudes en los pacientes;en investigaciones realizadas por Especialistas se evidencia una elevada permanencia de ERA debido entre otros factores a la mala higiene bucal.

En el Policlínico Docente “Aquiles Espinosa Salgado” municipio Tunas, hay incidencia en pacientes de enfermedades periodontales asociadas a la estomatitis aftosa

recurrente; por deficiente higiene bucal, e incorrecto modo y estilo de vida; lo que repercute en el periodonto.

Metódica

En la Clínica Estomatológica del Policlínico Docente "Aquiles Espinosa Salgado" hay incidencia de esta enfermedad en los pacientes atendidos en urgencia estomatológica, aunque no existen registros que reflejen y evidencien el comportamiento de éstas. Actualmente se considera a la estomatitis como un problema de salud pública por lo que su identificación y diagnóstico temprano es de suma importancia para el tratamiento óptimo; conociendo que dentro de estos problemas que hoy requieren y van a requerir atención en los próximos años; nos motivamos a realizar ésta investigación con el propósito de conocer el comportamiento de las embarazadas que asisten al referido policlínico durante el período comprendido entre septiembre de 2017 a febrero de 2019.

Variables estudiadas

Para dar cumplimiento a los objetivos trazados se solicitó el consentimiento informado a los pacientes y se les explicó de forma clara y sencilla las características y objetivo del estudio. Se realizó interrogatorio, revisaron y actualizaron las historias clínicas individual observándose mediante examen bucal si presentaban estomatitis, utilizando para ello el set de clasificación. Se aplicó cuestionario de encuesta completándose la ficha de recogida de datos.

Cuadro 1. Frecuencia de Estomatitis Aftosa Recurrentes según, edad y sexo. Clínica Estomatológica. Policlínico "Aquiles Espinosa". Abril de 2017 a Febrero de 2019.

Grupo de edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%*	No.	%*	No.	%*
10-19	15	12,5	26	21,7	**41**	**34,2**
20 - 34	27	22,5	38	31,7	**65**	**54,2**
35 -59	5	4,2	6	5,0	11	9,1
60 y más	1	0,8	2	1,6	3	2,5
Total	**48**	**40,0**	**72**	**60,0**	**120**	**100**

Fuente: Historias clínicas y Formulario de Recogida de datos

*Porcentaje con respecto al total de la muestra afectada n= 120

Al analizar la frecuencia de estomatitis aftosa recurrente en los pacientes estudiados, en el cuadro 1 los resultados reflejan que de un total de 120 pacientes afectados el 60,0 % corresponde al sexo femenino; predominó en el grupo de edades de 20-34 años con el 54,2%, seguido del grupo de edad de 10-19 años en el 34,2%.

La EAR se presenta en ambos sexos con un predominio neto de 2/1 en las mujeres respecto a los hombres; los autores consideran que puede estar asociado a las alteraciones sicosomáticas, por estar sometidas al estrés emocional generado por disímiles causas. También, puede asociarse a las variaciones de los niveles de progesterona y estrógenos durante el ciclo menstrual y la menopausia, aunque su etiología es multifactorial.

Cuadro 2. Frecuencia de Estomatitis Aftosa Recurrentes según color de la piel y edad.

Grupo de Edades	Color de la piel						Total	
	Blanca		Negra		Mestiza			
	No	%*	No.	%*	No.	%*	No.	%*
10-19	23	19,2	8	6,7	10	8,3	41	34,2
20 - 34	**38**	**31,7**	12	10,0	**15**	**12,5**	**65**	**54,2**
35 -59	5	4,2	2	1,6	4	3,3	11	10,8
60 y más	1	0,8	2	1,7	0	0	3	7,5
Total	67	55,8	24	20,0	29	24,2	120	100

Fuente: Historias clínicas y Formulario de Recogida de datos

*Porcentaje con respecto al total de la muestra afectada n= 120

Como se observa en el cuadro 2 los pacientes afectados con ERA correspondieron a los de piel blanca 67 representando el 55,8% del total, seguido los de piel mestiza con un 24,2%. El 31,7% de piel blanca perteneciente a los grupos de edades de20-34 años.

Cuadro 3. Frecuencia de Estomatitis Aftosa Recurrentes según localización ytamaño de las lesiones

Localización de las lesiones	Tamaño de las lesiones				Total	
	Pequeñas < 0.5 cm		Grandes 0.5-1 cm			
	No	%*	No.	%*	No.	%*
Carrillos	24	20,0	10	8,3	**34**	**28,3**

Labios	27	22,5	10	8,3	**37**	**30,8**
Lengua	8	6,6	5	4,2	13	10,8
Suelo de boca	9	7,5	3	2,5	12	10,0
Varias zonas	17	14,2	7	5,8	**24**	**20,0**
Total	**85**	**70,8**	35	29,2	120	100

Fuente: Historias clínicas y Formulario de Recogida de datos

*Porcentaje con respecto al total de la muestra afectada n= 120

El cuadro 3 refleja que la EAR en la población estudiada afectó en mayores cifras la zona anatómica de la mucosa labial, 37 pacientes que representan el 30,8%, seguido del 28,3% y 20,0% que la presentaron en los carrillos y varias zonas anatómicas, respectivamente. Mayor predominio en el sexo femenino.El 70,8% de los pacientes presentaron lesiones pequeñas.

Se plantea en estudio realizado por Díaz- Couso y otros (2018)y referido por Castelnaux Martínez, Jiménez Fuentes, Navarro Nápoles, González Sánchez y Rodríguez Sierras, (2013) que es más frecuente un mayor predominio de la EAR en los labios y mucosa de carrillos, debido a traumas, ya que la mucosa labial es muy vascularizada, al estrés, trastornos gastrointestinales y por alergias a cosméticos irritantes (creyones labiales), en el caso de las féminas.

Cuadro 4. Frecuencia deEstomatitis Aftosa Recurrentes según edad y formas clínicas.

Grupo de Edades	**Formas clínicas**						**Total**	
	EARmenor		**EARmayor**		**EAR herpetiforme**			
	No	**%***	**No.**	**%***	**No.**	**%***		
10-19	41	34,2	0	0	0	0	**41**	**34,2**
20 - 34	65	54,2	0	0	0	0	**65**	**54,2**
35 -59	9	7,5	**2**	**1,7**	0	0	11	9,1
60 y más	2	1,6	**1**	**0,8**	0	0	3	2,5
Total	**117**	**97,5**	3	2,5	0	0	120	100

Fuente: Historias clínicas y Formulario de Recogida de datos

*Porcentaje con respecto al total de la muestra afectada n= 120

Según formas clínica de la EAR, en este estudio la mayoría de los pacientes (97,5%) presentaron la forma menor de la enfermedad, predominó en el 54,2% de los pacientes entre 20-30 años de edad. Solamente el 2,5 % padecieron la forma mayor, 2 (1,7%)de 35- 59 años y 1 (0,8%) de 60 y más. Ninguno presentó la forma Herpetiformes.

Cuadro 5. Distribución delos pacientes afectados por Estomatitis Aftosa Recurrentes según factores predisponentes.

Factores predisponentes	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%*	No.	%*	No.	%*
Higiene Bucal deficiente	37	30,8	52	43,3	89	**74,2**
Estrés	35	40,0	70	60,0	105	**87,5**
Cambios hormonales	0	0	28	23,3	28	23,3
Alteraciones intestinales	10	8,3	8	6,6	18	15,0
Alergia alimentaria	4	3,3	3	2,5	7	5,8

Fuente: Historias clínicas y Formulario de Recogida de datos

*Porcentaje con respecto al total de la muestra afectada n= 120

**Un paciente puede tener más de un riesgo.

Según los factores de riesgo entre el sexo femenino y masculino podemos observar que en el cuadro 5, el estrés es el factor de riesgo más sobresaliente con un 87,5%, con 70 mujeres en el sexo femenino, seguido de la mala higiene bucal con 74,2% sobresaliendo el sexo femenino también y los cambios hormonalescon un 23,3 %.

CONCLUSIONES

Predominaron los pacientes afectados por estomatitis aftosa recurrente (EAR) en grupo de 20-34 años de edad, sexo femenino y piel blanca. Localización más frecuente de las lesiones los labios, prevalecieron las lesiones pequeñas. Según formas clínicas de la EAR, la mayoría de los pacientes presentaron la forma menor de la enfermedad, predominó el grupo de edad entre 20-34 años. El estrés, fue el factor desencadenante más relacionado con la aparición de EAR, seguido de la higiene bucal deficiente y los

cambios hormonales. La incidencia de estrés se originó con mayores cifras según alternativas por el trabajo, seguido la casa y los problemas económicos.

REFERENCIAS

Díaz-Couso Y, Arias-Pérez Y, Garrido-Labrada M, Reyes-Nieblas J, &Tamayo-Ricardo CM. (2018 nov-dic)Ozonoterapia en pacientes mayores de 12 años con estomatitis aftosa recurrente. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. MarinelloVidaurreta. [internet] [citado 8 Jul 2018]; 43(6). Disponible en: http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1486

Castelnaux Martínez M, Jiménez Fuentes A, Navarro Nápoles J, González Sánchez Y, &Rodríguez Sierras Z. (2013 Sep)Estomatitis aftosa recurrente según factores locales y generales. MEDISAN [revista en internet]. [citado 8 jul 2018]; 17(9): 5027-5034. Disponible en: http://www.redalyc.org/html/3684/368444996010/

Rodríguez Archilla A,&Raissouni T. (2018) Estudio clínico de 200 pacientes con estomatitis aftosa recurrente. GacMedMex. [Internet]. [citado 8 Jul 2018]; 154:165-171. Disponible en: http://www.gacetamedicademexico.com

Serpa RX,& Guarín RP. (2016 jul-dic)Estomatitis aftosa recurrente: reporte de un caso. Duazary. [Internet]. [citado 8 Jul 2018]; 13 (2): 159 – 162. Disponible en: http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.1722.

Troya Borges Eddy, &Padilla Suárez Ernesto. (2015) La estomatitis aftosa recurrente y las situaciones de estrés como factor de riesgo. En: Congreso Internacional de Estomatología. La Habana, Cuba: Ministerio de Salud Pública;. Disponible en: http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/340/158.

ANGIOSARCOMA DE LA MAMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

ANGIOSARCOMA OF THE BREAST. PRESENTATION OF A CASE

Adalgis M. Rodríguez Bermúdez amber@ltu.sld.cu

Gretel Susel Vargas Pantoja gretelpantoja@nauta.cu

Yunisleydis Bárzaga Quintero yunibq@nauta.cu

RESUMEN

El angiosarcoma de mama constituye una neoplasia vascular maligna muy poco frecuente en la mama, con una incidencia inferior al 0,05% de entre todos los tumores primarios que asientan en la mama. Teniendo en cuenta que su edad de aparición es a partir de la tercera-cuarta década de la vida, resulta preocupante la aparición de casos a edades cada vez más tardías. Se presenta el caso clínico de una paciente de 55 años de edad con antecedente de angiolipoma mamario benigno desde los 45 años. El angiosarcoma de mama es un tumor poco frecuente, de mal pronóstico y difícil diagnóstico. Su tratamiento se basa en una cirugía exerética amplia, que para muchos autores se traduce en una mastectomía como método ideal. La recidiva local es frecuente y augura un mal pronóstico, aunque no excluye un nuevo intento quirúrgico, incluso con carácter curativo. El papel de la radioterapia y la quimioterapia no está bien definido.

PALABRAS CLAVES: angiosarcoma de mama, recidiva local, radioterapia y la quimioterapia.

ABSTRACT

Breast Angiosarcoma is a malignant vascular neoplasm rare in the breast with an incidence of less than 0.05% of all primary tumors in the breast that seat. Given its age of onset is from the third to fourth decade of life, it is disturbing to the occurrence of increasingly early ages. We describe the case of a patient 55 years old with a history of benign breast angiolipoma from the 45 years. Angiosarcoma of the breast is a rare and often misdiagnosed disease with a poor prognosis. The treatment is early complete surgical excision of the mass with adequate margins. Many authors recommend mastectomy ideal method. Local recurrence is frequent and indicates poor prognosis, although it does not rule out a further intervention, even with curative intent. The role of adjuvant therapy remains unclear.

KEY WORDS: angiosarcoma of breast, local recurrence, radiotherapy and chemotherapy.

INTRODUCCIÓN

El angiosarcoma de mama representa un 0,04% de todos los tumores malignos primarios de mama, y su incidencia relativa entre los sarcomas varía entre el 2,7 y el 9,1% (Hunter TB,Martin PC,Dietzen CD,Terrel LT, 1985). Es un tumor de estirpe mesenquimal, y para muchos autores es considerado como el más letal dentro de todos los tumores malignos de mama (Chen KT.K,Kirkegaard DD,Bocian JJ, 1980).

Los primeros casos de angiosarcoma fueron descritos por Schmidt en 1887. Posteriormente, en 1907, Bormann realizó la primera descripción, ya clásica, de la

enfermedad a la que llamó "hemangioma metastatizante" (Bormann R, 1907). Desde entonces, varias nomenclaturas se han empleado en la bibliografía, como hemangiosarcoma o hemangioendotelioma. Actualmente se prefiere el término angiosarcoma, pues describe tanto su naturaleza maligna como su origen vascular.

Los angiosarcomas de mama no metastásicos los podemos clasificar en 2 tipos: los angiosarcomas primarios y los secundarios. Los secundarios son aquellos en los que encontramos un factor etiológico predisponente, como puede ser la radiación o el linfedema. Los secundarios a radioterapia se denominan angiosarcomas radioinducidos y aparecen en la pared torácica tras mastectomía asociada a radioterapia, o en la mama tras el tratamiento conservador del cáncer infiltrante (Stewart F,Trevés N, 1948).

Navalpotro B, et al., (2002) afirman que: ´´Los angiosarcomas que se desarrollan en la extremidad superior, en pacientes tratadas con mastectomía radical que presentan un linfedema crónico, se pueden encuadrar dentro del denominado síndrome de Stewart-Treves´´ (p. 510).

Desde la primera descripción de un angiosarcoma por Schmidt en 18873, sólo hay recogidos en la bibliografía algo más de 200 casos. De éstos, 68 son angiosarcomas secundarios a tratamiento conservador de cáncer de mama. La rareza del angiosarcoma conduce a su estudio a partir de informes aislados o series pequeñas. El presente trabajo recoge 4 casos de angiosarcoma de mama, 3 de ellos primarios y un cuarto radioinducido.

Presentación del caso

Mujer de 55 años, intervenida en otro centro en el año 2002 por presentar una tumoración de mama derecha, de unos 2,5 cm de diámetro, sin afectación cutánea. Se realiza una tumorectomía su informe anatomopatológico es angiolipoma de mama. En el año 2017 aparece una lesión de más menos 2,5 cm en la misma mama, se realiza biopsia por trucut que informa angiosarcomas de la mama. Entre las pruebas complementarias, la mamografía no muestra alteraciones significativas y el estudio de extensión es negativo. Se decide la realización de una mastectomía, incluyendo una elipse de piel y tejido mamario. El curso postoperatorio es satisfactorio. La anatomía patológica definitiva muestra un angiosarcoma moderadamente diferenciado. La paciente evoluciona favorablemente en periodo de 1 año y medio de seguimiento y fallese por un infarto del miocardio posteriormente.

Discusión

El angiosarcomas de mama es un tumor muy infrecuente y con mal pronóstico. La media de supervivencia tras su diagnóstico varía entre 1,9 y 2,1 años (Gulesserian HP,Awton RL, 1969).

El angiosarcomas es el más frecuente entre los sarcomas primarios. Se presenta con mayor incidencia entre la tercera y la cuarta décadas de la vida (Gulesserian HP,Awton RL, 1969) y aunque su etiología es desconocida, la parición en edad temprana de la vida ha llevado a postular que la actividad hormonal es un factor importante en la etiopatogenia (Rainwater LM,Martin K,Gaffey TA,Van Heerden JA, 1986).

El linfedema en el brazo y la radiación se consideran factores etiológicos destacados en los angiosarcomas secundarios. Karlsson et al, (1998) realizaron un estudio para

determinar el riesgo de aparición de sarcomas en pacientes tratadas con radioterapia por cáncer de mama, y encontraron que la aparición de angiosarcoma se correlacionaba con la presencia de linfedema en el brazo, pero no con la dosis total de radiación recibida en la mama. Otros autores defienden que la radioterapia puede elevar el riesgo de angiosarcoma directamente, al producir mutaciones en los tejidos irradiados; otros como Huang y Mckillop, (2001) no excluyen que el efecto sea indirecto por contribuir al desarrollo de linfedema. Independientemente, para implicar a la radiación como factor etiológico en la aparición de un sarcoma, se deben cumplir los 3 criterios descritos por Cahan, et al., (1948): el angiosarcoma debe desarrollarse en la zona irradiada; el intervalo desde la irradiación hasta su aparición debe ser de al menos 5 años, y el diagnóstico debe tener confirmación histológica.

Nuestro caso reúne los criterios de Cahan et al, y en este caso se asocia un moderado linfedema crónico de la extremidad y de la mama como un dudoso factor adicional de riesgo.

La presentación clínica de los angiosarcomas primarios se caracteriza por la aparición de una masa palpable, frecuentemente dolorosa, que no suele estar adherida a planos profundos ni a la piel y de crecimiento rápido (Wijnmaalen A,Van Ooijen B,Van Geel BN,Henzen-Logmans SC,Treurniet-Donker AD, 1993). Algunos autores han observado que hasta en un 35% de los pacientes, la tumoración aparece como una lesión violácea en la piel (Berg J,DeCosse J,Frachia A, 1963). Los hallazgos de un engrosamiento cutáneo y cambios en la coloración de la piel de la mama en el seguimiento de una paciente con angiolipoma no hacen sospechar la existencia de un angiosarcoma. La axila, en este casos no se explora y es habitualmente negativa, pues este tumor tiende a metastatizar por vía hematógena (Savage R, 1981).

El angiosarcoma primario no se inician como una lesión violácea, sino como tumoraciones en la mama; sin embargo, la paciente sí presenta una tumoración cutánea en forma de lesión violácea.

El diagnóstico es difícil de establecer, incluso tras el análisis histológico de la pieza pues, en un primer momento, estas lesiones frecuentemente se consideran como benignas, y en ocasiones no se establece un diagnóstico definitivo hasta que aparece una recurrencia. Algunos autores hablan de cifras de falsos negativos de hasta el 33% (Savage R, 1981), y en estos casos se establece el diagnóstico definitivo con el seguimiento y la aparición de recurrencias (Berg J,DeCosse J,Frachia A, 1963). La mamografía suele mostrar signos inespecíficos (engrosamiento de la piel y áreas de mayor densidad de la glándula) y el diagnóstico definitivo se realiza mediante la biopsia y el estudio histológico, completado con la determinación inmunohistoquímica

Es preferible considerar maligna a toda lesión vascular de la mama, aún con apariencia histológica benigna (Savage R, 1981). La dificultad para establecer un diagnóstico histológico adecuado se debe a la realización de un muestreo insuficiente de la pieza, a la incapacidad para distinguir entre un angiosarcomas bien diferenciado y vasos reactivos, y a la presencia de un componente vascular reactivo combinado con un angiosarcomas.

Histológicamente, podemos dividir a los angiosarcomas en 3 grados: grados 1, 2 y 3; que corresponden a bien diferenciados, moderadamente diferenciados y pobremente diferenciados, respectivamente.

Tumores de 4 cm o menos tienen una supervivencia a los 5 años, un intervalo libre de enfermedad mayor y metastizan menos frecuentemente que aquellos de tamaño superior. Tumores bien diferenciados presentan una menor incidencia de metástasis y una mayor supervivencia libre de enfermedad en comparación con otros grados. Tanto el grado de diferenciación como el tamaño de la lesión van a influir significativamente en el pronóstico (Baneriee SS,Eyden BP,Wells S, 1992).

La mayor parte de los autores son partidarios de realizar una mastectomía, pues el porcentaje de una correcta evolución es mayor que con la resección local del tumor. El tratamiento del angiosarcoma se basa en una completa escisión de la lesión con márgenes libres. La resección del pectoral mayor sólo está indicada en casos de invasión de éste. La linfadenectomía axilar electiva no está justificada, dada la baja frecuencia de metástasis ganglionares regionales (Rainwater LM,Martin K,Gaffey TA,Van Heerden JA, 1986).

La recidiva local, como podemos observar en los casos clínicos, es frecuente y, aunque augura un mal pronóstico, no excluye un nuevo intento quirúrgico, incluso con carácter curativo.

El papel de la radioterapia y la quimioterapia no está completamente definido en este tipo de tumores, y se recomienda en tumores grandes o con signos histológicos de agresividad, y siempre dentro de un ensayo clínico. El tratamiento adyuvante con quimioterapia o radioterapia no está indicado en angiosarcomas radioinducidos, aunque recientemente se ha publicado la experiencia con radioterapia hiperfraccionada en 3 casos, en los que se había detectado progresión de la enfermedad local (Gulesserian HP,Awton RL, 1969).

Por tanto, podemos concluir que el angiosarcoma de mama es una entidad poco frecuente, de mal pronóstico y de difícil diagnóstico. La escasa eficacia de la quimioterapia y la radioterapia en este tipo de tumores convierten a la cirugía en el arma terapéutica más eficaz. El diagnóstico temprano y el tratamiento quirúrgico agresivo son, hoy por hoy, las únicas opciones de tratamiento curativo en la mayor parte de los casos.

CONCLUSIONES

Debería sospecharse angiosarcoma en aquellas lesiones de mama que debutan clínicamente con un nódulo cutáneo azulado de crecimiento relativamente rápido sobre todo en aquellos casos en que existe antecedente de radioterapia previa si bien existen lesiones como la expuesta anteriormente, que presentan una clínica que en esencia no difiere de la de otros tumores mamarios. En cualquier caso es conveniente realizar PAAF o Trucut ante todo nódulo mamario pues la simple ob-servación de una rica población fusocelular con o sin atipia puede orientar un diagnóstico temprano. El estudio histológico (biopsia preoperatoria, intrao-peratoria, tumorectomía o mastectomía) determinarán el grado y por tanto el pronóstico de la lesión. La mastectomía es el tratamiento de elección acompañada o no de quimioterapia coadyuvante, cuyos beneficios están aún por definir. Recomendamos estar alerta y

tener un alto grado de sospecha ante una neoplasia cuya incidencia se está incrementando día a día. Asimismo recordamos que se trata de una enfermedad tremendamente agresiva que requiere necesariamente un diagnóstico precoz y aceptar la mastectomía como técnica quirúrgica de elección para controlar la enfermedad.

REFERENCIAS

Baneriee, SS.; Eyden, BP:; Wells, S. (1992). Pseudoangiosarcomatous carcinoma: a clinicopathological study of seven cases. *Histopathology*, 21 (1992), pp. 13-23 Medline

Berg, J.; De Cosse, J.; Frachia, A. (1962). Stromal sarcomas of the breast. A unified approach to connective tissue sarcomas other than cystosarcoma phyllodes. *Cancer,* 15 (1962), pp. 418-24 Medline

Bormann R. (1907). Metastasenbildung bei histologisch gutartigen geschwülsten: fall von mtastasierendem angiom. *Beitr Z Pathol Anat Allg Pathol*, 40 pp. 372-92

Burgdorf, WH.; Mukai, K.; Rosai J. (1981). Immunohistochemical identification of factor VIII related antigen in endothelial cells of cutaneous lesions of alleged vascular nature. *Am J Clin Pathol*, 75, pp. 167-71 Medline

Chen, KT.; Kirkegaard, K.; Bocian, JJ. (1980). Angiosarcoma of the breast. *Cancer,* 46 pp. 368-71 Medline

Gulesserian, HP.; Awton, RL. (1969). Angiosarcoma of the breast. *Cancer*, 24 pp. 1021-6 Medline

Huang, J.; Mackillop, WJ.; (2001). Increased risk of soft tissue sarcoma after radiotherapy in women with breast carcinoma. *Cancer*, 92 pp. 172-80 Medline

Hunter, TB.; Martin, PC.; Dietzen, CD.; Terrel, LT. (1985). Angiosarcoma of the breast: two case reports and review of the literature. *Cancer*, 56 pp. 2099-106 Medline

Karlsson, P.; Holmberg, E.; Samuelson, A.; Johansson, KA. (1998). Wallgren A.Soft tissue sarcoma after treatment for breast cancer. A Swedish population-based study. *Eur J Cancer*, 34 pp. 2068-75 Medline

Navalpotro, B.; Farrús, B.; Zanón, G.; Fernández, P.; Velasco, M.; Muñoz, M. et al. (2002). Angiosarcoma radioinducido de aparición precoz tras tratamiento conservador en cáncer de mama. Papel de la cirugía radical. *Rev Oncol,* 4 pp. 508-11

Rainwater, LM.; Martin, K.; Gaffey, TA.; Van, Heerden, JA. (1986). Angiosarcoma of the breast. *Arch Surg,* 121 pp. 669-72 Medline

Savage, R. (1981). The treatment of angiosarcoma of the breast. *J Surg Oncol*, 18 pp. 129-34 Medline

Stewart, F.; Trevés, N. (1948). Lymphangiosarcoma in postmastectomy lymphedema: a report of six cases elephantiasis chirurgica. *Cancer,* 1, pp. 64-81 Medline

Wijnmaalen, A.; Van Ooijen, B.; Van Geel, BN.; Henzen-Logmans, SC. Treurniet-Donker AD. (1993). Angiosarcoma of the breast following lumpectomy, axillary lymph node dissection, and radiotherapy for primary breast cancer: three case reports and a review of the literature. Int *J Radiat Oncol Biol Phys*, 26, pp. 135-9 Medline

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DEL CÁNCER DE COLON EN PACIENTES DEL HOSPITAL Dr. ERNESTO GUEVARA

POSTQUIRÚRGICASES COMPLICATIONS OF THE CANCER OF COLON IN PATIENTS OF THE DR. ERNESTO GUEVARA HOSPITAL.

Adalgis María Rodríguez Bermúdez amber@ltu.sld.cu

Ricardo Tomás Estrada drricardoe@gmail.com

Carlos Castro Llanes

RESUMEN

El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio, en los últimos años hemos asistido a un avance muy significativo en el conocimiento de los mecanismos que participan en su desarrollo y progresión. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte longitudinal, con el objetivo de caracterizar a los pacientes con complicaciones quirúrgicas operados de cáncer de colon. El universo estuvo constituido por 79 pacientes y la muestra la constituyeron 64 de ellos. De las complicaciones postquirúrgicas presentadas por los pacientes tanto precoces como tardías, la más frecuente fueron los abscesos intraabdominales con 5 pacientes para un 7.8%, se reportó 9 pacientes con recurrencias de la enfermedad entre el primer y segundo año de la primera cirugía para un 14.06% y se constató que la causa del fallecimiento que más prevaleció con 3 pacientes para un 4.68% fue el shock séptico.

PALABRAS CLAVES: cáncer colorrectal, neoplasia de colon y recto, cáncer de colon

ABSTRACT

The colorectal cancer is one of the more frequent neoplasias in our middle, in the last years have been present to a very significant advance in the knowledge of the mechanisms they take part in your development and progression. Carried out an observational, descriptive, prospective study of longitudinal cut, with the objective to characterize to the patients with surgical complications operated of cancer of colon. The universe was constituted for 79 patient and the sample the constituted 64 of them/it. Of the presentee postquirúrgicases complications for the patients both precocious and late, the more frequent thing went the intraabdominales abscesses with 5 patients for a 7.8 %, reported 9 patient with recurrences of the illness between the first and second year of the first surgery for a 14.06 % and it is verified that the cause of the death that more it throve with 3 patients for a 4.68 % went the septic shock.

KEY WORDS: colorectal cáncer, colon neoplasia and straight, cancer of colon.

INTRODUCCIÓN

La incidencia del cáncer de colon continúa en aumento y con ella también aumenta la tasa de mortalidad ajustada a cáncer de colon. En Chile, se estima que 8,94 por cada 100.000 habitantes al año mueren a causa de esta enfermedad. La infiltración de órganos vecinos por cáncer de colon oscila de un 7 hasta un 17% al momento del diagnóstico. Respecto a esto, en la década de 1920, Moynihan fue el primero en

describir la resección multivisceral (RMV) en bloque para casos de cáncer de colon infiltrante a órganos vecinos (López Manas, Hermosilla y Espín, 2010).

Posteriormente, Grey Turner y Sugarbaker publicaron series de casos de resecciones en bloque en pacientes con cáncer de colon con compromiso de vísceras vecinas, con tasas de sobrevida esperables, planteando que este enfrentamiento quirúrgico causa un impacto positivo en el pronóstico de estos pacientes, siendo su principio más importante una resección con márgenes negativos (López, Manas, Hermosilla y Espín, 2010).

El diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal ha mejorado en grado significativo en los últimos 50 años. La mayoría de los avances es una respuesta directa a los retos que presenta la enfermedad y su tratamiento. Ejemplos de esto son la introducción de la proctectomía radical como respuesta directa a la falla de los procedimientos locales para controlar el cáncer de recto, las engrapadoras para facilitar las anastomosis colorrectales bajas y el tratamiento neoadyuvante para reducir el riesgo de la recurrencia local en el cáncer rectal (Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C, 2017).

A pesar de estos avances, muchos pacientes con cáncer colorrectal mueren por enfermedad diseminada y los que se salvan pagan un alto precio en términos de dolor, morbilidad, disfunción de órganos y calidad de vida. Lu J, et al., (2018) expresan que: “En el futuro aparecerán tratamientos blanco más efectivos, con mejores marcadores del pronóstico, herramientas diagnósticas avanzadas e instrumentos quirúrgicos más precisos” (Lu J, et al., 2018, p. 21).

El cáncer de colon se ha convertido en un problema de salud pública en todo el mundo; en 2008 se diagnosticaron cerca de un millón de casos que condujeron a unas 500 000 muertes. En EUA se considera la tercera neoplasia en incidencia y la segunda causa de muerte por cáncer; tan sólo en el año 2010 ocurrieron 50 000 muertes relacionadas con el cáncer de colon. En informe difundido por la Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C (2017), en América Latina se ha observado una tendencia al aumento de la mortalidad por cáncer de colon, en especial en México, Ecuador, Brasil y Chile

En Cuba, la mortalidad por estos tumores ocupa el tercer lugar entre todos los fallecimientos por cáncer, constituyen el 12,2 % entre todos los fallecidos por estas causas entre las mujeres y el 7,8 % entre los hombres. La incidencia en los países desarrollados del mundo es aún mayor, pues la tasa por 100 000 habitantes oscila entre 34,1 y 25,8 en distintas partes de Estados Unidos para los hombres, su la incidencia es la mayor, seguida de Canadá, Australia, Singapur, Holanda, Dinamarca y el Reino Unido, mientras que las más bajas corresponden a la India, con una tasa de 3,4 y Kuwait, con 0,2 (Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C, 2017).

En la provincia Las Tunas existe igualmente una alta incidencia de cáncer de colon, con un grupo de complicaciones postquirúrgicas significativa, no existiendo suficientes investigaciones, publicaciones científicas que permitan caracterizar a estos pacientes es por ello que el presente estudio está dedicado a este problema de salud tan complejo.

Metodología utilizada en la investigación

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte longitudinal, con el objetivo de caracterizar a los pacientes con complicaciones quirúrgicas operados de

cáncer de colon en el servicio de cirugía general del Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna de Las Tunas, en el periodo comprendido entre enero del 2017 y diciembre del 2018.

El universo estuvo constituido por 79 pacientes y la muestra la constituyeron 64 de ellos escogidos a través de un muestreo no probabilístico de tipo accidental o deliberado y se tuvo en cuenta que los mismos cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Se dio salida a cada objetivo y los resultados se presentaron en forma de texto y tablas según el volumen de información. Para el tratamiento de la información se recopiló y tabuló en una base de datos, se procesó por el método estadístico porcentual y se representó en forma de cuadros de contingencia procediendo al análisis y la asociación estadística de las variables.

La confidencialidad de los datos obtenidos en la presente investigación fue respetada; así como los resultados de la información obtenida, conservando en todo momento la ética hacia los pacientes, los médicos actuantes, no reconociendo identidad alguna.

Procesamiento y análisis de los resultados de la investigación

En la tabla 1 se observan las complicaciones postquirúrgicas presentadas por los pacientes tanto precoces como tardías, la más frecuente fueron los abscesos intraabdominales con 5 pacientes para un 7.8%, aunque la sumatoria de todas las complicaciones presentadas fue de un 34.37%, cifras algo mayores que las investigaciones consultadas donde se reporta una morbilidad postoperatoria del 21,7%, aunque sí coinciden las mismas entidades comentadas en el presente estudio.

Tabla 1. Distribución de pacientes según las complicaciones postquirúrgicas.

Complicaciones postquirúrgicas	**NÚMERO**	**%**
Abscesos intraabdominales	5	7.8
Fístulas enterocutáneas	4	6.25
Dehiscencia de la sutura	4	6.25
Infección del sitio operatorio	4	6.25
Hernia incisional	3	4.69
Prolapso de la colostomía	2	3.13
Pacientes sin complicaciones	42	65.63
Total	64	100

Fuente: elaboración propia (Historia clínicas pacientes).

Este porciento para nada despreciable guarda estrecha relación con que algunos pacientes se operaron de forma urgente con diagnóstico preoperatorio de oclusión intestinal o perforaciones intestinales, pero no de la enfermedad oncoproliferativa en sí,

algunos con una edad avanzada, que atentó contra la calidad de la cirugía debido a que la intervención transcurrió en un abdomen contaminado, con un tiempo quirúrgico limitado por la inestabilidad hemodinámica, con enfermedades crónicas descompensadas, con trastornos importantes del medio interno que persistieron en el postoperatorio inmediato y mediato.

Las causas antes citadas se correlacionan de forma absoluta con la literatura médica nacional e internacional consultada donde hacen especial énfasis en la edad del paciente, el estado nutricional, el estadio avanzado de la enfermedad, aspectos que influyen negativamente en la buena evolución del paciente incrementando exponencialmente la morbilidad.

En la tabla 2 se observa la distribución de pacientes según el tiempo de recidiva tumoral de la enfermedad. Se reportan 9 pacientes con recurrencias de la enfermedad entre el primer y segundo año de la primera cirugía para un 14.06% coincidiendo con el estudio de Rodríguez Fernández Zenen, Jean-Louis B, Casaus Prieto A, Pineda Chacón J, Joubert Álvarez G, (2015) que reportan un 10.7% de reaparición del proceso neoplásico en este mismo intervalo de tiempo, este resultado igualmente se corresponde con la literatura internacional consultada que establece un rango entre el 10-30%.

Tabla 2. Distribución de pacientes según el tiempo de recurrencia de la enfermedad.

Tiempo de recurrencia de la enfermedad	**NÚMERO**	**%**
Antes del 1er año	2	3.13
Entre el 1er- 2do año	9	14.06
Sin recidiva tumoral demostrada	53	82.81
Total	64	100

Fuente: Elaboración propia (Historias clínicas de pacientes).

Como bien se conoce, el pronóstico del cáncer de colon primario está influenciado por el grado de penetración del tumor en la pared intestinal y la invasión ganglionar en el momento de haber sido detectado (Barriga, et al., 2016).

Por la razón precedente, al considerar la estadificación posoperatoria (TNM) luego de la exéresis del tumor primario en los pacientes con recurrencia, se manifiesta que más de la mitad de estos corresponden al estadio III. Tal resultado demuestra que el cáncer de colon continúa siendo diagnosticado predominantemente en el nivel secundario de atención y en etapas avanzadas de su desarrollo, como también lo afirman otros estudiosos del tema (González- Rodiles, Rodríguezy Casaus, 2014).

No obstante, existen otros factores de pronóstico para precisar la radicalidad de la exéresis del tumor primario según tipo de operación inicial. Uno de ellos, que es el más defendido hoy en día, consiste en el número de ganglios linfáticos resecados junto con el tumor, por cuanto se considera que la extirpación de al menos 13 de ellos ofrece

mayor confianza respecto a la curación; pero como debe esperarse, esta disección ganglionar no siempre es posible cuando se interviene con urgencia, pues en esa circunstancia entran en juego la experiencia del equipo de cirugía, el estado físico del enfermo en el período preoperatorio y la prolongación del acto anestésico- quirúrgico, entre otros aspectos (Greene FL, Compton CC, Fritz AG, 2016).

Partiendo de estas premisas es necesario significar, que tanto los factores asociados al carácter de la primera intervención quirúrgica como el estadio de la enfermedad en el momento del tratamiento curativo van a influir determinantemente en el tiempo de recurrencia de la enfermedad y al mismo tiempo permitirían pronosticar más acertadamente cuando ocurrirán estos eventos.

En la tabla 3 se constata la distribución de pacientes según las causas del fallecimiento. El shock séptico fue la causa que más prevaleció con 3 pacientes para un 4.68% a punto de partida de fugas de las anastomosis intestinales y abscesos intraabdominales como complicación postoperatoria más documentada, datos que se constatan en tablas anteriores. Esto coincide tanto con estudios nacionales como internacionales, Biel W E, et al., (2017) en una serie de 72 casos intervenidos quirúrgicamente reportan una mortalidad postoperatoria del 6,5% igualmente por las causas ante citadas.

Tabla 3. Distribución de pacientes según las causas del fallecimiento.

Causas del fallecimiento	**NÚMERO**	**%**
Shock Séptico	3	4.68
Cáncer en estadio terminal	2	3.13
Bronconeumonía	1	1.56
Pacientes vivos	58	90.63
Total	64	100

Fuente: Elaboración propia (Historias clínicas de pacientes).

Los 2 pacientes que se reportan con cáncer avanzado fallecieron antes de los 2 años, el sitio anatómico de recurrencia más reportado fue en el hígado información que coincide con estudios internacionales como el de Penna C, (2013) datan a estos pacientes con una media de sobrevida entre 4 y 21 meses, lo cual depende de varios factores: volumen tumoral metastásico en el hígado, presencia de extensión extrahepática o de metástasis ganglionar y grado de diferenciación del tumor, sin observarse sobrevida a los 5 años.

La disminución de la mortalidad en países desarrollados ha sido mayor entre las mujeres y se ha atribuido, en parte, a la introducción y disponibilidad de los anticonceptivos orales así como a la terapia de reemplazo hormonal. En la mayoría de países latinoamericanos las tasas de mortalidad está por debajo de 10/100000, con excepción de Argentina y Puerto Rico, donde los hombres tuvieron una mortalidad de

14.9 y 11.9/100000 respectivamente, y en Cuba donde los hombres tuvieron una mortalidad de 10.5/100000 y las mujeres de 12.8/100000.

Los valores para Canadá y Estados Unidos estuvieron alrededor de 14/100 000 en hombres y 10/100000 en mujeres. En estos países se ha observado una asociación entre la introducción de programas de tamización con colonoscopia y la reducción de la mortalidad por cáncer de colon que años anteriores exhibían cifras significativamente más altas (Singh H, Demers AA, Xue L, Turner D, Bernstein CN, 2018).

El patrón de mortalidad en otros países de América es menos favorable. Las bajas tasas de mortalidad en países como Brasil, Colombia y México podrían estar subestimadas pero también podrían reflejar un efecto favorable de los hábitos dietéticos en estos países. Sin embargo, los patrones del cáncer de colon para el futuro son desfavorables en esos y otros países de Latinoamérica, probablemente como consecuencia de modificaciones en los hábitos dietéticos, incluyendo un aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad (Armando Cortés, Bravo Luis Eduardo, García Luz Stella, Collazos Paola, 2014).

CONCLUSIONES

Si bien se han evidenciado, factores de riesgo y protectores, tanto dietéticos, como de estilos de vida y genéticos; ninguno de ellos justifica una posible intervención preventiva individual o colectiva más allá de la recomendación de una vida saludable: dieta equilibrada, baja en grasas y ejercicio físico sin consumo de alcohol y sin hábito tabáquico, por cuanto no existe una causalidad de suficiente fuerza, coherencia, consistencia, dosis efecto, que permita una intervención eficaz.

REFERENCIAS

Cortés, Bravo, García, Collazos (2014). Incidencia, mortalidad y supervivencia por cáncer colorrectal en Cali, Colombia, 1962-2012. Clínica Patológica. *Salud pública México* 56(5): 457-464. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500013&lng=es.

Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. (2017 *Tratado de cirugía general*, 3ª edición D.R. © por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Barriga, P.; Pomposo, MA.; García, G.; Monares, E.; Montes de Oca, MA.; Poblano, M. (2016). Impacto sobre la mortalidad del tratamiento del choque séptico guiado mediante el índice de choque (ICH). *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int*. 27(2):77-82.

Biel, E.; Walker, G.; Ocares, U.; Claudio, Y.; Felipe, Q.; Caselli, M.; et al. (2017).Resultados precoces y tardíos en resecciones ampliadas en cáncer de colon T4b. *Revista Chilena de Cirugia* 69(2): 139-143. Recuperado de: Academic Search Premier.

González- Rodiles, RE.; Rodríguez, Z.; Casaus, A. (2014) Cáncer de colon recurrente: diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana de Cirugía*. 48(1).

Greene, FL.; Compton, CC.; Fritz, AG. (2016) *Colon and rectum. In: Cancer Staging Atlas. American Joint Committee on Cancer*. New York: Springer; p.107-17.

López, M.; Manas, M.; Hermosilla, E.; Espín, E. (2010) *Multivisceral resection for colon cancer: Analysis of prognostic factors*. Dig Surg. 27:238-45.

Lu J, Hu X, Meng Y, Zhao H, Cao Q, Jin M. (2018). The prognosis significance and application value of peritoneal elastic lamina invasion in colon cancer. *Plos ONE* Apr 9, 13(4): 1-10. Recuperado de: Academic Search Premier.

Penna, C. (2013). Prise en charge des patients ayant un cancer du foie. Les métastases hépatiques des cancers colo-rectaux. *Bull Cancer*. 90:79-83.

Rodríguez, Z.; Jean-Louis, B.; Casaus, A.; Pineda, J.; Joubert, G. (2015) Algunas especificidades sobre el diagnóstico del cáncer de colon recurrente. *Medisan* 19(2): 169-179. Recuperado de: Academic Search Premier.

Singh, H.; Demers, AA.; Xue, L.; Turner, D.; Bernstein, CN. (2018)Time trends in colon cancer incidence and distribution and lower gastrointestinal endoscopy utilization in Manitoba*. Am J Gastroenterol* 103(5):1249-1256.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LA TENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS

EDUCATIONAL INTERVENTION to IMPROVE THE ARTERIAL TENSION IN PATIENT HIPERTENSOS

Agneris Marrero López agneris@nauta.cu

Alcibíades Dávila Pérez

Ana Loreta Higuera Rodríguez

RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA) representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras afecciones, fundamentalmente la cardiopatía isquémica, las insuficiencias cardíacas y renales, la enfermedad cerebrovascular y contribuye significativamente a la retinopatía. Se ofrece una caracterización a los pacientes hipertensos del Consultorio Médico Familia de Paso Pata, Policlínico Mario Pozo, Jesús Menéndez, Las Tunas. Se efectuó un estudio explicativo, de corte transversal, el universo estuvo constituido por 212 pacientes hipertensos y la muestra por de 105 que presentaron factores de riesgo de la enfermedad. Se utilizó como medidas de frecuencias el (porcentaje). Se logró controlar la HTA como enfermedad en casi la totalidad de los pacientes, lo que trajo consigo que disminuyeran significativamente sus complicaciones. Conclusiones: se modificaron los factores de riesgo. Se comprobó la eficacia del programa de intervención educativa al lograr elevar el nivel de conocimiento en cuanto a los factores de riesgo y se disminuyeron las complicaciones.

PALABRAS CLAVES: hipertensión arterial, factores de riesgo, antecedentes patológicos familiares.

ABSTRACT

The arterial hypertension (HTA) it represents for itself an illness, as well as a factor of important risk for other affections, fundamentally the ischemic cardiopatía, the heart and renal inadequacies, the illness cerebrovascular and it contributes significantly to the retinopatía. To characterize to the patient hipertensos of the Clinic Medical Family in passing Paw, Policlínico Mario Well, Jesus Menéndez, The Tunas. Method: an explanatory study was made, of traverse court, October 2017 to April 2019. The universe was constituted by 212 patient hipertensos and the sample for of 105 that presented factors of risk of the illness. It was used as measures of frequencies the (percentage). **Conclusions:** they modified the factors of risk. He/she was proven the effectiveness from the program of educational intervention when being able to elevate the level of knowledge as for the factors of risk and they diminished the complications..

KEY WORDS: Arterial hypertension / factors of risk / family pathological antecedents

INTRODUCCIÓN

La implementación en Cuba del programa de atención del médico y la enfermera de la familia, como parte del perfeccionamiento del enfoque social de la atención médica, las acciones de salud dirigidas a la detección y control de la HTA en la adultez han sido

considerables. El país ha realizado esfuerzos concretos para lograr un mejor conocimiento sobre la entidad; ejemplo de ello constituyó su participación, en 1974, junto a otros 13 países en el proyecto programa para el control comunitario de la HTA, que sirvió como antecedente al primer programa nacional para la prevención y control de la HTA; la realización en 1995 de la primera encuesta nacional de factores de riesgo (ENFR) y actividades preventivas, así como el desarrollo del Segundo Taller Nacional sobre HTA en 1997; la conformación del Programa Nacional para la prevención, diagnóstico, evaluación y control de la HTA en 1998, y la realización en el 2001 de la segunda ENFR. (Hipertensión Arterial, s.f.).

A principios del año 2006 se emite la nueva Guía Cubana para la Prevención, Diagnóstico, y Tratamiento de la HTA que fue actualizada en el 2008; la cual hace evidente las exiguas referencias a trabajos nacionales en torno a la HTA esencial desde la niñez y la adolescencia. (Roca, 2002).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta enfermedad afecta a más de un tercio de los adultos de 25 años o mayores, proporción cercana a los mil millones de personas. Más aún, la OMS destaca que la HTA continúa siendo la principal causa de muerte en el mundo, produciendo alrededor de 9,4 millones de muertes cardiovasculares por año, y acortando cinco años aproximadamente la expectativa de vida. (Díaz, 2015).

La prevalencia mundial actual se acerca al 30%, mostrando la más alta en el continente africano (el 46% de los adultos) y la más baja en las Américas (35%). En general, su prevalencia es menor (35%) en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medios (40%), atribuible a las diferentes políticas públicas exitosamente implementadas y al mejor acceso a la atención primaria. En nuestro país, los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, dirigida por el Ministerio de Salud de la Nación en su última encuesta del año 2009 arroja una prevalencia de HTA del 34,8% en la población adulta. Debido a la epidemia mundial de obesidad y a la mayor expectativa de vida se proyecta que para el año 2025 habrá un aumento del 60% en la prevalencia de esta enfermedad, lo que significará unos 1.560 millones de hipertensos en el mundo. (Díaz, 2015).

Debido a estas proyecciones, en la Asamblea Mundial de la Salud del año 2012 los Estados Miembros de la OMS establecieron la meta de reducir en un 25% para 2025 el número de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles, entre las que destaca a la HTA. En esta Declaración se insta a los países a intensificar sus esfuerzos para promover campañas de concienciación pública encaminadas a mejorar la prevención y el control de enfermedades no transmisibles. (Díaz, 2015).

En Cuba la prevalencia de esta enfermedad alcanza 1/3 de la población adulta. Está demostrado que en la medida en que la población envejece, la prevalencia de HTA se incrementa, a menos que se implementen acciones preventivas efectivas y de amplio alcance. Datos recientes provenientes del estudio de Framingham, sugieren que el 90 % de los individuos normo tensos, a los 55 años, desarrollará HTA en algún momento del curso de su vida. (Álvarez, (2010).

Comportamiento de las variables

Con relación a la edad y sexo podemos afirmar categóricamente que la edad condiciona o predispone a la persona a padecer HTA, ya que la misma se hace más frecuente a medida que avanza la misma. Se observa que el grupo más afectado fue el de 65 y más con un total de 28 pacientes para un (26,9%), seguido de los grupos de 55-64 y 45-54 con un total de 26 y 24 pacientes para un (24,7%) y (22,8%) respectivamente.

Hambergo y Runzer (2018) afirman que no se puede definir a qué edad puede aparecer la HTA, sin embargo, en países como Brasil más de la mitad de hipertensos tuvieron entre 45 y 69 años. Es conocido que mientras más edad tenga el paciente, más probabilidad existe para que la HTA afecte órganos diana; pero debemos tener en cuenta que en caso de un paciente adulto con una historia personal de HTA sin tratamiento, el inicio de un nuevo tratamiento sumado al cambio de estilos de vida reduciría la posibilidad de un evento cardiovascular futuro.

En el sexo predominó el femenino con 64 pacientes para un (60,9%), lo que coincide con un estudio realizado por Alonso, Acosta, Peña, y Santeiro, (2013) en el Policlínico universitario de Rodas en Cienfuegos. Estos plantearon que según la literatura las cifras de presión arterial se elevan con la edad y que los valores de presión arterial sistólica (PAS) continúan incrementándose de forma constante hasta los 75 años, mientras las cifras de presión arterial diastólica(PAD) apenas aumentan a partir de los 50 años, condicionado por los siguientes factores: disminución de la adaptabilidad arteriolar por la arterioesclerosis, aumento de la resistencia vascular secundaria a la degeneración hialina irregular en la media de las arteriolas preca pilares, disminución del índice de filtrado glomerular y de la masa cortical renal, inhibición del sistema reninaangiotencinaaldosterona y aumento de los niveles de catecolaminas. (Alonso et al., 2013)

Al valorar el perfil ocupacional observamos que las amas de casa son las más afectadas con 40 féminas para un (38.5%) continuando los obreros y jubilados en número de 23 y 22 para un (21.9%) y (20.9%) respectivamente. Las demás categorías ocupacionales muestran porcientos más bajos.

Estos resultados pueden estar en relación a las características propias de la comunidad, donde existe poca disponibilidad de fuente de trabajo para las mujeres y cuando aparece por lo general son labores agrícolas. Además, existe el tabú de que las féminas no necesitan trabajar. Mucho se ha tratado de argumentar en la literatura en cuanto a la relación existente entre las cifras elevadas de tensión arterial y el perfil ocupacional, pues fue definido durante mucho tiempo el criterio de que la responsabilidad se relacionaba directamente con esta enfermedad. Sin embargo, estudios realizados en países desarrollados demuestran que en esta entidad confluyen múltiples factores y que afecta por igual a los distintos perfiles ocupacionales. (Alonso et al., 2013).

Antecedentes familiares de hipertensión

En cuanto a los antecedentes familiares de hipertensión 68 pacientes estaban representando con el (64.7%), mientras que en 37 individuos no se recogió. Este mayor número de pacientes con antecedentes familiares de hipertensión coincide con un

estudio realizado por (Hernández, Pérez, Vega, Alfonso, y Edgardo, 2013) en un Consultorio Médico del municipio Playa en Ciudad de La Habana.

La presión arterial de los familiares de primer grado se correlacionan de forma significativa, la prevalencia de hipertensión es superior entre los familiares de hipertensos, fenómeno denominado “agrupación familiar de la hipertensión”. En gemelos homocigóticos existe una mayor relación entre la presión arterial sistólica y la diastólica que en gemelos dicigóticos. La herencia depende de varios genes todavía no identificados, cuya expresión resulta modificada por factores ambientales. (Curbelo, 2012).

Se refirió que el síntoma con mayor frecuencia encontrado en la población de estudio fue la cefalea con 74 pacientes para un (72.3%) continuando en orden de frecuencia, el fogaje facial con un total de 68 para un (64,7%) y seguido del zumbido de oídos referidos por 59 pacientes para un (56,1%) como los más frecuentes, 12 pacientes (11,4%) se mostraron asintomáticos.

La sintomatología de la hipertensión es inespecífica, no encontrándose síntomas que puedan relacionar directamente con la elevación de la tensión arterial, pudiéndose detectar casos en los que no presentan los mismos. Aún en momentos en que se constatan cifras muy elevadas de presión. (Alonso et al., 2013).

Valoración del estado nutricional de los hipertensos

En cuanto a la valoración del estado nutricional de los hipertensos se representa el (74,4%) de los casos correspondió a los clasificados como normopeso, no incidiendo este resultado con el (Curbelo, 2012), el cual expresa que la mayoría de los estudios epidemiológicos señalan la relación existente con el sobrepeso y la presión arterial, tanto sistólica como diastólica. Y que esta relación es más intensa en individuos jóvenes y adultos de mediana edad, y más en mujeres que en varones, pero se observa también en niños y en todas las culturas.

Factores de riesgo identificados

El factor de riesgo identificado en mayor cuantía en los pacientes estudiados fue el consumo de grasa animal (53,3%), seguido del hábito de fumar (47,7%) y el consumo de alcohol (10%), esto ocurre debido a que es una comunidad rural donde la grasa animal está a un mejor alcance de las personas sin dejar de mencionar que el nivel económico de la mayoría de las familias, no es el mejor, aparejado al alto nivel de desvinculados y jubilados. El alcoholismo es otro de los problemas de esta comunidad identificado en el análisis de la situación de salud.

En la actualidad, los factores de riesgo cardiovasculares, sobre todo los relacionados con la HTA, representan un importante motivo de preocupación hacia la salud, por el incremento progresivo de su prevalencia, con el consiguiente aumento de las comorbilidades asociadas y del gasto sanitario global. No cabe duda de que las acciones de promoción de hábitos de vida saludables, así como la prevención de susceptibilidades y estilos de vida inadecuados, serán garantías de mayor calidad de vida. A nivel mundial las enfermedades cardiovasculares causan elevados índices de asistencia médica y se prevé que serán la primera causa de defunción y discapacidad para el año 2020. (González, 2016).

Evaluación de control de la enfermedad

En la tabla 2 se puede apreciar que los resultados obtenidos fueron bastantes satisfactorios. Logrando controlar en casi la totalidad de los pacientes la HTA como enfermedad, estando al inicio la controlada en un 68.5%, lográndose llevar a un 93,3%.Y la no controlada de un 31,4% a un 6,6%. Esto se debe al trabajo realizado por la autora el cual consistió en el reajuste de tratamientos dado por, cambio de medicamentos, aumento de dosis, agrego de otros medicamentos a los antes colocados y el control o disminución de los efectos de los problemas de la vida diaria. Ejemplo, pacientes con un Captopril diario, se le aumentó a tres, obesos que no resolvían con IECA (Inhibidores de la enzima convertidora de angiotencina) se le cambió por anticalcicos, se le agregó diuréticos y antiagregante plaquetario como la aspirina, pacientes de raza negra tomando Metildopa sola al que también se le pone anticalcico como el Nifedipino y se le agrega diurético y ASA (aspirina).Esto es sólo por poner algunos ejemplos de los tantos reajustes realizados. Algunos pacientes que presentaban depresión también se trataron.

Se explica que el resto de los pacientes que no quedaron controlados fue a causa de un proceso de adaptación a los medicamentos nuevos ya que le provocaban cefalea y en otros casos por olvido de tomar el medicamento, pero se aclara que la diferencia de cifras con relación a la normal descrita en la literatura fue poco significativa, exilando entre los 10 y los 15 mmHg.

Hipertensos según incidencia de las complicaciones

El comportamiento de algunas complicaciones de la enfermedad, estudiada fue el Síndrome Coronario Agudo con un número de 20 para un (19,0%) disminuyendo su incidencia después de la intervención a ocho para un (7,6%) seguido del Ictus Cerebral con 12 pacientes para un (11,4%) quedando luego en cinco pacientes para un (4,7%),mientras que el Edema Agudo de pulmón inicia con cuatro para un(3,8%)disminuyéndose a dos pacientes que presentaron ésta complicación representando el (1,9%) de la muestra estudiada. En estas cifras se evidencia el resultado satisfactorio de la intervención al disminuir en más de un 50% las complicaciones de esta enfermedad, lo que conlleva a la disminución de muertes por esta causa. Esto nos demuestra la importancia de mantener esta enfermedad controlada y de seguir trabajando desde los Consultorios Médicos de Familia y área de salud en la implementación de nuevas medidas y técnicas para lograr un mejor conocimiento en los pacientes de sus enfermedades

Conocimiento de los factores de riesgo por los pacientes hipertensos

Antes de la intervención predominó el nivel de conocimiento medio con un total de 78 pacientes para un (74,2%), después se redujo considerablemente hasta 18 para un (17,1%) de la muestra. El nivel de conocimiento alto comienza en el estudio con 17 pacientes para un (16,1%) y después de aplicada la intervención concluye con 80 pacientes para un (76,1%) mientras que el nivel de conocimiento bajo antes tenía 10 pacientes para un (9,52%) disminuyendo a 7 para un (6,6%) del total de la muestra en estudio.

Luego de lo antes expuesto y como resultado de la intervención se logró disminuir la cuantía de estos factores de riesgo. Quedando el consumo de grasa animal en un

(30,4%) para un 22,8% de diferencia, el hábito de fumar en un (25,7%) para un 20% de diferencia, el consumo de alcohol en un 10% para un 9,5% de diferencia.

El motivo por el cual no se pudo modificar en un 100% los factores de riesgo en el resto de los pacientes, se debe a que existe en ellos un bajo nivel cultural, edad avanzada, bajo coeficiente intelectual y conceptos erróneos relacionados con la salud y la vida, a pesar del exhaustivo trabajo de la autora.

CONCLUSIONES

Se concluye que la HTA es más frecuente en el sexo femenino y con tendencia al aumento a medida que avanza la edad. Resultó que el mayor número de casos fueron de la blanca con antecedentes familiares de la enfermedad, con peso adecuado presentando como síntomas fundamentales la cefalea y el fogaje facial. Los principales factores de riesgo identificados fueron el consumo de grasa animal y el hábito de fumar. Predominó en los pacientes al inicio del estudio el nivel de conocimiento medio que se convirtió en alto después de la intervención. Se logró controlar la HTA como enfermedad en casi la totalidad de los pacientes, lo que trajo consigo que disminuyeran significativamente sus complicaciones

REFERENCIAS

Alonso, A., Acosta, M., Peña, P. y Santeiro, A. (2013). Repercusión de algunos factores de riegos sobre el daño a órganos diana en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr, 30*(1):103-12

Álvarez. (2010). Hipertensión arterial esencial. Cumplimiento terapéutico y control de la tensión arterial. *Medicentro* 14(3). Recuperado de: http://medicentro.vcl.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202010/v14n3a10/002hipertension4.htm

Curbelo, W. (2012). *Hipertensión arterial, la asesina silenciosa*. Santiago de Cuba: Oriente.

Díaz, G. (2015). Hipertensión arterial: un constante desafío. *Rev Argent. Cardiol, 83*(2): 85-6. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482015000200001&lng=es

González R. (2016). Factores de riesgo de hipertensión arterial en adolescentes. *Rev Finlay* 6(4):262-4. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000400002&lng=es

Hambergo, D. C. y Runzer, F. M. (2018). Nueva clasificación de hipertensión arterial: ¿aporta a la reducción de la mortalidad por infarto agudo al miocardio? *Rev Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, *24* (2). Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/cubcar/ccc-2018/ccc182b.pdf

Hernández, L.M.: Pérez, V.; Vega, T.; Alfonso, O.A. y Edgardo, J. (2013). Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años del CMF 3 del Policlínico docente Ana Betancourt. *Med Rev Cubana Gen Integr, 30*(1):59-70.

Hipertensión Arterial. (s.f.). Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/hipertension.pd

Medina, L R. (2000). *Hipertensión Arterial: prevalencia y caracterización epidemiológica de algunas de sus variables*. (Tesis para optar por el título de Especialista de primer Grado en MGI, no publicada) Facultad de Ciencias Médicas Dr. Zoilo Marinello Vidaurret (Policlínico Mario pozo Ochoa). Jesús Menéndez. Las Tunas, Cuba.

Roca, R. (2002). Temas de Medicina Interna: tomo 2. 4ta ed. La Habana: Ciencias Médicas; p. 325-57.

FACTORES DE RIESGO DEL ACCIDENTE EN EL HOGAR EN EDAD PEDIÁTRICA

RISK FACTORS OF THE HOME´S ACCIDENT IN PEDIATRIC AGE

Aida Arruebarrena King yoennypg@ltu.sld.cu

Iván de Prada Silva vigilanciapp@ltu.sld.cu

Joanne Mola Vega joanne71@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizará un estudio epidemiológico observacional analítico de casos y controles para determinar los factores de riesgo para la ocurrencia de accidentes en el hogar en niños y niñas de la comunidad de Delicias, en el período enero 2018 – diciembre 2019. Con el objetivo de establecer la asociación de las variables seleccionadas con la ocurrencia de accidentes en el hogar en la población del área de salud “Rafael Izquierdo Ramírez”, estimar la fortaleza de la asociación entre los accidentes en el hogar y los factores de riesgo identificados y establecer un modelo predictivo de la probabilidad de ocurrencia de accidentes en el hogar en la población infantil del área de salud. Esperamos que al culminar este estudio, se conozca con precisión aquellos factores de riesgo que influyen en el aumento de los casos de accidentes en el hogar en edades pediátricas y así establecer estrategias para su prevención.

PALABRAS CLAVES: accidentes en edad pediátrica, factores de riesgo, epidemiología, prevención.

ABSTRACT

It will be carried out an analytic observational epidemic study of cases and controls to determine the risk factors for the occurrence of home´s accidents in children and girls of the community of Delicias, in the period January 2018 - December 2019. With the objectiv of establishing the association of the variables selected with the occurrence of accidents in the home in the population of the health´s area "Rafael Izquierdo Ramírez", to estimate the strength of the association among the accidents in the home and the identified risk factors and to establish a predictive model of the probability of occurrence of accidents in the home in the infantile population of the area of health. We wait that when culminating this study, be known those factors of risk that influence in the increase of the cases of accidents in the home in pediatric ages accurately and this way to establish strategies for their prevention.

KEY WORDS: accident in pediatric age, risk factors, epidemiology, prevention.

INTRODUCCIÓN

Los accidentes se consideran un problema de salud en el mundo. En la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada ese año en Ginebra, se instó a todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a tomar medidas encaminadas a la prevención de estos, donde el rápido desarrollo de las últimas décadas es la causa fundamental de su incremento. Los países en vía de desarrollo afrontan las situaciones más graves y las tasas se elevan continuamente de forma marcada. (Viñas, 1990).

Yayo (2000) en su investigación plantea que numerosas son las consecuencias de este hecho para la vida de un ser humano, que se pueden manifestar no solo en la salud sino también en el campo de lo físico, espiritual, económico y social.

> (…) la Organización Mundial de la Salud –OMS- define un accidente como "un acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales (Losada, 2015, p.8).

Según Chabernaud (2016),

> (…) las lesiones accidentales constituyen una de las principales causas de amenaza para la vida en la población infantil, por lo cual la prevención de accidentes puede considerarse una emergencia sanitaria y social, tanto por la elevada mortalidad, morbilidad y discapacidad que estos ocasionan como por el elevado costo económico que representan (Chabernaud, 2016, p.2).

"Un accidente acontecido indica la existencia real de un riesgo, que no detectado anteriormente o no corregido, lo conocemos a través de sus consecuencias" (Yayo, 2000, p.8). La posibilidad de que ocurra un accidente, existe en todos los campos de la actividad humana. El accidente en el niño es resultado tal vez de las consecuencias finales de obras, condiciones y acciones que no respetan la existencia de un infante que crece a la par del desarrollo tecnológico y social, esto ha sido planteado por varios autores como: Viñas (2006), Maconochie (2006) y Chabernaud (2016).

Considerar que los accidentes pediátricos son el precio normal e inevitable que un adulto debe pagar, es una actitud demasiado cómoda, MINSAP (2004). El accidente constituye una de las primeras causas de muerte para todas las edades, aunque su mayor incidencia se reporta en niños y jóvenes. (Claudet, 2015). Mundialmente se reporta un cuarto de millón de fallecidos por esta causa; asimismo se revela una muerte cada 5 segundos y un traumatismo cada 2 segundos, Hue V (2014).

El eminente profesor Dr. José Jordán Rodríguez enseñó que los accidentes no son tan inevitables ni tan accidentales, basándose precisamente en la anterior definición se propone cambiar la palabra "accidente" por "lesión no intencional", lo cual evita de esta forma la carga de inevitabilidad que llevaría implícito que nada podríamos hacer para prevenirlos. El incremento de los accidentes se debe al desequilibrio que existe en los avances técnicos, el estilo de vida moderno y las medidas de prevención encaminadas a evitarlos. En los países en vía de desarrollo este desequilibrio es más evidente porque se introducen con rapidez nuevas tecnologías que aumentan los riesgos, sin que se establezcan las medidas preventivas para evitarlos. La mayoría de lesiones y muertes por accidentes se producen en el hogar, las calles, el colegio o los lugares de recreación. (Blanco, 2018).

Se sabe, y hay prueba de ello, que las lesiones físicas comúnmente observadas en los primeros habitantes nómadas del globo terráqueo eran las que sufrían cuando la mamá y los hijos iban a recolectar alimentos complementarios de los grandes mamíferos cazados por los hombres. (Viñas, 1990). La historia particular del trauma en los niños, aparentemente data de las vivencias adquiridas por William Ladd en 1971, después de la desastrosa colisión entre un barco francés cargado de explosivos y otro similar

noruego, hecho acaecido en la península de Halifax (Nueva Escocia). Ladd atendió a los niños, posteriormente fue el fundador mundial de la cirugía pediátrica moderna en el Boston Children Hospital Medical Center, Gutiérrez (2015) y Donato (2018).

Según Hue V (2014)

> (…) mientras más pequeño es un niño son más frecuentes las lesiones dentro del hogar, tales como: caídas, quemaduras en la boca, quemaduras en manos por cable eléctrico, ahogamiento por sumersión, amputación de un dedo o asfixia; según el niño avanza en edad, después de alcanzar la bipedestación y la capacidad de marcha, el riesgo de sufrir otro tipo de lesiones o traumas aumenta y es explicable encontrar además de los tipos previamente mencionados, la ingestión de cuerpos extraños (monedas, juguetes pequeños), caídas de diversa índole, quemaduras por agua en ebullición, quemaduras esofágicas por cáusticos, mordedura por perros en región craneofacial, atropellamiento y recepción de una lesión cuando se viaja en un vehículo en movimiento, que generalmente culmina con traumatismo craneoencefálico, lesión torácica y visceral abdominal. (Hue V, 2014, p.21)

Según Gutiérrez (2015):

> (…) en Cuba, desde 1970, los accidentes son responsables del mayor número de defunciones y superan las cifras de fallecidos por enfermedades cardiorrespiratorias, anomalías congénitas, infecciones, neuropatía y cáncer. En el 2000 fallecieron a causa de accidentes en esta región 4 978 personas, para una taza de 44,5 por cada 100 mil habitantes; en 2005 y 2006 los accidentes constituyeron la primera causa de muerte en los preescolares, escolares y adolescentes con 50, 125 y 214 fallecidos por año, respectivamente. (Gutiérrez, 2015, p.16).

Lo anteriormente expuesto, fue la razón que sirvió de motivación para desarrollar el siguiente proyecto de investigación, para determinar los factores de riesgo de los accidentes en el hogar en la población pediátrica del área de salud “Eusebio “Rafael Izquierdo Ramírez” Ramírez”, 2018 – 2019.

Tipo y diseño de estudio:

Se realizará un estudio epidemiológico observacional analítico de casos y controles para determinar los factores de riesgo para los accidentes del hogar en la población pediátrica del área de salud “Rafael Izquierdo Ramírez”, 2018 – 2019.

Muestra, unidad de análisis y observación.

El universo estará constituido por los pacientes que se seleccionarán en el grupo de casos y las pacientes del grupo control, para completar el total de personas incluidas en el estudio, todas menores de 18 años.

Definición y selección de casos y controles.

Definición de casos:

Todo paciente menor de 18 años notificado por Tarjeta de Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) como accidente del hogar confirmado, incluida en el Registro de accidentes durante los años 2018 - 2019, perteneciente al área de salud “Rafael Izquierdo Ramírez”.

Selección de los casos:

Se tomarán para el estudio todos los pacientes notificados en el período 2018 – 2019 como accidente en el hogar del registro de Accidentes del Departamento de estadísticas del Policlínico “Rafael Izquierdo Ramírez”.

Criterios de Inclusión:

Todos los pacientes de 0 -18 años de edad que se notificarán como accidente en el hogar por tarjeta de EDO en el año 2018-2019 en el área de salud “Rafael Izquierdo Ramírez”.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que fallecieran en el período.
- Pacientes y padres que no quieran participar en el estudio.
- Pacientes que no se puedan localizar en la dirección registrada en la encuesta.
- Pacientes hijos de padres con trastornos psiquiátricos o retraso mental moderado a severo.

Definición de controles:

Personas menores de 18 años, residentes en el área de salud de Delicias, que cumplirán con la condición de estar libres de signos y síntomas de accidentes en el hogar, como resultado del examen físico e interrogatorio antes de la aplicación de la entrevista, estar en el mismo grupo de edad y la misma zona de residencia de los casos.

Selección de los controles:

Para la selección de los controles se considerará una relación de tres controles por cada caso, se realizará la misma de forma aleatoria simple a partir del consultorio a que pertenecerá cada caso utilizándose las historias clínicas familiares y se seleccionará el vecino más cercano, de los registros se tomará el nombre, apellidos y la dirección particular para su posterior localización y examen físico y evidencia de no haber sufrido accidente en el hogar, los cuales cumplirán con la definición de controles.

Criterios de inclusión:

- Menores de 18 años.
- Sin antecedente de haber sufrido un accidente en el hogar.
- Niños y padres que quieran participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Personas que se negaran a participar en el estudio.
- Pacientes no registrados como accidentes en el hogar que se mudaron a una dirección diferente a la que aparece registrada.

Operacionalización de las variables:

Variable dependiente:

Accidentes en el hogar.

Variables independientes:

- Edad: variable cuantitativa continúa. Se considerará la edad en años cumplidos y se establecerán los siguientes grupos: 0 años, 1-4, 5 - 9, 10 - 14, 15 – 18.
- Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica, se considerará el sexo biológico masculino y femenino.
- Lugar de Residencia: variable cualitativa nominal dicotómica se considerara Urbana o Rural.
- Lugar de ocurrencia: variable cualitativa nominal politómica, se considerará cocina, baño, sala, dormitorio, comedor, escaleras, techo y patio.
- Sitio anatómico lesionado: variable cualitativa nominal politómica, se considerará, cabeza, tronco, extremidades superiores y extremidades inferiores.
- Tipo de accidente: variable cualitativa nominal politómica, se considerara caída del mismo nivel, caída de diferente nivel, quemadura, heridas, traumas, mordedura, aspiración de cuerpo extraño, asfixia, intoxicación.
- Momento del día en que ocurrió: variable cualitativa nominal politómica se considerará: mañana, tarde y noche.
- Presencia de adultos en el momento del accidente: variable cualitativa nominal dicotómica se considerará: en presencia o en ausencia, según ocurra el hecho.

Aspectos éticos:

La participación de los individuos en la investigación dependerá del consentimiento informado dado por estas; el Documento para la obtención del consentimiento se muestra en el Anexo 1 y al aplicar el cuestionario (Anexo 2) se tomarán en cuenta aspectos como la privacidad para el interrogatorio y el respeto a las respuestas confidenciales.

Técnicas de recogida de la información:

Para la obtención de la información se revisarán las Historias Clínicas de los casos del Registro de EDO de Accidentes en el hogar del Departamento de Estadísticas del Policlínico “Rafael Izquierdo Ramírez”. Además a los casos y controles se les aplicará un cuestionario (Anexo 2) que será confeccionado por el autor de la investigación y validado por un comité de expertos, con el objetivo de obtener la información lo más uniforme posible.

Para la selección de todas las variables del estudio se utilizarán los criterios de expertos en el tema y se incluirán especialistas en Epidemiología, MGI, Pediatría, Psicología y Bioestadística.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información:

La información que sea obtenida será almacenada en una base de datos confeccionada mediante el Sistema Microsoft Access XP y para su procesamiento estadístico se importará para el Sistema Microsoft Excel XP ya que este permite realizar todos los cálculos necesarios. El procesamiento incluirá el cálculo de medidas descriptivas para variables cualitativas: frecuencias absolutas y porcentajes, así como para las cuantitativas: media y desviación estándar.

En la búsqueda influencias de un conjunto de factores de riesgo sobre la presencia de accidentes en el hogar, se realizará inicialmente un análisis univariado entre cada una de las variables explicativas o independientes y la variable de respuesta o dependiente

(accidente), mediante la prueba de independencia de Chi cuadrado de Mantel-Haenszel (X^2_{MH}) y su intervalo de confianza (IC) para un nivel de confianza del 95% y en caso de asociación significativa ($p < 0.05$) se incluirá en un análisis posterior a través de la Regresión Logística Múltiple. Se estimarán los odd ratio (OR), Chi cuadrado e Intervalo de confianza para cada variable los que serán interpretados. El análisis se realizará a través de tablas tetracóricas de 2 x 2.

Para evaluar la correlación entre las variables independientes o explicativas y evitar una correlación excesiva entre las mismas, se evaluará la asociación a través de la prueba de Chi cuadrado, acompañada del coeficiente de correlación lineal de Pearson. Se estimará que existirá correlación importante si el coeficiente calculado es mayor a 0.75.

Posteriormente se aplicará la Regresión Logística Múltiple (RLM) con respuesta dicotómica, cuyo modelo establece que si se tiene una variable dicotómica, "Y" (que en nuestro caso será accidente en el hogar o no), la probabilidad de que un individuo sufra un accidente en el hogar (o sea, que Y = accidente en el hogar) podrá expresarse en función de varias variables o factores X1, X2,…..,Xn, de la siguiente manera:

$$p\ (Y = \text{accidente en el hogar}) = \frac{1}{1 + \exp^{(-\beta o - \beta 1 X1 - K - \beta n Xn)}}$$

Donde:

βo: es el término independiente y.

β1,….,βn: son los coeficientes respectivos de las variables independientes.

K: es una constante.

De esta forma se obtendrá un modelo que nos permitirá conocer la probabilidad de ocurrir accidente en el hogar en función de los factores y cofactores de riesgo incluidos y, paralelamente, estimar la influencia absoluta o pura de cada factor o cofactor sobre la aparición del accidente al controlar los restantes. A partir de las variables seleccionadas se establecerá un modelo predictivo de accidente en el hogar con la finalidad de vaticinar, para cualquier persona, la probabilidad de presentar un accidente en el hogar, en virtud de su perfil de riesgo.

Control de sesgos

En todo estudio Epidemiológico observacional existe la posibilidad de introducir errores que alteran la confiabilidad de los resultados, conduciendo a estimar incorrectamente el riesgo asociado a la exposición bajo estudio. La validez interna se basa en la rigurosa exclusión de los sesgos importantes que se presentan en cualquier etapa de la investigación. En este acápite se mencionarán los errores sistemáticos más frecuentes y los elementos metodológicos que se tendrán en cuenta para reducir al mínimo esta eventualidad.

Sesgo de Selección: Este produce asociaciones falsas cuando la exposición bajo estudio se encuentra asociada diferencialmente con la probabilidad de ser seleccionado caso o control, para minimizarlo se realizará una correcta definición de casos y controles.

Sesgo de Neyman: Deriva de la utilización en el estudio de casos prevalentes de la enfermedad, cuando la exposición es un factor de pronóstico de esta, se evitará este sesgo empleando solo casos incidentes.

Sesgo de Clasificación: Cuando se incluyen en el estudio falsos positivos se comete este tipo de sesgo, que se corregirá tomando solo los casos registrados en estadística como accidente en el hogar en menores de 18 años.

Sesgo de Memoria: Ocurre cuando los individuos informan sistemáticamente de manera incorrecta a cerca de la asociación de su interés condicionando sus respuestas. Para minimizarlo no se dará a conocer a las participantes la hipótesis en estudio y teniendo en cuenta que en algunas variables se apelará a la memoria, esperamos que los problemas sean de igual magnitud para ambos grupos.

Sesgo de Confusión: Se presenta por la existencia de un factor de confusión, de forma que la asociación resultante entre la exposición y la enfermedad esté significativamente alterada. Para reducir este efecto se realizará una amplia revisión bibliográfica del tema, tendiente a apoyar el diseño del estudio y se aplicará la Técnica de Regresión Logística Múltiple.

CONCLUSIONES

Esperamos que al culminar este estudio, se conozca con precisión aquellos factores de riesgo que influyen en el aumento de los casos de accidentes en el hogar en edades pediátricas en el área y poder diseñar una estrategia que beneficie a la población. Si este precepto se logra la meta más importante es mantener el trabajo para lo cual se trazarán tareas a cumplir.

REFERENCIAS

Blanco, Y.; Santacruz, M.; Torres, JM (2018). Lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años. Convención Internacional de Salud “Cuba Salud 2018”. Recuperado de: http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/connvencionsalud/2018/paper/viewFile/1358/505

Chabernaud, L.; Claudet, I.; Rebouissou, L. (2016). Accidentes y juegos peligrosos en la infancia. *Pediatría* 51(3):1-19. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1245178916789141.pdf?locale=es_ES

Claudet, I. (2015). Intoxicaciones domésticas accidentales en la infancia. *Pediatría* 50(4):1-19. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1245178915750249.pdf?locale=es_ESn

Donato, L. (2018). Inhalación de cuerpos extraños en el niño. Pediat; 53(3):1-8. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1245178918914447.pdf?locale=es_ES

Gutiérrez, H.; Martínez, M.; Alonso, ME.; Hernández, L. (2015). Intervención educativa sobre prevención de accidentes en el hogar. *Rev Medimay* 21(3). Recuperado de: http://medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/864

Hue V, Hapiette, L. (2014). Accidentes de la vida diaria del niño. *Pediatría* 49(2):1-14. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1245178914672693.pdf?locale=es_ES

Losada, M.; Rubio, M.; Blanca, JA.; Pérez, C. (2015). Ingesta de cáusticos en niños, experiencia de 3 años. *Revista Chilena de Pediatría*; 86(3):189-93. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0370410615000650.pdf?locale=es_ES

Maconochie, I. (2006). Accident prevention. *Arch Dis Children* 88. Recuperado de: http://adc.bmjjournals.com/cgi/content/full/88/4/275?

MINSAP (2004). *Programa Nacional para la prevención de accidentes en menores de 20 años*. La Habana: MINSAP. Recuperado de: http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/maternoinfantil/programapreve.pdf.

Viñas, JA. (1990). Accidentes en la infancia. Estudio epidemiológico de mil casos; factores ambientales. *Revista Cubana Pediatría*; 62(2):213-22.

Yayo, MG. (2000). *Para evitar accidentes. Educación para la salud*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ELEVAR NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SU PREVENCIÓN

STRATEGY OF EDUCATIONAL INTERVENTION TO ELEVATE LEVEL OF KNOWLEDGE HAS MORE THAN ENOUGH ILLNESS RENAL CHRONICLE AND ITS PREVENTION

Alcibíades Dávila Pérez

Amizaday Zaldivar González

RESUMEN

Se realizó una intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento y prevenir la aparición de la Enfermedad Renal Crónica en pacientes de la comunidad de San Martín 5. Consejo Popular de Salgacero, municipio Jesús Menéndez, provincia Las Tunas. El universo estuvo constituido por 250 pacientes y la muestra por 90, caracterizados en cuanto a variables clínicas y epidemiológicas, se identificaron los factores de riesgo para la aparición y el desarrollo de la enfermedad. Se aplicó un programa de intervención educativo constituido por una serie de acciones encaminadas a transformar aquellos factores de riesgo potencialmente modificables. Por otra parte se educó a la población sobre las causas relacionadas con la Enfermedad Renal Crónica y las formas de evitarlas. El nivel de conocimiento de la población sobre las causas relacionadas con la aparición y desarrollo de la Enfermedad Renal Crónica fue bajo antes de la intervención, después se incrementó con las labores educativas.

PALABRAS CLAVES: enfermedad renal crónica, factor de riesgo, nivel de conocimiento

ABSTRACT

He/she was carried out an educational intervention to elevate the level of knowledge and to prevent the appearance of the Illness Renal Chronicle in patient of San Martin's community 5. Popular Council of Salgacero, municipality Jesus Menéndez, county The Tunas, in the period understood among January 2016 to May of the 2017. The universe was constituted by 250 patients and the sample by 90, characterized as for clinical and epidemic variables. An educational intervention program was applied constituted by a series of actions guided to transform those factors of risk potentially amendable. On the other hand it was educated the population on the causes related with the Illness Renal Chronicle and the forms of avoiding them. The level of the population's knowledge on the causes related with the appearance and development of the Illness Renal Chronicle was low before the intervention, later it was increased with the educational works, the factor of more susceptible risk to the modification was the consumption of coffee, the personal pathological antecedents that reached better compensation with the intervention were those of Arterial Hypertension

KEY WORDS: illness renal chronicle, factor of risk, level of knowledge

[1] **Especialista en primer grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor**
[2] **Especialista en primer grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor**

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es la pérdida lenta y progresiva de las funciones renales, de carácter irreversible y constituye en la actualidad uno de los problemas de salud más serios de gran repercusión a nivel mundial. El aumento en el número de pacientes con enfermedad renal crónica en EE.UU. y en otros países industrializados presenta rasgos de epidemia. Por ejemplo, el número de pacientes con esta enfermedad en EE.UU. aumentó una media del 5% entre 1980 y 1990, y la incidencia fue de 219 casos por millón de población en 1990 pero creció a 334 casos por millón en 2000.

Un reciente informe indica que el ritmo de aumento de pacientes con esta enfermedad está descendiendo a un 1 % anual o menos, posiblemente por el hincapié que se hace en la detección temprana de la misma. (Roca, Smith, Paz, Losada, Rodríguez, Llamos, Toirac, Noya, Morales, Cardona, 2002). La enfermedad renal crónica (ERC), antes conocida como Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es producida por una pérdida lenta, bilateral, progresiva e irreversible de la función de dicho órgano evidenciada desde el punto de vista clínico por diversas manifestaciones y humoralmente cursa con alteraciones del funcionamiento renal y otras disfunciones gasométricas y hemoquímicas, además de los daños estructurales y morfológicos de este sistema. Se excluyen de este diagnóstico cuadros de fallo renal de menos de tres meses de evolución. (Vicente, Rodríguez, Sánchez, Quintana, Riverón, Ledo, 2016).

Estudios realizados en nuestro país evidencian la alta incidencia de esta enfermedad no solo en el ámbito nacional, sino en otros países como Estados Unidos, Brasil, Perú, Guatemala por solo mencionar algunos del continente latinoamericano. Podemos decir que dentro de las cuatro enfermedades desencadenantes o precipitantes de esta enfermedad se encuentran la Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Glomerulonefritis y los riñones poliquísticos. Nuestro país no está excluido del azote de esta enfermedad donde en un estudio realizado en el 2011 en todo el territorio nacional muestreando pacientes al azar se pudo arribar a la conclusión que existe un alto índice de enfermedad renal sin pesquisar en estadios iniciales, pero dentro de nuestra provincia es motivo de preocupación para los nefrólogos del Hospital Guillermo Domínguez, institución que presta servicio a los pacientes de nuestro municipio el alto índice de casos con afección renal proveniente de nuestra área de salud y de ello un 32,2% en etapas dialíticas.

En nuestro municipio en estos momentos contamos con un total de 78 pacientes para un 0.17% de la población total, cifra que disminuyó con respecto al año anterior que era de 98 pacientes para un 0.22%. La mortalidad en el año 2015-2016 fue de tres personas para un 0.6% reflejado como causa directa. Los pacientes con enfermedad renal crónica, quien a pesar de no representar un problema de salud como entidad propia si sus factores predisponentes como hipertensión arterial y diabetes mellitus, por tal motivo podemos verla como un problema de salud que se avecina, motivándome a realizar esta investigación, pues, en nuestro municipio no se han realizado investigaciones anteriores sobre esta enfermedad.

Resultados y discusión:

Al realizar la caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con riesgos para el desarrollo de esta enfermedad en la comunidad de San Martin 5, Consejo Popular de Salgacero municipio Jesús Menéndez se evidencia que existe un predominio del sexo masculino con un total de 56 pacientes para un 62,2% en relación con el sexo femenino el cual está representado por 34 pacientes para un 37,8%. El grupo de edad prevaleciente fue el comprendido entre 70-79 años con un total de 30 pacientes para un 33,3%, de los cuales 21 para un 37,5 % es del sexo masculino y 9 para un 26,5% para el sexo femenino. Seguido por el grupo comprendido entre 60 y 69 años con un total de 29 pacientes para un 32,22% del total de la muestra, cuyos resultados coinciden con los estudios realizados por otros autores. Por grupo de edades existe un predominio del sexo masculino con 21 pacientes para 37,5 % en las edades comprendidas de 70-79 años y en el sexo femenino hay mayor prevalencia en el grupo etario de 60-69 años con un total de 12 pacientes para un 35,3 %.

Este resultado guarda relación con lo planteado por la literatura de que con el incremento de la edad aumentan la aparición de los factores de riesgos renales, sobre todo los relacionados con el descontrol de las enfermedades crónicas de base. En estudios realizados por Bolívar, Rodríguez (2012), en su estudio de Nefroprevención integral en el paciente con riesgos en el área de salud del Policlínico Municipal, las edades comprendidas entre 60-69 y 70-79 son los grupos donde mayor incidencia existe de la enfermedad por los efectos de las complicaciones que generan las enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial y las Enfermedades glomerulares.

La Enfermedad Renal Crónica tiende a presentarse a partir de la secta década de la vida y aumenta su frecuencia con la edad y con la coexistencia de factores de riesgo. Estas observaciones coinciden con muchos de los resultados desarrollados por Roca et al., 2002) en su libro de medicina interna y Álvarez, Hernández, Báster, García (2014) en su libro de texto de Medicina General Integral, donde se plantea que la Enfermedad Renal Crónica es más frecuente en el sexo masculino y en pacientes de grupos etarios que superan los 60 años. Sin embargo en un estudio realizado por Gámez, Montell, Ruano, Alfonso, Hay (2013) en su estudio “Enfermedad Renal Crónica en el adulto mayor” no coinciden con nuestro estudio en cuanto al sexo pues reportan predominio del femenino sobre el masculino.

De los pacientes estudiados según el nivel de escolaridad hay un predominio de los que alcanzaron la secundaria con 45 pacientes para un 50% de ellos 22 masculinos para un 39,3% y 23 femeninas para un 67,6% seguido del preuniversitario con un total de 19 pacientes representando un 21,11 % de ello 14 masculinos para un 25.0% y 5 femeninos para un 14,7% del total de la muestra. Los universitarios fueron 13 para un 14.4 %; la primaria y los iletrados no constituyeron muestras con valores significativos.

La enseñanza media y superior alcanzó un total de 81 pacientes para un 90,0% que constituye un elevado nivel educacional de la muestra estudiada lo que contribuye favorablemente con la comprensión de las labores educativas incluidas en el estudio, permitiendo lograr un mayor número de modificaciones en los estilos de vida desfavorables para la salud. Es importante aclarar que en nuestro país y en otros

trabajos realizados coinciden que la enseñanza media superior prevalezca con respecto a otras, pues contamos con un nivel de enseñanza gratuito, permitiendo la capacitación y aprendizaje de todos los niños, favoreciendo así que la mayoría de las personas tengan niveles de enseñanza altos. Esto favorece nuestra estrategia de intervención, pues podemos lograr un mejor entendimiento por parte de la población. Con nuestros resultados coincide el estudio realizado por (Gámez et al., 2013) en su estudio "Enfermedad Renal Crónica en el adulto mayor"

Se puede apreciar que el nivel ocupacional en pacientes con riesgos a padecer Enfermedad Renal Crónica tiene un mayor impacto en los obreros incidiendo con 33 pacientes para un 36,7% seguido de jubilados 27 para un 30% este grupo coincide con la mayor prevalencia en los pacientes estudiados en nuestro trabajo que presenta riesgo de enfermedad renal y está representado en su mayor número por el sexo masculino con 56 para un 62,2%. En los obreros hubo un mayor impacto con 33 para un 36,7%. y las amas de casa representan el 22.2%; Los cuentapropistas con 2 pacientes para un 2.2% de la muestra estudiada y los desvinculados con un total de 8 para un 8,9% no constituyeron grupos importantes. Estos resultados coinciden con Bolívar y Rodríguez (2012), en su estudio de Nefroprevención integral en el paciente con riesgos en el área de salud del Policlínico Municipal, esto se debe a que los obreros son los que con mayor frecuencia se descompensan de sus enfermedades crónicas, generando factores de riesgo, que propician el desarrollo de la Enfermedad Renal Crónica.

Tabla 1. Distribución según los factores de riesgo no modificables

Factores de riesgo		Masculinos		Femeninos		Total	
		Total	%	Total	%	Total	%
Edad		56	62.2	34	37.7	90	100
Enfermedades Crónicas	Hipertensión Arterial	35	62,5	21	61,8	56	62,2
	Diabetes Mellitus	16	28,6	9	26,5	25	27,8
	Glomerulonefritis Difusa Aguda	5	8,9	3	8,8	8	8,9
	Riñón polquístico	7	12,5	4	11,8	11	12,2

Fuente: elaboración propia

En la tabla 1 podemos apreciar los diferentes factores de riesgo no modificables, donde en los 90 pacientes que participaron en el estudio se pudo observar un predominio de

la Hipertensión Arterial con 56 pacientes de ellos 35 masculinos para un 62,5% y 21 femeninos para un 61,8% que constituyen el 62,2% de la muestra estudiada, este fue seguido de la Diabetes Mellitus con 25 pacientes para un 27,8%, de ellos 16 para un 28,6% del sexo masculino y 9 para un 26,5% femeninos, 8 de ellos para un 8,9% y 11 pacientes para un 12,2% fueron los resultados para la Glomerulonefritis Difusa Aguda y el Riñón polquístico respectivamente con un predominio del sexo masculino. Estas enfermedades en su etapa de compensación no constituyen problemas primordiales para la aparición de la Enfermedad Renal Crónica, pero al actuar diferentes factores que propician su descompensación pueden provocar su desencadenamiento, es por eso de gran importancia el control de estas afecciones crónicas y a la vez sus factores de riesgo.

Al comparar estos resultados existe coincidencia con los resultado obtenidos por Rodríguez, del Cueto, Casamayor, Martínez, Barroso (2010) en su investigación "Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica", quien refiere como primer factor causal de Enfermedad Renal Crónica a la Hipertensión Arterial, también coincide el estudio realizado en la provincia de Matanzas por Gámez et al. (2013) en su estudio "Enfermedad Renal Crónica en el adulto mayor", presentándose la Hipertensión arterial como principal factor de riesgo de la Enfermedad Renal Crónica.

Tabla 2. Distribución según los factores de riesgo modificables antes y después de la intervención.

Hábitos tóxicos	**Antes**		**Después**	
	Total	**%**	**Total**	**%**
Tabaquismo	50	55,5	37	41,1
Alcohol	22	24,4	21	23,3
Café	76	84,4	60	66,7
Drogas	14	15,5	9	10
Ninguno	12	13,3	12	13,3
Abandono de hábitos	-	-	35	38,8

Fuente: elaboración propia

Posteriormente a la aplicación de programa de intervención, con el objetivo de modificar estos factores de riesgo, para evitar la aparición de la Enfermedad Renal Crónica se logró la reducción de dichos factores mostrándose la gran influencia del trabajo educativo en el control de los mismos. En los factores de riesgo que están representados en la tabla 2 se observa que el hábito de tomar café representa la mayor incidencia con 76 participantes, para un 84,4%, y luego de la intervención educativa se mantienen ingiriendo café 60 de ellos para un 66,6%, lográndose una reducción de 16

para un 21%. Aunque el consumo de café no se relaciona directamente con la aparición de la enfermedad estudiada sabemos que es precursor del descontrol de la Hipertensión arterial que es una enfermedad que influye directamente en la aparición de la Enfermedad Renal Crónica. Le continúa en orden descendiente el tabaquismo con 50 pacientes para un 55,5% el cual influye en el descontrol de las enfermedades de base, afectando igualmente el funcionamiento renal, y siguen practicando este hábito 37 personas para un 41,1%, logrando reducir a 13 para un 26%. Existe un predominio del consumo de café y el tabaquismo en el sexo masculino, aunque en nuestro país las mujeres tienen el mismo derecho que los hombres aún quedan restos de una cultura machista, favoreciendo así la prevalencia en los hombres.

A continuación se presenta el alcoholismo con 22 pacientes para un 24,4%, después de la intervención persisten ingiriendo bebidas alcohólicas 21 para un 23.3%, abandonando 1 solamente su drogadicción para un 4,5% del total de casos. En nuestro estudio encontramos individuos que presentan más de un hábito tóxico, fundamentalmente entre los fumadores y consumidores de café y alcohol. Estudios realizados en nuestro país con anterioridad evidencian una alta prevalencia de estos hábitos tóxicos y una estrecha relación de estos con el desarrollo de la Enfermedad Renal Crónica; según bibliografía revisada. (Vicente et al., 2016) en su libro diagnóstico y tratamiento de medicina interna en su investigación sobre “Enfermedad renal crónica en el adulto mayor”.

Tabla 3 Nivel de conocimiento de los pacientes estudiados antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	**Antes de la Intervención Educativa**		**Después de la Intervención Educativa**	
	Total	**%**	**Total**	**%**
Alto	13	14,4	82	91,1
Medio	31	34,4	7	7.7
Bajo	46	51,1	1	1.1

Fuente: elaboración propia

En el estudio del nivel de conocimientos generales sobre algunos comportamientos de riesgos evaluados (tabla 6) antes de realizar la estrategia de Intervención educativa, se evidenció que el 51,1% de los participantes tenían un bajo nivel de conocimientos de los diferentes factores de riesgo para padecer una Enfermedad Renal Crónica , 31 de ellos obtuvieron en la encuesta realizada un nivel medio para un 34.4% de la muestra estudiada y solamente 13 para un 14.4 % logro tener un nivel alto Estos resultados demuestran que aún falta mucho por lograr en el campo de la promoción de salud en cuanto a la Enfermedad Renal Crónica y se hace más difícil su prevención, por lo que se convierte en un obstáculo que frena la disminución de la incidencia de

esta patología, incrementando además las crisis familiares que se originan en los núcleos al que pertenecen estos pacientes.

Después de la intervención educativa el nivel de conocimiento se comportó de la siguiente forma: el 91,1%. % de los pacientes evaluados (82) alcanzaron nivel alto, el 7,7 % (7 participantes) nivel medio y solamente uno de ellos que representa el 1,1% alcanzó nivel bajo. En cuanto a los conocimientos de los integrantes de la casuística sobre los factores de riesgo de la Enfermedad Renal Crónica se lograron cambios favorables; estos resultados fueron similares a los obtenidos por Bolívar y Rodríguez (2012) en un trabajo realizado para la Nefroprevención integral en el paciente con riesgos en un área de salud.

En el análisis, más de la mitad de sus integrantes apenas poseían conocimientos sobre los factores de riesgo, tanto modificables como no modificables de la Enfermedad Renal Crónica Este hallazgo evidenció que es preciso trabajar fuertemente en ese sentido para modificar de manera favorable sus conocimientos sobre tan importantes temáticas y, con esta intervención educativa se logró este objetivo; pero no basta: hay que lograr cambiar comportamientos inadecuados que atentan contra la salud y expectativa de vida de los pobladores de esta comunidad, particularmente en aquellos que tienen factores de riesgo de padecer esta enfermedad y que se encuentra en el grupo de personas con factores de riesgo modificables, los cuales se puede orientar, educar, para lograr en ellos cambios de hábitos y estilos de vida, y que estos no se lleguen a asociar con los no modificables como son: la edad, la hipertensión, la diabetes, riñones poliquísticos y Glomerulonefritis.

Tabla 4. Caracterización clínico-epidemiológica de las Enfermedades crónicas descompensadas antes y después de la intervención.

Enfermedades Crónicas	**Antes**		**Después**	
	Total	**%**	**Total**	**%**
Hipertensión Arterial	39	69,6	21	37,5
Diabetes Mellitus	18	72	11	61,1
Glomérulonefritis Difusa Aguda	2	25	2	100
Riñón polquístico	3	27,2	2	66,6

Fuente: elaboración propia

Posteriormente a la intervención educativa, y aplicando de forma controlada y supervisada la práctica del ejercicio físico, el tratamiento dietético y farmacológico, a los 39 (69.6%) pacientes hipertensos identificados con cifras elevadas de presión arterial,

y que habían mostrado algún grado de descompensación, de los 56 hipertensos de la muestra, se logró compensar a 18 de ellos sin tener necesidad de incremento de la dosis o adición de nuevos fármacos, mientras que los 21 pacientes restantes para un 37,5% no se les pudo controlar su hipertensión, los cuales fueron remitidos a consultas especializadas. También hay que hacer referencia a que dentro de este grupo no controlados había fumadores y bebedores de alcohol y café.

De igual forma sucedió con los pacientes Diabéticos con los que se alcanzó compensar solamente a 7, reduciendo de 18 pacientes que ocupaba el 72,0% a 11 representando el 61,1%. Con excelentes resultados estuvo también la disminución de las Glomerulonefritis, resolviendo el 100% de descompensación y el Riñón poilquístico, de tres pacientes descompensados para un 27,2%, se logró compensar a 1 de ellos para un 33,3%, no logrando compensar a 2 para un 66,6%.

La Enfermedad Renal Crónica se ha convertido en una patología que ha pasado de ser una enfermedad grave que afectaba a pocos individuos y que debía ser atendida por nefrólogos, a una patología común de gravedad variable, que precisa de su conocimiento por otras especialidades y por las autoridades sanitarias, es un importante problema de Salud Pública asociado a una mortalidad prematura (especialmente de origen cardiovascular) con importantes implicaciones sociales y económicas.

Todo ello ha hecho aconsejable no sólo su diagnóstico y detección precoz, posible por pruebas habituales de laboratorio, sino también aumentar su grado de conocimiento y coordinación transversal interespecialidades y entre distintos niveles asistenciales.

Este resultado nos permite ver que una de nuestras principales armas en el sistema de salud es el trabajo en las comunidades por medio de la promoción y prevención, pues como diría nuestro comandante en jefe debemos actuar con una salud preventiva y ser guardianes de la salud.

CONCLUSIONES

El grupo de edad que predominó fue el de 70 a 79 años y el sexo masculino, el nivel de escolaridad medio, y los obreros como ocupación; los hipertensos como factores de riesgo no modificables y el café como modificable.

Después de aplicado el programa de intervención educativa se logró un alto nivel de conocimientos en el 91,1% de la muestra, logrando así mejorar el estado de compensación en los pacientes con Hipertensión arterial

REFERENCIAS

Álvarez, R.; Hernández, G.; Báster, J.C., García y R.D. (2014). Afecciones genitourinarias más frecuentes: prevención de las enfermedades renales en la comunidad. En *Medicina General Integral* (p.1389-98). La Habana: Ciencias Médicas.

Bolívar, M.E. y Rodríguez, Z. (2012). Nefroprevención integral en el paciente con riesgos en el área de salud del Policlínico Municipal. *MEDISAN, 16*(9):1466-70. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900019&lng=es

Gámez, A.M.; Montell, O.A.; Ruano, V.; Alfonso, J.A.; Hay de la Puente, M. (2013). *Enfermedad renal crónica en el adulto mayor*. *Revista Médica Electrónica, 35*(4). Recuperado de: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol4%202013/tema01.htm

Marco sobre Enfermedad Renal Crónica dentro de la estrategia de abordaje a la cronicidad en el SNS. Definición de ERC. Epidemiología. Factores de riesgo. Febrero 2015. p.10-12. (Documento)

Roca, R.; Smith, V.V.; Paz, E.; Losada, J.; Serret, B.; Llamos, N.; Toirac, E.; Noya, M.E.; Morales, R. y Cardona, D. (2002). Insuficiencia Renal Crónica. En. *Temas de Medicina Interna Tomo II*. (4ta ed., p. 128-33). La Habana: Ciencias Médicas.

Rodríguez, R.; Cueto del, E.; Casamayor, Z.; Martínez, M.; Barroso, J.; González, O. (2010). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev Cub Med Mil, 39* (1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572010000100004

Vicente, E.;Rodríguez, A.L.; Sánchez, E.; Quintana, L.; Riverón, J.M.; Ledo, D. (2016). *Diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna: enfermedad Renal Crónica.* La Habana: Ciencias Médicas, p. 220-26.

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA FLUOROSIS DENTAL EN ESCOLARES DE ZONA RURAL DE MAJIBACOA

DENTAL FLUOROSIS ANATOMIC LOCALITATION IN SCHOOLSCHILDREN OF A RURAL AREA OF MAJIBACOA

Alexander Guerrero Concepción alejosandro@.ltu.sld.cu

Roger Domínguez Guerrero

Yacel Pacheco Pérez

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo presentar resultados de un estudio realizado en la zona rural de Majibacoa, entre enero de 2017 y septiembre de 2017, a 32 escolares de 6 a 12 años con diagnóstico de fluorosis dental endémica, a causa de la existencia de niveles elevados de fluoruros en el agua subterránea en la región, de hasta 4.62 ppm. Para ello fue necesario realizar encuestas a los padres de los escolares y exámenes bucales a estos. La dentición afectada y la localización anatómica de la fluorosis fueron las variables estudiadas en este trabajo.

PALABRAS CLAVES: fluorosis dental endémica, flúor, piezas dentarias.

ABSTRACT

The objective of this article is to present the results of a study carried out in the rural area of Majibacoa, between January 2017 and September 2017, to 32 schoolchildren aged 6 to 12 years old, who had diagnostic of endemic dental fluorosis, due to the existence of elevated fluorides concentration in groundwater in the area up to 4.62 ppm. For this, it was necessary to carry out surveys of the parents of the students and oral examinations to them. The affected dentition and anatomic localization of dental fluorosis were the studied variables.

KEY WORDS: dental fluorosis, fluorine, teeth.

INTRODUCCIÓN

La dentición permanente del ser humano es heterodonta (dientes morfológicamente distintos según su función) y difiodonta (dos denticiones), siendo la primera de 20 dientes, que tras exfoliarse da paso a una dotación permanente de 32 piezas. El desarrollo de cada una de las dos denticiones, temporal y definitiva, atraviesa por tres fases: proliferativa, de calcificación y de erupción según Calderón, López y Dobarganes (2014)

La fluorosis resulta de la exposición crónica a un exceso de flúor, mayormente a través del agua de consumo, dentífricos, medicamentos o suplementos según Ahsan, Jabeen, Hashim, Bano y Ghafoor (2016). Estudios de Guerrero, Domínguez y Pacheco (2017a) revelan que el agua es epidemiológicamente la fuente de flúor más importante en la dieta (75%-90% del consumo) en la mayoría de las regiones según

La fluorosis dental es un problema endémico de salud pública que afecta a la población infantil y adolescente de varias regiones del mundo. El aumento de la fluorosis dental moderada en los niños se le atribuye a la ingesta de flúor en la fase de desarrollo

dental, aunque la severidad depende no solo de la dosis, sino también de la duración y momento de la ingesta del mismo según Loyola, Pozos, Hernández y Hernández (2000)

La incorporación de flúor al esmalte se hace de manera diferente según el período de erupción en que se encuentre el diente:

Diente formado o erupcionado: Se incorpora principalmente desde el medio bucal a la superficie del diente reduce la solubilidad del mismo, dándole mayor dureza y haciéndolo más resistente a la acción de los ácidos y por tanto al inicio de la caries, sobre las bacterias el flúor actúa inhibiendo su metabolismo, su adhesión y su agresión a la placa dental.

Diente en formación: La incorporación de flúor se hace fundamentalmente a través de la pulpa dentaria que contiene vasos sanguíneos. El flúor ingerido por vía sistémica llega a través de la sangre a la pulpa del diente en formación, donde la célula formadora del esmalte, el ameloblasto, está sintetizando una matriz proteica que posteriormente se calcifica. Si por esta vía se ingieren altas concentraciones de flúor este interfiere en el metabolismo del ameloblasto y forma un esmalte defectuoso según Calderón et al (2014)

La fluorosis dental afecta más a la dentición permanente que a la temporal debido a que la mayor mineralización de la dentición temporal se lleva a cabo durante la gestación, donde la barrera placentaria juega un importante papel para Susheela (2013).

Se ha demostrado que con altos niveles de fluoruro, por los niños durante los primeros 6 años de vida, estos se encuentran en un período crítico de calcificación dental, expuesta a múltiples fuentes de fluoruro no controladas provocando efectos tanto en la dentición primaria como en la permanente, encontrándose alteraciones más evidentes en la dentadura permanente, por lo que la OMS recomienda valores de 0,6 mg/l de flúor en el agua de consumo.

El período de mayor riesgo en el que se puede presentar fluorosis en los dientes anteriores, es entre el año y medio y los tres años de edad. A esta edad los niños no comprenden completamente el acto de cepillarse los dientes y escupir, por lo general el niño se traga la mezcla aumentando la dosis de Flúor diaria para su edad. A partir de los ocho años se descalcifican los últimos dientes definitivos. Así pues, esta edad supone el límite, hasta el cual existe un riesgo teórico de fluorosis dental de la dentición permanente según Calderón et al (2014).

Mientras más fluoruro se ingiere, más se demora el diente para hacer erupción, y mientras más se demora un diente en erupcionar, más severa es la fluorosis. Cuando la fluorosis dental solo ocurre durante la fase de formación de esmalte, esta se verá por todos sus lados, como la primera señal visible de que una dosis excesiva de fluoruro ha ocurrido en el niño durante este período vulnerable.

Existen estudios sobre fluorosis en dentición permanente realizados en diferentes partes del mundo, y se han utilizado diversos índices para la interpretación de la presencia y severidad de esta afección según López, Lima, Dobarganes, González y Calderón (2014); sin embargo, el patrón de presentación en los dientes temporales es completamente diferente en la primera se afectan los dientes anteriores con mayor severidad y la coloración predominante es en tonos café, mientras que en la dentición

temporal se afectan con mayor severidad los molares y la coloración predominante es blanco mate, debido a que el daño en el esmalte de los órganos dentarios temporales se inició intraútero en un tiempo de exposición corto y que continúa durante el desarrollo posnatal, ya que, el grosor del esmalte en dentición primaria es menor según Loyola et al (2000).

El enfoque de la mayoría de los estudios establece la presencia de factores de riegos para esta alteración, pero relacionados con la dentición permanente. Las características de la fluorosis dental en la dentición primaria no han sido descritas adecuadamente, lo que dificulta su identificación. En general, se acepta que la fluorosis en dentición temporal es menos severa que la que se desarrolla en dentición permanente, sin embargo, en áreas con alto contenido de flúor en aguas de consumo, la fluorosis dental en dentición temporal no solo es común, sino además severa.

La decoloración en la fluorosis dental puede tener diferente localización sobre el esmalte dental, en la corona del diente, a nivel intermedio o por encima de 2/3 de la cara dental, permitiendo esto realizar la cronología de exposición al flúor. En otras palabras, la exposición del niño desde los 5 o 6 meses de la vida intrauterina, estando los gérmenes dentales están expuestos al flúor, transferido por la madre a través de la placenta al feto, en este caso la decoloración será observada en la corona de los dientes, si la exposición es en etapas posteriores, el nivel de decoloración será mayor y no en la corona dental según Susheela (2013).

La presencia de fluorosis en dentición temporal puede ser el primer efecto tóxico que se presenta en la población infantil de los lugares con problemas de contaminación en sus fuentes de suministro de agua, pudiendo relacionarse con fluorosis en dentición permanente y fluorosis esquelética en población adulta. La importancia de la detección de fluorosis en dentición temporal radica en que representa un predictor de fluorosis en dentición permanente, la identificación de defectos en el esmalte en la dentición decidua puede representar una oportunidad para modificar los regímenes de ingesta de fluoruro y de esta manera reducir la probabilidad de que se presenten alteraciones en la dentición permanente y tejido óseo según Loyola et al (2000)

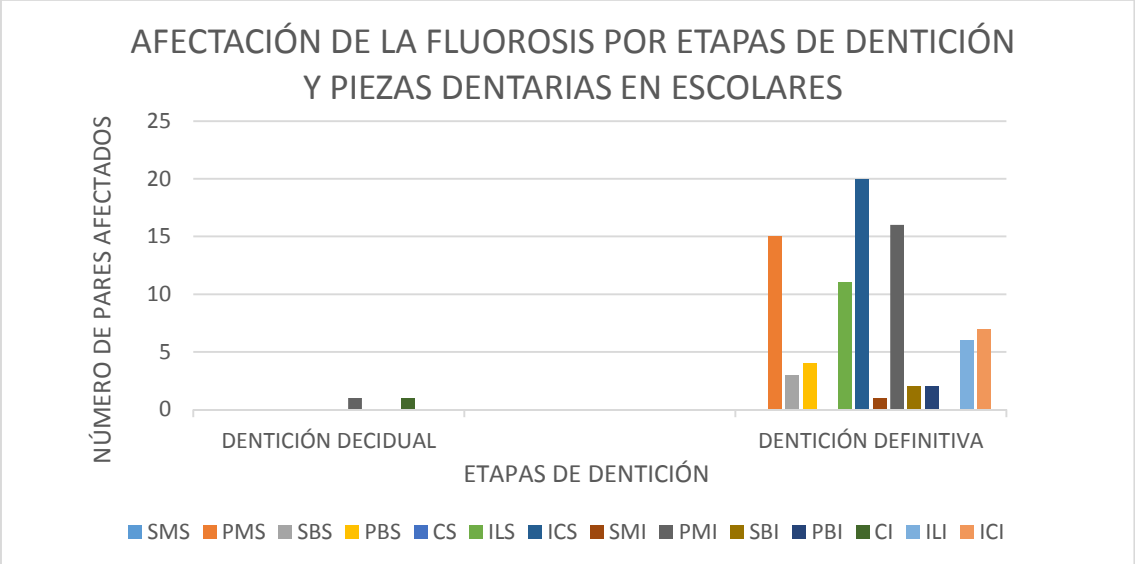
En Cuba se reportó en el 2001 concentraciones de fluoruros por encima de 1.5 ppm, fundamentalmente en la región oriental, en la que las provincias más afectadas fueron Las Tunas, Holguín y Camagüey según estudios realizados por García, Sosa y Cuéllar, (2002). Las Tunas con concentraciones elevadas de fluoruros en agua de consumo en 6 municipios de hasta 4.62ppm en Majibacoa según Guerrero y Domínguez (2018).

Así, teniendo en cuenta que la comunidad de Playuela en el Municipio Majibacoa presenta una prevalencia de fluorosis dental del 80% en escolares, con un índice comunitario de fluorosis de 2.3, constituyendo un problema grave de salud pública según criterios de la OMS según Guerrero, Domínguez y Bofill (2017b) y no se conoce la dentición afectada y la localización anatómica de la fluorosis, por lo que 32 escolares con diagnóstico de fluorosis fueron examinados por los autores y estas fueron la variables estudiadas, tomando las piezas afectadas por pares en arcadas superior e inferior, siendo el daño bilateral una característica de esta afección según Calderón et al (2014)

Afectación Anatómica por Fluorosis Dental en la Comunidad de Playuela

Se realizó un estudio descriptivo, donde se examinó la cavidad bucal de los escolares (n:32), con edades comprendidas entre 6 y 12 años pertenecientes a la comunidad de Playuela y se determinó la dentición afectada y las piezas implicadas en el diagnóstico de la fluorosis.

Gráfico 1.



Fuente: (HCI).

En este gráfico encontramos que la dentición más afectada fue la permanente, con 87 pares, la afección de los deciduales fue muy baja con solo 2 pares, correspondiéndose con estudio realizado en San Luis Potosí, Bolivia, con referencia al índice de fluorosis dental de Deán, tanto en piezas dentales permanentes como temporales, en la comunidad de Chaqui se presentó en piezas temporales hasta el grado dos muy leve con a diferencia de las piezas permanentes donde alcanzó hasta el grado máximo de cinco, catalogado como severo según Gbadebo (2012) teniendo correspondencia con el presente estudio (anexo 1).

De acuerdo con la literatura, la prevalencia de fluorosis dental es menor en la dentición temporaria que en la permanente. Esto podría deberse a que la mineralización de algunos dientes temporarios ocurre antes del nacimiento cuando hay poca exposición al flúor según Agreda et al (2013), donde la barrera placentaria juega un importante papel según Rivas y Huerta (2005); otra posibilidad podría ser el menor tiempo de mineralización de los dientes temporarios, además de la menor espesura del esmalte y del color blanquecino característico de esos dientes, lo que dificulta la detección de la fluorosis en grados más leves según Agreda et al (2013).

En estudio de la comunidad de Playuela se encontró los dos tipos de afectación, que está justificado teniendo en cuenta que 100% de las madres estuvieron expuestas al agua de riesgo en la etapa prenatal y un 80 % en los primeros 6 años de vida según Guerrero et al (2017a), y es significativo que en la actual investigación donde se tomaron solo los pacientes con diagnóstico de fluorosis, el 100% de las madres

estuvieron expuestas al agua de riesgo en la etapa prenatal y el 100 % de los escolares en los primeros 6 años de vida.

En cuanto al patrón de presentación de fluorosis en dentición temporal, tenemos que el gráfico 1 muestra claramente que en la dentición temporal del maxilar inferior y los segundos premolares y los caninos son los órganos dentarios más afectados. Este patrón probablemente sea debido a que la maduración del esmalte de los premolares y molares intraútero toma más tiempo que los dientes anteriores y a que una parte de su desarrollo se realiza en el período posnatal según Loyola et al. (2000)

El patrón y la coloración de la fluorosis en la dentición temporal es diferente, los más afectados fueron los dientes posteriores inferiores y las manchas predominantes fueron las de color blanco mate debido a que el daño en el esmalte de los órganos dentales temporales se inicia en etapa intrauterina, mientras que en la definitiva se afectan los dientes anteriores con mayor severidad y la coloración predominante es en tonos café según Hidalgo, Duque, Mayor y Zamora (2007).

En la dentición definitiva las piezas dentarias más afectadas fueron los incisivos centrales superiores con 20 pares (23%), los premolares inferiores con 16 pares (18.4%) y los premolares superiores con 15 pares (17.2%), correspondiéndose con otros estudios como el de México del año 2000 según Loyola et al. (2000) Este resultado evidencia una clara afectación estético, con posibles repercusiones psicológicas en los escolares.

El período de exposición a los fluoruros desde el nacimiento hasta los 3 años, se usó por estudio australiano publicado en el 2014, como pico de riesgo de fluorosis en los incisivos superiores centrales permanentes, aproximadamente el 25% de la muestra presentó algún nivel de fluorosis dental en los incisivos centrales 55 correspondiéndose con este estudio.

En estudio de Villavicencio, Colombia los dientes más afectados fueron los premolares superiores (48,2%) e inferiores (40,6%), seguidos de los incisivos laterales (40,2%) (Gómez et al., 2014). En estudio brasileño los premolares fueron los dientes más afectados según Gbadebo (2012), teniendo cierta correspondencia estos dos últimos con el actual estudio. Estudio polaco del 2015 informo fluorosis del esmalte dental más frecuente en molares permanente e incisivo por ser piezas dentales que están expuestos al flúor desde la infancia temprana según Borysewicz y Opydo (2016).

En estudio de salud oral en Australia se encontró que aproximadamente el 25%, de la muestra tenía algún nivel de fluorosis en los incisivos centrales maxilares según Rivas y Huerta (2005), siendo aún mayor en este estudio con 26 pares para un 30%. En estudio brasileño publicado en 2015, los dientes más afectados fueron los premolares en adolescentes con edades entre 11 y 14 años según de Moura et al (2016). Con similitudes con el presente estudio aun con la diferencia de edades.

En el ciclo NHANES 2013–14 de los Estados Unidos, basados en el resultado de ese análisis, el sextante maxilar canino –canino presentó una prevalencia considerablemente baja de fluorosis dental comparada con el examen completo de la boca en ciclos NHANES anteriores 1999–2002, 2003–2004, y 1999–2004 (11.4% contra 18.6%), (16.0% contra 30.9%), y (13.2% contra 22.7%). Para cada uno de estos 3 ciclos NHANES, las estimaciones de todos los premolares y todos los molares,

estuvieron cerca de los datos derivados del examen completo de la cavidad bucal, mientras que el sextante maxilar canino– canino fue el de menor estimado de afectado según Akinkugbe et al. (2014) Aun cuando este estudio fue realizado con un diseño diferente, demuestra la importancia del examen completo de la cavidad oral para la detección de todas las piezas dañadas por la fluorosis, método utilizado en el actual estudio, el que aporta datos importantes sobre la afección por fluorosis, lo que en manos de los decisores contribuirá a la toma de acciones en el futuro que contribuyan a la atención de esta grave problemática de salud en esta localidad y otras afectadas en la región Oriental según Guerrero et al. (2017b), que no solo daña la salud bucal, si no, a todo el organismo humano. Según Borysewicz & Opydo (2016)

CONCLUSIONES

El estudio realizado evidenció que en este grupo de escolares, con diagnóstico de fluorosis endémica, se afectaron ambas denticiones, la primaria con menos magnitud, solo con dos pares y la definitiva con 87 pares, las piezas dentarias más afectadas fueron los incisivos centrales superiores con 20 pares (23%), los premolares inferiores con 16 pares (18.4%) y los premolares superiores con 15 pares (17.2%), esta distribución representa una clara afectación estética y demostrando la ventaja de realizar estudios de ambas denticiones y de todas las piezas dentarias en el momento del examen físico.

La presencia de fluorosis en dentición temporal puede ser el primer efecto tóxico que se presenta en la población infantil de los lugares con problemas de contaminación en sus fuentes de suministro de agua y representa un predictor de fluorosis en dentición permanente, además es una oportunidad para modificar los regímenes de ingesta de fluoruro y de esta manera reducir la probabilidad de que se presenten alteraciones en la dentición, tejido óseo y formas sistémicas de la fluorosis.

REFERENCIAS

Agreda, M., Medina, Y., Simancas, Y., Hernández, M. del P., Díaz, N. y Salinas, P. (2013). Prevalencia de la fluorosis dental, opacidad e hipoplasia del esmalte en niños en edad escolar del municipio Libertador del estado Mérida, Venezuela. *Medula*, 22(1), 29-33. Recuperado de http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/medula/article/view/5886

Ahsan, T., Jabeen, R., Hashim, S., Bano, Z. y Ghafoor, S. (2016). Fluorosis causing paraplegia mutilating life. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(2), 213-216. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2681917

Akinkugbe, A., Lafolla, T., Chattopadhyay, A., Garcia, I., Adams, A. y Kingman, A. (2014). The role of partial recording protocols in reporting prevalence and severity of dental fluorosis. *Community Dentistry And Oral Epidemiology*, 42(6), 563-571. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4245329/

Borysewicz-Lewicka M., & Opydo-Szymaczek J. (2016). Fluoride in Polish Drinking Water and the Possible Risk of Dental Fluorosis. *Polish Journal of Environmental Studies*, 25(1), 9-15.

Calderón, J.; López, N.; Dobarganes, AM. Características generales de la fluorosis dental. (2014) *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. Diciembre; 39 (12). Disponible en: http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/112

De Moura, M.; Barbosa, P.; Nunes-Dos-Santos, D.; Dantas-Neta, N, Moura, L.; de Lima M. (2016). Epidemiological surveillance of dental fluorosis in a city with a tropical climate with a fluoridated public drinking water supply. *Ciência & Saúde Coletiva* 21(4): 1247-1254. Recuperado de: MEDLINE Complete.

Do L, J., Phelan, C., Sivaneswaran, S., Spencer A, Wright C. (2014). Dental caries and fluorosis experience of 8-12-year-old children by early-life exposure to fluoride. *Community Dentistry And Oral Epidemiology*. 42(6): 553-562. Recuperado de: MEDLINE Complete.

García, M., Sosa, M. y Cuéllar, L. (2002). Sistema de vigilancia de fluoruro en aguas de consumo en Cuba. *Revista Cubana Higiene y Epidemiología*, 40(2), 136-142. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol40_2_02/hie09202.htm

Gbadebo, A. (2012) Ground water fluoride and dental fluorosis in southwestern Nigeria. *Environmental Geochemistry And Health* 34(5): 597-604. Recuperado de: MEDLINE Complete.

Gómez, R., Pardo, M., Rivera, A., Arismendy, L., Bobadilla, H., Pinzón, L. et al. (2013) Prevalencia de fluorosis dental en infantes de 8 a 12 años de colegios públicos, Villavicencio. *Hacia La Promoción De La Salud* 19(1): 25-38. Recuperado de: MedicLatina.

González, F., Carmona, L. y Díaz, A. (2010). Percepción de ingesta de flúor a través del cepillado dental en niños colombianos. *Revista Cubana de Estomatología*, 47(3), 266-275. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347507201000030001&lng=es&tlng=es

Guerrero, A., Domínguez, R., Bofill, Y. (2017ª). Fluorosis Dental Endémica en Escolares de una Zona Rural de Majibacoa, Las Tunas. En Hernández Santiesteban H, Aroboleada Aparicio JC, García Acevedo Y. Primera edición: *Edacun I*- ISBN: 978-959-7225-26-3. p. 3347-3356.

Guerrero, A., Domínguez, R., Pacheco, Y. (2017b). Uso de Dentífricos Fluorados por Escolares de Zona Rural con Fluorosis Dental Endémica, Majibacoa, Las Tunas. En Hernández Santiesteban H, Aroboleada Aparicio JC, García Acevedo Y, Editores Ciencia e innovación tecnológica. Primera edición, *Edacun* I (diciembre 2017). ISBN: 978-959-7225-26-3 p. 3347-3356.

Guerrero, A., Domínguez, R. (2018) Fluorosis dental y su prevención en la atención primaria de salud. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 43(3). Recuperado de: http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1189

Hidalgo-Gato, I., Duque de Estrada, J., Mayor, F., Zamora, J.D. (2007). Fluorosis dental: no solo un problema estético. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. Dic; 44(4). Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400014&lng=es

López, N., Lima, M., Dobarganes, A., González, L. y Calderón, J. (2014). Fluorosis dental en escolares de una zona rural de Camagüey. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta,* 40(1). Recuperado de http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/112

Loyola, JP., C.D., Pozos, A., Hernández, JC. y Hernández, JF. (2000). Fluorosis en dentición temporal en un área con hidrofluorosis endémica. *Salud pública de México*, 42(3), 194- 200.

Rivas, G. y Huerta, V. (2005). Fluorosis dental: Metabolismo, distribución y absorción de fluoruros. *Revista de Asoc. Dent. Mex*., 62(6): 226-229. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2005/od056d.pdf

Soza-Gonzáles S, Soza-Gonzáles P, Soza-Gonzáles O. (2012). Relación de caries dental y fluorosis en escolares de cuatro localidades termales del Departamento de Potosí-Bolivia. (Spanish). *Odontología Pediátrica* 11(1): 27-39. Available from: MedicLatina.

Susheela A. Dental fluorosis and its extended effects. (2013). *Indian Journal of Pediatrics* (80(9): 715-717. Availablefrom: MEDLINE Complete.

Anexo 1



INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTOS DE FACTORES DE RIESGO MATERNO DEL BAJO PESO AL NACER

EDUCATIONAL INTERVENTION ON KNOWLEDGE OF MATERNAL RISK FACTORS

Alfredo Sainz González alfre76@ltu.sld.cu

Caridad González Marrero cary@ltu.sld.cu

Camilo Astier Leyva yurix@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó una intervención educativa con el objetivo de elevar los conocimientos sobre factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en gestantes del GBT 1 del Policlínico Romárico Oro Peña del municipio Puerto Padre desde marzo 2016 a marzo 2017 y contribuir a la salud perinatal. La población estuvo constituida por las 96 gestantes y la muestra por 91 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión propuestos. Para la recopilación de la información se utilizó una encuesta realizada al efecto que recoge las variables propuestas, la información obtenida fue reflejada en tablas empleándose como medida de resumen el cálculo porcentual. Se concluyó que al inicio del estudio predominó el desconocimiento de las gestantes sobre los factores de riesgo explorados, por lo cual se diseñó una intervención educativa compuesta por siete temas y dividida en siete sesiones que luego de su aplicación elevó los conocimientos de las gestantes.

PALABRAS CLAVES: bajo peso al nacer, factores de riesgo.

ABSTRACT

An educational intervention was carried out with the aim of raising knowledge about risk factors associated with low birth weight in pregnant women of GBT 1 of the Romarico Oro Peña policlinic, municipality of Puerto Padre from March 2016 to March 2017 and contribute to perinatal health. The population was constituted by the 96 pregnant women and the sample by 91 patients who met the inclusion criteria proposed. For the collection of the information, a survey was used to gather the proposed variables, the information obtained was reflected in tables using the percentage calculation as summary measures. it was concluded that at the beginning of the study the pregnant women ignored the risk factors explored, for which an educational intervention composed of seven subjects was designed and divided into seven sections that after their application raised the knowledge of the pregnant women.

KEY WORDS: low birth weight, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El bajo peso al nacer ha constituido un problema para la ciencia a través de los tiempos, múltiples han sido los estudios acerca de las causas que lo provoca. Durante mucho tiempo, se sostuvo el criterio de que los niños con insuficiencia ponderal no podían vivir, razón por la cual se descuidaba su atención e incluso eran abandonados a su suerte. (Cabrales, Sáenz y Grau, 2013).

Un recién nacido bajo peso tiene más probabilidades de morir durante los primeros meses o los primeros años. Los que sobreviven tienen disminuidas las funciones del

sistema inmunológico y corren mayor riesgo de padecer posteriormente varias enfermedades, incluida la diabetes y diversas cardiopatías. Tienen también propensión a seguir malnutridos y a tener menores coeficientes de inteligencia además de discapacidades cognoscitivas. Estos recién nacidos tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad que los recién nacidos de peso adecuado y los pequeños para edad estacional (PEG) están más propensos a cursar con complicaciones perinatales como asfixia, hipoglucemia, sufrimiento fetal agudo, acidosis, aspiración de meconio, hipotermia y policitemia.

Es un tema actual a nivel mundial y nacional teniendo en cuenta que esta complicación repercute de forma negativa sobre la morbilidad y mortalidad infantil, provocando secuelas que incapacitan al niño desde el punto de vista físico y social. (Chávez y Concha, 2014)

De acuerdo con la publicación que realizó la UNICEF Estado Mundial de la Infancia, el bajo peso al nacer BPN- que se registra en un año a nivel mundial es de aproximadamente 20 millones de niños y niñas. Estos niños y niñas tienen un mayor riesgo de morir durante los primeros meses y años de vida y los que sobreviven están propensos a sufrir alteraciones del sistema inmunológico y en el futuro pueden presentar alguna de las enfermedades crónicas. (Naciones Unidas, 2014)

Los neonatos con bajo peso al nacer, en especial por debajo de 1500 gramos determinan el 60% de la mortalidad infantil. (Mastrapa, Serrano y Martínez, 2014). Sus causas son multifactoriales, entre los principales factores de riesgo del bajo peso al nacer (RBPN) se encuentran: edad materna, estado de nutrición de la madre, ganancia de peso durante el embarazo, período intergenésico corto, hábitos tóxicos, infección vaginal, infección urinaria, anemia, cifras elevadas de tensión arterial. (Mastrapa, Serrano y Martínez, 2014; Davi, 2012).

Entre las complicaciones más frecuentes del bajo peso al nacer se encuentran: estado fetal intranquilizante, hipoglucemias, hipotermias, distréss respiratorio, retraso en el proceso de aprendizaje, crecimiento y desarrollo, así como secuelas a largo plazo como la incapacidad física y mental. (Mastrapa, Serrano y Martínez, 2014)

Estudios realizados sobre el riesgo obstétrico han permitido identificar los principales factores de riesgo que contribuyen a la aparición del bajo peso al nacer. Ellos son: el embarazo en la adolescencia, la desnutrición materna, la insuficiente ganancia de peso durante el embarazo, el hábito de fumar, los antecedentes de bajo peso al nacer y la Hipertensión Gravídica. Se plantea que la mortalidad infantil es 40 veces mayor en los recién nacidos de bajo peso (RNBP) que en los niños nacidos con peso normal y a término. (Hernández, Fernández y Baptista, 2015)

En Cuba el índice de bajo peso al nacer se ha logrado reducir en los últimos 5 años a alrededor de 6 por cada 100 nacimientos. La provincia de Las Tunas de igual forma mantiene un indicador similar a la media nacional.

En el Municipio de Puerto Padre se reportaron 967 nacidos vivos y 58 bajo peso al nacer, para un índice de 5.9 en el 2016 contra 997 nacidos vivos en 2015 con 54 bajo peso al nacer para un índice de 5.4, mientras que en el área de salud Romárico Oro Peña se reportaron cifras similares con 500 nacidos vivos en 2015 y 29 bajo peso (índice de 5.8) y en el 2016, 481 nacidos vivos, 34 bajo peso (índice en 7.06). En el

GBT 1 hubo 196 nacidos vivos con 10 bajo peso (índice en 5.1) y en el 2016, 182 nacidos vivos y 17 bajo peso (índice en 9.3).

El incremento de recién nacido bajo peso al nacer, así como la permanente incidencia de factores de riesgo que favorecen su aparición, fueron las motivaciones para este trabajo. Ha quedado demostrado que el insuficiente conocimiento de las gestantes, constituye un elemento influyente en la falta de participación activa en la solución de este problema por lo que se consideró pertinente el diseño de una intervención educativa que contribuyera a elevar los conocimientos dentro de la población femenina al respecto y así contribuir a mejorar la salud perinatal.

Diseño metodológico del estudio

Se realizó una intervención educativa a gestantes del GBT 1 del área de salud de Puerto Padre, durante el Período comprendido de marzo de 2016 a marzo de 2017, con el objetivo de evaluar la efectividad de la intervención a través de la modificación del conocimiento sobre los factores de riesgo materno de BPN.

La población estuvo conformada por las 96 gestantes pertenecientes al GBT 1 del área de salud de Puerto Padre según dispensarización actualizada. La muestra la representó 91 gestantes de este universo, seleccionadas según criterios de inclusión que el investigador tuvo en cuenta.

Se realizó una actividad final como terminación del programa educativo, donde se aplicaron técnicas cualitativas de participación grupal y se aplicó un test final para determinar el cumplimiento de los objetivos del programa y a su vez permitió evaluar su efectividad.

Diagnóstico del conocimiento inicial de las gestantes del estudio.

Al aplicar el cuestionario pudimos apreciar (en la tabla 1) que solo el 13.18% de las gestantes tenían conocimientos suficientes para considerar la edad materna como un factor asociado al bajo peso al nacer siendo insuficientes los conocimientos del 86.81% de ellas. Una vez realizada la intervención educativa se apreció un notable incremento de estos conocimientos siendo ya suficientes los del 96.60% de la muestra. El conocimiento insuficiente descendió a un 4.39%. El nivel de conocimiento después de terminada la intervención educativa se logró incrementar en más del 100%, aunque persistieron un total de 4 gestantes con conocimiento insuficiente, lográndose disminuir la insuficiencia del conocimiento en un 94.9%.

Tabla 1. Nivel de conocimiento de las gestantes sobre la edad materna como factor de riesgo asociado al bajo peso al nacer.

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención		% de Variación
	No.	%	No.	%	
Suficiente	12	13.18	87	96.60	+ 100 %
Insuficiente	79	86.81	4	4.39	- 94.9 %
Total	91	100	91	100	----------

Características de las gestantes del estudio y nivel de conocimientos logrado después de la intervención.

Las tablas 2 y 3 muestran la distribución de las gestantes según su Índice de masa corporal (IMC) y el nivel de conocimiento que presentaban antes y después de aplicada la intervención educativa encontrándose un predominio de aquellas que presentaron una valoración nutricional normo peso representando el 70.32% del total siguiéndoles las bajo pesos con un 10.98%. Sin embargo, solamente el 28.84% consideró el estado nutricional materno un factor de riesgo asociado al bajo peso al nacer y los conocimientos del 83.51% restante fue insuficiente. Cuando se aplicó el segundo Cuestionario estas cifras variaron notablemente siendo suficientes los conocimientos del 90.10%. Al analizar el porcentaje de variación se logró incrementar en más del 100 % el nivel de conocimiento suficiente, mientras que persistieron nueve gestantes con conocimiento insuficiente, lográndose disminuir en un 88,2%.

Se ha comprobado que mientras mayor sea el peso de la madre al inicio del embarazo mayor será el peso del recién nacido, es evidente que la desnutrición materna antes y durante el embarazo influye en el bajo peso al nacimiento. (Hernández R, Fernández C, Baptista MP, 2015)

Según Hernández R, Fernández C, Baptista MP el 21.18% de sus pacientes tenían estado nutricional deficiente y encontró en el 13% de los neonatos bajo peso se observó desnutrición materna al captar el embarazo. Hernández y colaboradores vieron que la ganancia inadecuada de peso durante el embarazo constituye un factor de riesgo importante. (Hernández R, Fernández C, Baptista MP, 2015)

El índice de masa corporal - IMC previo a la gestación tiene una relación directa con el peso del recién nacido, siendo más bajo en las mujeres con índice de masa corporal - IMC menor de 19 (delgadez). El estado nutricional deficiente antes del embarazo, está asociado con un resultado desfavorable en el peso del recién nacido. (Chávez W, Concha G, 2014). Aunque la gran mayoría de las gestantes del GBT tienen un índice de masa corporal normo peso no dejamos de reconocer que los bajo pesos aportados en el periodo estudiado fueron de madres con un IMC deficiente.

Tabla 2. Valoración nutricional de las gestantes

Valoración nutricional	Número	%
Bajo peso	10	10.98
Normo peso	64	70.32
Sobrepeso	8	8.79
Obeso	9	9.89
Total	91	100

Tabla 3. Nivel de conocimiento de las gestantes sobre el estado nutricional como factor de riesgo asociado al bajo peso al nacer.

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención		% de Variación
	No.	%	No.	%	
Suficiente	15	28.84	82	90.10	+ 100 %
Insuficiente	76	83.51	9	17.30	- 88,2 %
Total	91	100	91	100	----------

En la tabla 4 se distribuyó las afecciones que pueden aparecer asociadas al embarazo siendo la de mayor incidencia la Enfermedad Hipertensiva Gestacional con un 56.04%, le siguen las Anemias con un 13.18% y el Síndrome de flujo vaginal con un 8.79%.

La Hipertensión Arterial (HTA) durante el embarazo es una de las complicaciones más frecuentes, especialmente en los países en vías de desarrollo. (Profamilia, 2015)

La aparición de preeclampsia (PE) durante el embarazo contribuye al aumento de la morbimortalidad perinatal, asociándose con mayor incidencia el sufrimiento fetal intra parto y crecimiento intrauterino retardado (CIUR) (18.8% en la preeclampsia leve y 37% en la grave). (Vélez MP, Barros F, Echavarría LG, et al, 2015)

Gorrita R encontró en su estudio como causa frecuente de bajo peso la anemia, aunque en nuestro estudio ocupa el segundo lugar resultados que, aunque no coinciden con este trabajo se aproximan. (Gorrita R, 2014)

El déficit de hierro (Fe) en la gestación determina una alteración de la salud materna, ya que la utilización completa de las reservas origina finalmente una anemia clínica capaz de producir, en función de su intensidad, alteración en el transporte de oxígeno con repercusión sobre la fisiología fetal. Esta complicación no obstétrica del embarazo se ha asociado en varios estudios a prematuridad y bajo peso neonatal. Por consiguiente, la evaluación hematológica y sus variaciones representan una parte importante de la atención prenatal. (Gorrita R, 2014)

Tabla 4. Antecedentes clínicos de las gestantes.

Antecedente clínico	No.	%
Infección urinaria	5	5.49
Anemia	12	1318
Hipertensión arterial materna. EHG	51	56.04
Síndrome flujo vaginal	8	8.79

Mientras que la tabla 5 nos demuestra la poca información que tienen las gestantes sobre el riesgo que representan esas afecciones para el desarrollo satisfactorio de la

gestación ya que antes de aplicar la intervención el nivel de conocimiento era insuficiente en el 85.71% y solo un 14.28% los consideraron un riesgo. Una vez aplicada la intervención las cifras variaron considerablemente pues el nivel de conocimiento aumento a un 90.10% y los conocimientos insuficientes disminuyeron un 80.21% encontrando solo un 9.89%. Al analizar el porcentaje de variación se logró incrementar en más del 100 % el nivel de conocimiento suficiente, mientras que persistieron 9 gestantes con conocimiento insuficiente, lográndose disminuir en un 88,5%.

Tabla 5. Nivel de conocimiento de las gestantes sobre los antecedentes clínicos como factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer.

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención		% de Variación
	No.	%	No.	%	
Suficiente	13	14.28	82	90.10	+ 100
Insuficiente	78	85.71	9	9.89	- 88.5 %
Total	91	100	91	100	----------

CONCLUSIONES

La mayoría de las embarazadas fueron con escolaridad bachillerato terminado, entre 20 a 35 años, normo peso, amas de casa y con estado civil casadas. Antes de la intervención educativa prevaleció el nivel de conocimiento insuficiente sobre los factores de riesgos edad, valoración nutricional, antecedentes clínicos o enfermedades asociadas al embarazo y hábitos tóxicos. Se diseñó una intervención educativa compuesta por siete temas y dividida en siete sesiones y tras su aplicación se logró una modificación de los conocimientos explorados elevándose a suficientes en su totalidad. Las mayores transformaciones tuvieron lugar en los conocimientos de los factores de riesgos edad, hábito de fumar e ingestión de bebidas alcohólicas y enfermedades asociadas como Hipertensión Arterial gestacional, anemia y síndrome de flujo vaginal.

REFERENCIAS

Álvarez A, Urra T. (2010). Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. *Rev. Pediatría*, *14* (3):115-21.

Cabrales, JA., Sáenz, L., Grau, MA. (2013). Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un hospital cubano, 2013-2014. *Rev Panam Salud Pública, 14*(3):180-184.

Chávez, W., Concha G. (2014). Bajo peso al nacer. Factores de riesgo departamento de Ginecología y Obstetricia y servicio de Neonatología, Hospital Apoyo III Sullana Minsa. *Ginecol Obstet (Perú). 47*(1):47-52.

Dirección Nacional de Salud y Planificación Familiar. (2007). *Programa para la Reducción del Bajo Peso al Nacer*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Gorrita R. (2014). La lactancia materna, un desafío aún no superado. *Rev cubana Pediatría, 86*(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, MP. (2015). *Metodología de la Investigación. 5*. a Ed. *México D. F: McGraw- Hill*.

Mastrapa, C., Serrano, M., Martínez, JR. (2014). Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. *CCM.18*(1). Recuperado de: http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1580/466

Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio. Comunicado de prensa. (2014). *México: Naciones Unidas*. Recuperado de: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/PR_Global_MDG09_SP.pdf

Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. *Bogotá. Colombia: ENDS.* Recuperado de: http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf

Vélez, MP., Barros, F., Echavarría, LG. (2015). Prevalencia de bajo peso al nacer y factores maternos asociados unidad de atención y protección materno infantil de la Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia. *Rev Col Obs Ginecol. 57*: 264-270.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DIABETES GESTACIONAL EN PACIENTES DE PUERTO PADRE

FACTORS OF RISK ASSOCIATED TO GESTATIONAL DIABETES IN PATIENTS FROM PUERTO PADRE

Alfredo Salvador Vallés Gamboa alfredovalles@ltu.sld.cu

Tatiana González González tati8704@nauta.cu

Susana de la Caridad Vallés Monteagudo susy.97@nauta.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, de las pacientes con Diabetes Gestacional atendidas en el Hospital “Guillermo Domínguez López”, en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2018. La muestra constituida con 42 pacientes que presentaron el diagnóstico de Diabetes Gestacional, mediante un muestreo no probabilístico, Las variables estudiadas se dividieron en variables independientes y dependiente, donde los factores de riegos que más prevalecieron fueron el sobrepeso y la obesidad, seguido por la glucemia en ayuna ≥ 4.4 mmol/l y ≤ 5.5 mmol/l, edad mayor o igual de 30 años, y los antecedentes familiares de diabetes mellitus de 1er grado, donde se concluye que se identificaron factores de riesgo que determinan mayor probabilidad de padecer la Diabetes Gestacional, donde el sobrepeso y la obesidad, unidos o no, a otros factores de riesgo , siempre se debe de pesquisar la entidad.

PALABRAS CLAVES: Diabetes gestacional; factores de riesgo; diabetes mellitus; obesidad.

ABSTRACT

A retrospective, descriptive, cross-sectional study of the patients with Gestational Diabetes treated at the “Guillermo Domínguez López” Hospital was carried out in the period between January and December 2018. The sample constituted with 42 patients who presented the diagnosis of Diabetes Gestational, through a non-probabilistic sampling, the variables studied were divided into independent and dependent variables, where the most prevalent risk factors were overweight and obesity, followed by fasting blood glucose ≥ 4.4 mmol / l and ≤ 5.5 mmol / l , age greater than or equal to 30 years, and the family history of diabetes mellitus of 1st grade, where it is concluded that risk factors were identified that determine a greater probability of suffering from Gestational Diabetes, where overweight and obesity, whether united or not, to other risk factors, the entity must always be investigated.

KEY WORDS: Gestational diabetes; risk factor; mellitus diabetes; obesity.

INTRODUCCIÓN

Existen una serie de condiciones que son capaces con mucha frecuencia de representar un riesgo para la reproducción y ellas pueden ser de índole biológica, ecológica, psicológica y social. El riesgo reproductivo es el resultado de la suma de los riesgos preconcepcional, obstétrico y perinatal, y en cualquiera de ellos que se actúe

modificará el resultado esperado, una madre y bebé saludables. (Reina, 2004 y Prendes, 2001).

Un grupo de significativa importancia dentro de las condiciones biológicas que con mucha frecuencia representan un riesgo en la reproducción, lo constituyen las enfermedades asociadas al embarazo como la Diabetes Gestacional (DG), que es la alteración del metabolismo de los carbohidratos que aparece durante el embarazo. (Asociación Americana de la Diabetes. Diabetes y embarazo, 2017).

Los cambios hormonales fisiológicos del embarazo constituyen un factor desencadenante de la intolerancia a la glucosa responsable de este padecimiento. En este sentido, el embarazo normal se considera un estado diabetogénico o de resistencia progresiva al efecto de la insulina. La diabetes gestacional y la diabetes mellitus comparten una fisiopatología similar caracterizada por dos principales defectos metabólicos, resistencia periférica de las células diana a la actividad de la insulina y la secreción insuficiente de insulina por las células β pancreáticas. Es por este hecho por lo que podría considerarse a la diabetes gestacional como la diabetes mellitus en evolución y justificaría que muchas de estas pacientes padezcan en el futuro Diabetes Mellitus. (Franca Kim, 2005) y Asociación Americana de la Diabetes. Diabetes y embarazo, 2017).

Los riesgos asociados más frecuentes sobre la madre, la incidencia de preeclampsia, de aproximadamente el doble que en la población general, la pielonefritis y el Polihidramnios. Además la frecuencia de cesáreas, en este grupo es mayor que en las no diabéticas. National Institute for Health and Care Excellence. NICE Guideline Diabetes in pregnancy (2017)

Una complicación frecuente es el desarrollo de un producto macrosómico, lo que ocasiona mayor distensión uterina y a su vez origina hemorragias posparto con mayor frecuencia; además se ha descrito un aumento en la tasa de cesáreas. En relación a datos estadísticos sobre esta patología existen limitados datos que muestran una tasa del 22 al 30% en mujeres con esta patología no tratadas o dicho de otra manera no reconocidas, comparada con una tasa del 17 % para mujeres sin esta enfermedad según Hod (2015).

Se menciona que el diagnóstico oportuno y el posterior control metabólico de la mujer durante la gestación disminuyen de manera significativa la mayor parte de las complicaciones. Por lo tanto, la implementación de la búsqueda sistemática en toda embarazada con factores de riesgo se ha difundido ampliamente. National Institute for Health and Care Excellence. NICE Guideline Diabetes in pregnancy (2017)

El riesgo elevado de esta patología metabólica es significativamente mayor en personas que tienen antecedentes de diabetes en familiares de primer grado, al igual con una edad materna mayor o igual de 30 años, sobrepeso corporal al comienzo del embarazo, antecedente materno de DG, muerte fetal inexplicable, y/o Macrosomía neonatal, presencia de síndrome de ovarios poliquísticos (SOP), enfermedad tiroidea autoinmune, glucemia en ayuna mayor o igual de 4.4mmol/l (80mg/dl) y menor de 5.5mmol/l (99mg/dl), hipertensión gestacional(HTAG), feto grande para su edad gestacional, Polihidramnios, entre otros factores de menor incidencia. (ALAD, 2016)

Afecta alrededor de 4% de todas las mujeres embarazadas, esto corresponde a 135,000 casos anualmente en los Estados Unidos de América, es decir el 4 %, con valores que oscilan entre 1 y 14 %, dependiendo de la población estudiada y del test utilizado para el diagnóstico. Mientras que en la India hay una prevalencia del 0.6 %, en la Argentina es del 5 %, citado en National Institute for Health and Care Excellence. NICE Guideline Diabetes in pregnancy (2015).

Según Valdés (2004), en Cuba la prevalencia es de aproximadamente de 4,5% - 5.8% y en adolescentes oscila entre 2.7 y 5.74%, dependiendo de la población estudiada, por lo que no existe gran diferencia con lo encontrado en el resto del mundo, en general.

Lo que motivó a realizar una investigación, con el objetivo de identificar los factores de riesgo más frecuentes de la diabetes gestacional en las pacientes atendidas en el municipio de Puerto Padre, para contribuir a la salud materno fetal y al programa materno infantil de la provincia.

Análisis y discusión de los resultados

Al analizar la distribución de las pacientes con diabetes gestacional según grupos de edad (Tabla 1) vemos que el 54,76%, lo conforman pacientes entre 30 - 40 años, el 33,33% indican pacientes de entre 21 - 29 años, sólo el 7,14% representa gestantes con más de 40 años y menos de 21 años, el 4.76%; se conoce que las gestante de alto riesgo son aquellas que presentan una edad igual o superior a 35 años (Jafari, 2015).

Por otro lado se agrega como factor de riesgo aquellas embarazadas que presente edad mayor a 30 años. (ALAD, 2016), existiendo una dependencia entre edad y Diabetes Gestacional y en el estudio compartió el segundo factor de riesgo junto con las glucemias mayor o igual de 4.4 mmol/l, por tanto existe una coincidencia con los estudios realizados en Cuba y en otros países. A mayor edad y embarazo se sabe que existe mayor probabilidad de diabetes ya que se unen otros factores de riesgos, mayor resistencia a la insulina y mayor deterioro de la secreción de la misma.

TABLA 1. Distribución de las pacientes con Diabetes Gestacional según los diferentes grupos de edades. Puerto Padre 2018.

Edad	N°	%
<21 años	2	4.76
21 – 29 años	14	33.33
30– 40 años	23	54.76
>40 años	3	7.14
Total	42	100

Fuente: Historias Clínica.

Al relacionar las pacientes con diabetes gestacional según zona de residencia (Tabla 2) se puede apreciar que más de la mitad viven en zonas urbanas para un (64.28%), lo que nos indica una mayor incidencia de Diabetes Gestacional en zonas urbanas. Se han reportado una prevalencia de esta enfermedad en el 1,4%, pero en general oscila entre un 5,1 - 9,7% en grandes centros urbanos, donde predomina el sedentarismo, obesidad, malos hábitos dietético y estrés entre otros factores. Citado en Enciclopedia Médica. Diabetes gestacional. (2017).

TABLA 2. Relación de las pacientes con diabetes Gestacional según zona de residencia. Puerto Padre. 2018

Zona de residencia	N°	%
Urbano	27	64.28
Rural	15	35.71
Total	42	100

Fuente: Historias Clínica.

En el presente análisis se interpretó la influencia del estado nutricional para el desarrollo de Diabetes Gestacional, para ello analizamos el índice de masa corporal de las pacientes previo al embarazo, con lo cual resolvimos que el 42.85% de las embarazadas presentaron obesidad, mientras que un 30.95 % presentaron sobrepeso corporal, el 23.80 % se trató de pacientes con peso adecuado y solo el 2.38 % se dio en pacientes con un peso deficiente.

Así, se estima que la Diabetes Gestacional se registra en cinco de cada 100 embarazos y que el sobrepeso y la obesidad son los primeros factores de riesgo para desarrollar esta variante de diabetes. (Tabla Nº 3), incluso si sumamos las de sobrepeso y obesidad nos damos cuenta la importancia de llegar al embarazo con un peso normal y así ganaríamos en salud reproductiva, ya que son el mayor factor de riesgo modificable para desarrollar DMG ya que otorgan mayor resistencia a la insulina, lo cual coincide con los estudios revisado en la literatura nacional e internacional. Asociación Americana de la Diabetes. Diabetes y embarazo. (2017). Isolauri E, (2015).

TABLA 3. Comportamiento de las pacientes con Diabetes Gestacional según estado nutricional preconcepcional. Puerto Padre. 2018.

Estado nutricional	Nº	%
Peso deficiente (≤ 18.8)	1	2.38
Peso adecuado(> 18.8 <25.6)	10	23.80
Sobrepeso(≥ 25.6 < 28.6)	13	30.95

Obesidad (≥ 28.6)	18	42.85
Total	42	100

Fuente: Historias Clínica.

En el siguiente análisis (tabla Nº 4) observamos los antecedentes personales, familiares y factores del propio embarazo, con lo que vemos que uno de los mayores factores asociados, propio del embarazo, fue la glucemia en ayuna ≥ 4.4 mmol/l y ≤ 5.5 mmol/l que una vez encontrado se convierte en un factor de riesgo, seguido en orden de frecuencia los antecedentes familiares de 1er grado de Diabetes Mellitus (57.14 vs 33.33), los demás factores aparecieron en menor por ciento, es bueno señalar que en nuestro país a todas las pacientes se le realiza glucemias de acuerdo a los factores de riesgo y siempre que salga en este rango les realizamos prueba de tolerancia a la glucosa con 75 g de glucosa anhidra según protocolo para su pesquisa.

En estudios realizados por el profesor Valdés L y colaboradores(1985), se reconoce que las pacientes embarazadas sus glucemias en ayunas son menores de 4.4 mmol/l (80mg/dl), producto al propio metabolismo durante el embarazo y es por eso que en nuestro país se pesquisa toda glucemia igual o mayor de 4.4mmol/l como se hace referencia en el segundo Consenso Cubano de Diabetes y Embarazo, Marichal, (2018), al mismo tiempo hay predisposiciones para enfermedades que estas solo se manifiestan bajo la influencias de factores favorecedores y este caso el embarazo que por si es un estado diabetogénico o de resistencia progresiva al efecto de la insulina como se explica en la Asociación Americana de la Diabetes. Diabetes y embarazo. (2017) y Kim (2005), coincidiendo todo esto con anteriores publicaciones sobre el tema.

TABLA 4. Distribución de las pacientes con Diabetes Gestacional según antecedentes personales, familiares y factores del propio embarazo. Puerto Padre. 2018

Antecedentes y factores del embarazo actual	**Si**		**No**		**Total**
	Nº	**%**	**Nº**	**%**	
Antecedente de Diabetes Gestacional	4	9.52	38	90.47	42
Antecedentes familiares de 1er grado de Diabetes Mellitus	14	33.33	28	66.66	42
Antecedente de mortalidad fetal	2	4.76	40	95.23	42
Antecedente de macrosomía neonatal	2	4.76	40	95.23	42

Antecedente de malformación fetal	1	2.38	41	97.61	42
Antecedente de Hipertensión Gestacional	3	7.14	39	92.85	42
Antecedente de tiroiditis autoinmune	3	7.14	39	92.85	42
Feto grande para su edad gestacional o disarmónico	2	4.76	40	95.23	42
Glucemia en ayuna ≥ 4.4 mmol/l y ≤ 5.5 mmol/l	26	57.14	18	42.85	42
Polihidramnios	2	4.76	40	95.23	42

Fuente: Historias Clínica.

Al realizar la distribución de las pacientes según factores de riesgo (tabla Nº 5), encontramos que el sobrepeso corporal (sobrepeso – obesidad) constituyó el principal factor de riesgo para un (73.80%), seguido por la glucemia ≥ de 4.4 mmol/l y menor de 5.5 mmol/l y la edad ≥ de 30 años compartiendo cada uno el (61.90%) y por último los antecedentes familiares de 1er grado de Diabetes Mellitus (33.33%), siendo estos los principales factores de riesgo en el pesquisaje.

El sobrepeso y la obesidad son el mayor factor de riesgo modificable para desarrollar diabetes gestacional, ya que otorgan mayor resistencia a la insulina como se refiere Isolauri, (2015) y Poston, (2011). Cuando una mujer con obesidad se embaraza aumenta su riesgo de presentar DG entre 3 a 8 veces según el grupo analizado, Simmons (2011), el cual ajustado resulta en un riesgo de 3,42 en mujeres con sobrepeso, 7,54 veces en obesas y 10,83 en obesas mórbidas. Lim, (2015).

También la ganancia de peso antes del embarazo impacta sobre los resultados metabólicos, ya que las mujeres que ganan 2,5 kg/año o más los 5 años previos al embarazo, aumentan hasta 2,5 veces su riesgo de presentar DG, citado en Endocrine Society. Diabetes and pregnancy (2013), American Diabetes Association. (2015) y Nava, (2011). Coincidiendo con los estudios realizados en la literatura internacional y nacional sobre los factores de riesgos para la diabetes gestacional.

TABLA 5. Distribución de las pacientes con Diabetes Gestacional según factores de riesgos. Puerto Padre. 2018.

Factores de riesgo	Si		No		Total
	Nº	%	Nº	%	
Sobrepeso - Obesidad	31	73.80	11	26.19	42
Glucemia en ayuna ≥ 4.4 mmol/l y ≤ 5.5 mmol/l	26	61.90	16	38.09	42
Edad ≥30 años	26	61.90	16	38.09	42
Antecedentes de Familiares de 1er grado de Diabetes Mellitus	14	33.33	28	66.66	42
Antecedentes de Diabetes Gestacional	4	9.52	38	90.47	42
Antecedente de Hipertensión Gestacional	3	7.14	39	92.85	42
Antecedente de tiroiditis autoinmune	3	7.14	39	92.85	42
Antecedente de macrosomía neonalal	2	4.76	40	95.23	42
Antecedente de mortalidad fetal	2	4.76	40	95.23	42
Feto grande para su edad gestacional	2	4.76	40	95.23	42
Polihidramnios	2	4.76	40	95.23	42
Antecedente de malformación fetal	1	2.38	41	97.61	42

Fuente: Historia Clínica.

CONCLUSIONES

Las mujeres embarazadas de mayor edad, tienen más riesgo de padecer esta enfermedad y sobre todo las mayores de 30 años; existiendo una dependencia entre edad y Diabetes Gestacional, mostrándose aumento en la población que vive en las zonas urbanas, donde los antecedentes personales de las embarazadas y los factores de riesgo se deben de tener en cuenta desde la primera consulta ya que sin duda son predictores independiente de la Diabetes Gestacional y sobre todo el sobrepeso y la obesidad, seguido por la glucemia en ayuna ≥ 4.4 mmol/l y ≤ 5.5 mmol/l, edad mayor o igual de 30 años, y los antecedentes familiares de diabetes mellitus de 1er grado, donde el sobrepeso y la obesidad, unidos o no, a otros factores de riesgo , siempre se debe de pesquisar la diabetes gestacional.

REFERENCIAS

American Diabetes Association. (2015). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* 38(suppl 1):S1-S93.

Asociación Americana de la Diabetes. (2017). *Diabetes y embarazo*. Recuperado de: https://medlineplus.gov/spanish/diabetesand pregnancy.html

Colectivo de autores. (2016). Guías de diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional. ALAD. *Revista ALAD*; 6:155-69.

Endocrine Society. (2013). Diabetes and pregnancy: an *Endocrine Society Clinical Practice Guideline*. *J Clin Endocrinol Metab*, 98:4227-4249.

Enciclopedia Médica. (2017). *Diabetes gestacional*. Recuperado de: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000896.htm

Hod, M., Kapur, A., Sacks, DA., Hadar, E., Agarwal, M., Di Renzo, GC, et al. (2015). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. *Int J Gynecol Obstet;* 131:S173–211.

Isolauri, E., Rautava, S., Collado, MC. (2015). Et Role of probiotics in reducing the risk of gestational diabetes. *Diabetes Obes Metab*; 17:713-719.

Jafari-Shobeiri, M., Ghojazadeh, M., Azami-Aghdash, S. (2015). Prevalence and Risk Factors of Gestational Diabetes in *Iran_ A Systematic Review and Meta-Analysis*; 44(8):1036–44.

Kim, C. (2005). Gestational diabetes mellitus. *J Clin Invest*. 115(3):485-91.

Lim, CC., Mahmood, T. (2015). Obesity in pregnancy. Best Pract *Res Clin Obstet Gynaecol*; 29:309-319.

Marichal II, Márquez, GA., Lang, PJ., Cruz, HJ., Cabrera, RE., Yanes, QM.; et al. (2018). Segundo Consenso Cubano de Diabetes y Embarazo R*ev Cubana de Endocrinología* 29(1):1-29

National Institute for Health and Care Excellence. (2015). NICE Guideline Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. Recuperado de: https://www.nice.org.uk/guidance/ng3/resources/diabetes-in-pregnancymanagement-from-preconception-to-the-postnatal-period-51038446021

Nava, D.P., Garduño, A.A, Pestaña, M.S, Santamaría, F.M., Vázquez, DA., G, Camacho B.R, et al. (2011). Obesidad pregestacional y riesgo de Intolerancia a la glucosa en el Embarazo y diabetes gestacional. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 76(1):10–4. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=73311860&lang=es&site=ehost-live

Prendes, MC., Guibert, W., González, I., Serrano, E. (2001).Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr*; 17:360-6.

Poston, L., Harthoorn, LF., Van Der, Beek, EM, et al. (2011). Obesity in pregnancy: implications for the mother and lifelong health of the child. A consensus statement. *Pediatr Res* ; 69:175-80.

Reina, GG. (2004). *Como protegernos de los riesgos reproductivos*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; P. 5-9.

Simmons, D. (2011). Diabetes and obesity in pregnancy. Best Pract *Res Clin Obstet Gynecol* 25:25-36.

Valdés, L., Márquez, A., Santana, O., Lang, J., Rodríguez, B. (2004). *Diabetes y Embarazo. Orientaciones para la Atención Primaria y Secundaria*. Hospital Ginecoobstétrico Docente “Ramón González Coro” e Instituto Nacional de Endocrinología (Servicio Central de Diabetes y Embarazo). La Habana.

Valdés, L.; Fuhrmann, K.; Márquez, A.; González, R. (1985). Los trastornos de la tolerancia a la glucosa durante el embarazo y su influencia sobre la morbilidad neonatal {1 parte}. *Rev cubana Obstetricia y Ginecología* ; 11: 299-307.

CARACTERIZACIÓN DEL USO DE TROMBÓLISIS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

CHARACTERIZATION OF THROMBOLYSIS USE IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Alián Pérez Marrero

Yoel González Gómez yoelgg@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en el Hospital “Guillermo Domínguez López” de Puerto Padre desde Mayo de 2018 a Mayo de 2019, con el objetivo de caracterizar el uso del tratamiento trombolítico. La población de estudio fue de 73 pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo con supradesnivel del segmento ST. Existió predominio del sexo masculino, el grupo etario más afectado fue el de 70 años y más. El 45.2% de los pacientes recibieron tratamiento trombolítico. La mayoría de los casos arribaron al hospital entre las 3 y 6 horas del inicio de los síntomas. El alivio del dolor y el regreso del ST representaron el 89 % de las trombólisis efectivas. La causa más frecuente de no trombólisis fue la evolución del episodio isquémico mayor a 12 horas y no recibió tratamiento trombolítico un 54.8 %.

PALABRAS CLAVES: síndrome coronario agudo, trombólisis, estreptoquinasa.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out at the “Guillermo Domínguez López” Hospital of Puerto Padre, from May 2018 to May 2019 with the objective to characterize of thrombolysis use. The study group was 73 patients with diagnosis of ST segment elevation acute coronary syndrome. There was a predominance of males, and patients with 70 years and more were the most affected age group. The 45.2% of patients received thrombolytic therapy. Most of them arrived at the hospital within 3 to 6 hours from the onset of symptoms. Pain relief and ST return occurred in 89 % of effective thrombolysis. The most common reason for lack of thrombolysis was the progress of the condition of more than 12 hours, and 54.8 %of patients did not receive thrombolytic therapy.

KEY WORDS: acute coronary syndrome, thrombolysis, streptokinase.

INTRODUCCIÓN

Durante siglos la humanidad se ha enfrentado a diversas problemáticas de salud, el síndrome coronario agudo es la causa principal de mortalidad, tanto para varones como para mujeres en el mundo (Stramba, Priori, 2016). La organización mundial de la salud, prevé que en el 2020, la enfermedad isquémica del corazón será responsable de 11,1 millones de muertes (WHO, 2016).

En Cuba, son la primera causa de mortalidad y la tercera de años potenciales de vida perdidos. En el 2017, se reportó en nuestro país un total de 7982 defunciones por síndrome coronario agudo lo que supera las cifras del año anterior que fue de 7124.Representandose en el 2016 con una tasa de 63.4 que se incrementó en el 2017 a 71.0 por cada 100 000 habitantes (MINSAP, 2017).

La tasa de mortalidad en Las Tunas por afecciones cardiovasculares fue de aproximadamente 219.8 por 100 000 habitantes, siendo el síndrome coronario agudo el que mayores defunciones aportó (MINSAP, 2017). Nuestro municipio no escapa de esta problemática reportándose en el 2017 alrededor de 141 pacientes con el síndrome coronario agudo. En nuestro hospital entre 2016 y 2017 la mortalidad aumentó a un 15.5% y el porciento de trombolizados disminuyó de 53.8 a 29.6 % según estadísticas presentadas por la Dirección Municipal de Salud Pública en el 2017.

Los medicamentos trombolíticos han demostrado una reducción significativa en la mortalidad en los pacientes con Infarto de Miocardio Agudo (IMA). Se reporta que la mortalidad en estos pacientes a los que se les ha administrado tempranamente medicamentos trombolíticos es del 10 al 12%, que es menos de la tercera parte de la mortalidad entre enfermos que no los recibieron (Batista y Escalona, 2015).

La estreptoquinasa, trombolítico disponible en nuestro medio, ha mejorado la evolución inmediata y el pronóstico a largo plazo después de un IMA si se usa precozmente (López, Puga, Pérez y Parellada, 2015). Todo lo anteriormente expuesto es la motivación para realizar la presente investigación con el objetivo de caracterizar el uso del tratamiento trombolítico en los pacientes con síndrome coronario agudo con supradesnivel del segmento ST ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Especiales (UCIE) del Hospital Guillermo Domínguez.

Distribución de pacientes por sexo y edad:

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
< 50	2	2.7	1	1.4	3	4.1
50-59	4	5.5	4	5.5	8	11.0
60-69	12	16.4	9	12.3	21	28.7
70 y más	21	28.8	20	27.4	41	56.2
Total	39	53.4	34	46.6	73	100

Fuente: encuesta.

En el cuadro 1 se aprecia que de los 73 pacientes con IAMCEST el grupo etario de mayor incidencia fue el de setenta años y más para un 56.2 %, En cuanto al sexo femenino se encontró que predominaba también el mismo grupo etario con 27.4% sin embargo, en sentido general fueron los hombres los más representados (53.4%). La distribución de los pacientes según grupos etarios y sexo es diversa, llevó a coincidir con numerosos autores entre los que se destacan Steg et al. (2017) quien afirma que el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST prevalece en el sexo masculino con una proporción 2:1con respecto al femenino, predominando entre la sexta y octava décadas de la vida.

Pacientes según formas Clínicas de presentación:

Formas de presentación	Número	%
Dolor precordial típico	57	78.1
Síntomas vegetativos	4	5.5
Edema pulmonar agudo	5	6.8
Enfermedad cerebrovascular embólica	1	1.4
Silente	2	2.7
Shock cardiogénico	4	5.5
Total	73	100

Fuente: encuesta.

Del total de pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST predominó el dolor precordial típico como forma clínica de presentación con un 78.1%. Mientras que la enfermedad cerebrovascular embólica fue la menos representativa para un 1.4% como se evidencia en el cuadro 2. En una investigación realizada en un Centro Diagnóstico Integral en Venezuela Rubiera R et al. (2014) el predominio de la forma de presentación del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST fue: precordialgia típica y edema pulmonar agudo lo cual coincide con nuestro estudio.

Ubicación topográfica:

Ubicación topográfica	Número	%
Inferior	32	43.8
Anterior extenso	7	9.6
Anterolaterales	9	12.3
Anteroseptales	18	24.7
Posteroinferiores	4	5.5
Ventricular derecho	3	4.1
Total	73	100

Fuente: encuesta

Dentro de la localización topográfica predominó el IAM inferior en un 43.8% de los casos, seguido por el anteroseptal con 24.7%. Se evidencia además que el IAM Ventricular derecho, aunque poco frecuente (4.1%) constituyó una de las formas de presentación a los efectos de este estudio como apreciamos en el cuadro 3. Santos y Valero (2016) en su estudio realizado en el Servicio de Cardiología del Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus durante el año 2016 describe la localización inferior como la más frecuente coincidiendo con nuestro estudio.

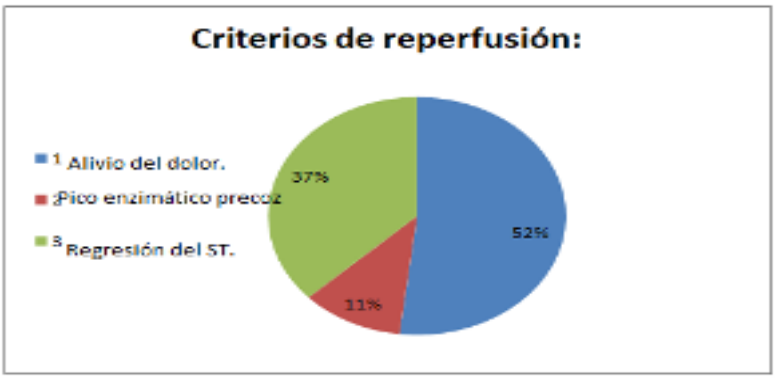
Relación entre el inicio de los síntomas y la llegada al hospital asociado a la efectividad de la trombólisis:

Tiempo (horas).	Efectiva		Fallida		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
< 1	0	0	0	0	0	0
1-2	4	12.1	1	3.0	5	15.1
3-6	16	48.5	3	9.1	19	57.6
7-12	7	21.2	2	6.1	9	27.3
Total	27	81.8	6	18.2	33	100

Fuente: encuesta.

El tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y la trombólisis se aprecia en el cuadro 4. A la mayoría de los pacientes se les realizó la trombólisis entre la tercera y la sexta hora 57.6% seguidos por el intervalo entre las 7 y las 12 horas 27.3%. Siendo efectiva en el 81.8 % de los casos y fallida en 18.2%. El estudio GUSTO estimó que por cada hora de retraso en el inicio del tratamiento se dejan de salvar diez vidas por cada 1000 pacientes tratados, por lo que existió coincidencia entre este planteamiento y el presente estudio que sitúa al período de ventana entre 3 y 6 horas con alta tasa de reperfusión, a pesar de ser el ideal el inferior a las 3 horas (Peraire y Pallarés, 2018).

Criterios de reperfusión en la trombólisis.



Fuente: encuesta.

En el gráfico 1 se observa que el alivio del dolor y la regresión del segmento ST fueron los criterios más comúnmente encontrados 52 % y 37% respectivamente. La reducción significativa del dolor trans y postrombolisis pudiera ser el marcador clínico más sugestivo de reperfusión, además de la regresión del segmento ST a la línea basal y elevación máxima temprana de CPK. Muchos de los reportes analizados describen coincidencia con los resultados encontrados en nuestro estudio en cuanto a criterios de reperfusión. En un estudio realizado en 32 pacientes con IAM y trombolisis, observaron que en el grupo con flujo TIMI 3 hubo una resolución total del segmento ST dentro de los primeros 60 minutos(O'Gara, Kushner y Ascheim, 2018).

Factores que contraindicaron el uso de la trombólisis:

Factores	Número	%
Úlcera péptica	8	20
Cirugía mayor de menos de 14 días	3	7.5
Enfermedad neoplásicas	4	10.0
Período de ventana mayor de 12 horas	9	22.5
ECV menor a 3 meses	7	17.5
Emergencia hipertensiva	4	10.0
Otros	5	12.5
Total	40	100

Fuente: encuesta.

El cuadro 5 muestra que los factores que contraindicaron el uso de la trombólisis más frecuentes fueron el Período de ventana mayor de 12 horas para un 22.5% de los casos seguido por la úlcera péptica con 20%. En general, las causas de no aplicación de la trombólisis en nuestro estudio son similares a las reportadas por otros investigadores (Eagle et al., 2015).

Complicaciones más frecuentes de la trombólisis:

Causas	Número	%
Hemorragia cerebral	1	3.4
Hipotensión Arterial	12	41.4
Vómitos	8	27.6
Reacciones cutáneas	3	10.4
Otras	5	17.2
Total	29	100

Fuente: encuesta.

Como se muestra en el cuadro 6 la incidencia de complicaciones en los pacientes trombolizados, vemos que predominó hipotensión Arterial para un 41.4% seguido por los Vómitos con 27.6%.Mientras que la hemorragia cerebral fue la menos representativa con un 3.4%. En el estudio realizado por Olivera (2015) se encontró que la mayoría de los pacientes trombolizados, presentaron como complicaciones más frecuentes la hipotensión, seguidas de las arritmias y los vómitos.

Pacientes según Trombolisis y estado al egreso:

Trombolizados	Vivos		Fallecidos		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Sí	33	45.2	0	0	33	45.2
No	35	48.0	5	6.8	40	54.8
Total	68	93.2	5	6.8	73	100

Fuente: encuesta.

El cuadro 7 muestra la relación entre la terapia trombolítica y el estado al egreso, donde se observa que el 54.8% de los pacientes no recibieron este tratamiento. Sin embargo el total de fallecidos 6.8 % no fueron trombolizados independientemente a las causas. Se ha demostrado que son salvadas de 2 a 4 vidas por cada 100 pacientes tratados y los más susceptibles a beneficiarse son precisamente los pacientes con infartos de mayor riesgo de muerte. El uso de la estreptoquinasa recombinante cubana contribuyó a disminuir la mortalidad en pacientes con infarto agudo del miocardio quedando así demostrada su efectividad. (González, Carrillo, Barcón, Vilaú y Chanes, 2019).

CONCLUSIONES

A pesar de que el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST se manifiesta con determinada frecuencia en la mujer continúa siendo más frecuente en el hombre, en el grupo de edad de setenta años y más. Predominó el dolor precordial típico como forma clínica de presentación y la localización topográfica inferior. La mayor parte de los pacientes que recibieron terapia trombolítica fue con arribo al centro asistencial entre las 3 y 6 horas de inicio de los síntomas. El alivio del dolor y el descenso del ST fueron los principales criterios de reperfusión encontrados. La mayor incidencia de contraindicaciones para el uso del tratamiento trombolítico estuvo asociada a período de ventana prolongado y úlcera péptica activa, en cuyo grupo predominaron los fallecimientos. Se constató que la hipotensión y los vómitos fueron las complicaciones más frecuentes asociadas al uso de la estreptoquinasa. Consideramos que la trombólisis oportuna sigue siendo la principal herramienta para elevar la supervivencia y la posterior calidad de vida en los pacientes con infarto agudo del miocardio.

REFERENCIAS

Batista, M., Escalona, Y. (2015). Caracterización del infarto agudo de miocardio en pacientes atendidos en Centro Médico Diagnóstico Integral Ezequiel Zamora de Venezuela. *Ccm,* 19(4):680-89. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560438120150004 0000

Cuba. MINSAP. (2017). Dirección de Registros Médicos y Estadística de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2017. Recuperado de: http://www.sld.cu/anuncio/2018/04/06/publicado-el-anuario-estadistico-de-salud-2017

Eagle, K., Goodman, S., Avezum, A., Budaj, A., Sullivan, C., López-Sendón, J. (2015). Practice variation and causas de la no-trombólisis en el infarto agudo del miocardio y beneficios de su uso missed opportunities for reperfusion in ST-segment-elevation myocardial infarction: findings from the Global Registry of Acute Coronary Events. *Lancet,* 359:373-7.

González, R., Carrillo, Y., Barcón, L., Vilaú, J.L., Chanes, J. (2019). Efectividad de la trombolisis en el infarto agudo del miocardio en hospital Abel Santamaría Cuadrado. *Rev Ciencias Médicas*, 23(2):224-231. Recuperado de: http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3791.

López, B., Puga, M., Pérez, J., Parellada, J.(2015). Características y evolución del Infarto Agudo de Miocardio en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Cub Med Int Emerg*, 9(4):1932-1961. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol9_4_10/mie07410.ll

O'Gara, P., Kushner, F., Ascheim, D. (2018). AHA Guideline for the management of st elevation myocardial infarction. *J AmCollCardiol*, 127(4): Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23247303.

Olivera, A.L. (2015). Reperfusión coronaria en el infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST: importancia del contexto y tiempo de aplicación. *MEDISAN*, 19(10): Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029301920150010000 1

Organización Mundial de la Salud. WHO. (2016). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Recuperado de: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf.

Peraire, M., Pallarés, C. (2018). Impacto de la trombolisis a corto y largo plazo de una cohorte de pacientes con IMA. *Rev. Esp. Cardiol*, 54: 150-8.

Puerto Padre. Dirección Municipal de Salud Pública. (2017). Estadísticas Sanitarias Municipales.

Rubiera, R., Lara, A., Ramos, N.I., Palacio, H., Vignier, D. (2014). Síndrome coronario agudo. Caracterización clínico epidemiológica. A propósito de nuestro primer año. *Rev Cubana Med Intens Emergen*, 8:1450-61. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol8_3_09/mi e07309.htm

Santos, A., Valero, A. (2016). Factores relacionados con la evolución intrahospitalaria del síndrome coronario agudo. *MEDISAN*, 7(3):161-168. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029301920150010000 11&lng

Steg, G., James, S., Atar, D., Badano, L., BlomstromLundqvist, C., Borges, M.A. (2017). Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *RevEspCardiol* ,66(1): [aprox. 12p.].Recuperado de: http://www.revespcardiol.org/es/guia-practica-clinica-esc-el/articulo/90180910/

Stramba, M., Priori, S.G. (2016). Estrategias actuales para reducir el impacto de las enfermedades cardiovasculares en la mujer. *Rev ESP Cardiol*., 59: 1190-93.

FACTORES DE RIESGO DEL BAJO PESO AL NACER EN EL ÁREA DE SALUD DE VÁZQUEZ

FACTORS OF RISK OF THE BELOW WEIGHT WHEN SPROUTING IN THE AREA OF HEALTH OF VAZQUEZ

Alibeth Terrero Avila

Alma Yaima Silva Celorrio alma@ltu.sld.cu

Armando Aramís Tarín Matos

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para determinar los factores de riesgo del bajo peso al nacer en el Área de Vázquez en el 2018. La población estuvo constituida por las madres de los nacidos este año con un peso inferior a 2500 gramos, las que se estudiaron en su totalidad. La información fue procesada mediante cálculos estadísticos de porciento. El grupo predominante estuvo dentro de las edades con menos riesgo para la gestación y bajo nivel cultural. El 100% de nuestras pacientes tuvo un embarazo no planificado pero deseado. El 77.8% fueron normo talla; y normo peso al comenzar la gestación pero más de la mitad de las pacientes culminaron la gestación con una ganancia inadecuada de peso. Entre los antecedentes obstétricos de mayor relevancia estuvo el período intergenésico corto. Según APP, encontramos significativa la Hipertensión Arterial, destacando las infecciones vaginales y su persistencia durante la gestación.

PALABRAS CLAVES: factores de riesgo, bajo peso al nacer.

ABSTRACT

It carried out a descriptive study to decide the factors of risk of the below weight when sprouting in the area of Vazquez in the 2018. The population was constituted for the mothers of the inflamed boils this year with a lower weight to 2500 grams, those who they studied in your totality. The information was processed by means of statistical calculations of per cent. The predominant proup was in the ages with less risk for the gestation, with below cultural level and in stable union. 100% of our patient tube a non-planneded embarrassment but desired. 77.8% went normo leads a conversation, and normo weigh when beginning the gestation but more than the half of the patients culminated the gestation with an inadequate of the correct weight gain. Between the obstetric antecedents of relevance major was the genesic meanwhile period stop. According to APP, it finds significant the arterial hypertension, by highlighting the vaginal infections and your persistence during the gestation.

KEY WORDS: risk factors, below weight when sprouting.

INTRODUCCIÓN

(…) El nacimiento de un niño bajo peso, es un motivo de preocupación para los profesionales de la salud y un problema en cualquier unidad de recién nacidos, por las complicaciones que presenta y su difícil manejo. Constituye el índice predictivo más importante de mortalidad infantil y se plantea que la mortalidad en el recién nacido con bajo peso al nacer es 20 veces mayor que en el recién nacido normo peso (Álvarez, 2001, p.7)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido bajo peso al nacer (BPN) a aquel peso menor de 2500 g, independientemente de la edad gestacional al momento del nacimiento. Su etiología es multifactorial y se atribuye a causas maternas, fetales y ambientales que no son absolutas pues varían de un lugar a otro, y en el que influye de manera especial el desarrollo socioeconómico de cada país.

Múltiples estudios han mostrado que la pobre ingestión de energía y el deficiente consumo de nutrientes específicos (vitaminas A, C, B6, ácido fólico, hierro, calcio) unido a otros factores nutricionales maternos como: la edad materna, el intervalo intergenésico corto, el peso pregestacional bajo, la escasa ganancia de peso -menos de 0,5 kilogramos (Kg) semanal- durante el embarazo, son las determinantes principales del crecimiento intrauterino retardado (CIUR) en un país en desarrollo. (Jorna, Rodríguez, Véliz, Cuellar y Olivera, 2012)

Los expertos de la OMS plantean que a nivel mundial, 1 de cada 6 niños nace con bajo peso. De los más de 20,5 millones de nacimientos con bajo peso, se comprobó estadísticamente una proporción mayor en países subdesarrollados (19 %). Más de la mitad ocurren en Asia Meridional (en algunas regiones de la India y en BanglaDesh, 50 %) y más de una tercera parte en África y en América (Guatemala llegó hasta el 40 %). En naciones desarrolladas las cifras fueron muy inferiores: Estados Unidos alrededor del 7 %; Reino Unido 6 %; España 5 % y la incidencia más reducida (4 %) se registró en Estonia, Escandinavia, Finlandia, Islandia, Lituania y Suecia. En América Latina y el Caribe, por ejemplo, alrededor del 20% de los recién nacidos no se pesan; en otras regiones, los indicadores oscilan entre 25 y 83%. (Torres y Alfonso, 2013).

En América Latina y el Caribe, los valores oscilan entre 25 y 83 %. En Brasil, datos de la Investigación Nacional sobre la Salud y Nutrición indican que la incidencia de peso bajo al nacer es de 11,0 %, mientras que en Argentina el índice de bajo peso alcanza valores entre el 7 al 16 % del total de nacimientos.

El índice de bajo peso en Cuba mostró descenso paulatino hasta llegar a 7,3 % en 1989. Desde 1990, el país enfrenta condiciones económicas desfavorables, lo cual repercutió en la nutrición de la población. Es por eso que el índice de bajo peso comenzó a aumentar hasta alcanzar su cifra máxima en 1993, cuando llegó a 9,0 %. Ya en el año 2001, Cuba presenta un índice de bajo peso de 5,9 %, cifra que nos ubica en el grupo de los 5 países con indicadores más bajos del mundo. En el 2010 presenta un índice de bajo peso de 5,4 %, y en el 2011 culminó con un índice de bajo peso de 5,3 %, para descender más en el 2012, con un índice de 5,2 %. Aunque mantenemos cifras bajas de índices de bajo pesos al nacer, este sigue siendo un tema de gran preocupación para obstetras, pediatras y neonatólogos cubanos. (Meneghello, 1997)

La prevención de la prematurez 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 identificación de los factores de riesgo de aparición de nacimientos bajo peso, sirve de base para el diseño de estrategias ante las condiciones económicas que enfrenta el país; en Cuba se creó el Programa para la Reducción del Bajo Peso al Nacer, que se comenzó a ejecutar en 1983 y que permitió una disminución en los índices de mortalidad neonatal precoz de 11,2 a 5,4 por mil nacidos vivos en el período de 1980-

1989. Este programa fue perfeccionado en 1993 y responde al concepto fundamental de complementar y enriquecer el objetivo específico referido a la mortalidad del recién nacido de bajo peso contemplado en el Programa Materno Infantil. (Torres y Alfonso, 2013)

En Cuba, en el año 2016 ocurrió un total de 6034 nacidos vivos con bajo peso al nacer, para un 5.2%. En Las Tunas el índice de BPN en el año 2016 fue de 5.7. Comportándose este indicador en el Área de Salud de Vázquez en el año 2016, con un índice de 4.3 para un total de 12 bajo peso, incrementándose esta cifra en el año 2017 a 20 bajo peso al nacer para un índice de 7.5. Es decir que continúa siendo un problema de salud el elevado número de nacimientos en la provincia de Las Tunas de recién nacidos bajo peso al nacer. (MINSAP, 2018)

Clasificación de Bajo peso al nacer.

El peso al nacer está determinado tanto por la duración de la gestación, como por la tasa de crecimiento fetal. Es por eso que en la actualidad el BPN se clasifica en dos condiciones:
a) restricción del Crecimiento Intrauterino (CIUR): los que teniendo un tiempo de gestación superior a las 37 semanas pesan al nacer menos de 2 500 g;
b) bajo peso pretérmino: los que no habiendo llegado el término del embarazo nacen adelantadamente y pesan por debajo de 2 500 g. (Núñez y Morice, 1999)

Factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer.

Numerosos son los trabajos realizados sobre el BPN y todos coinciden en reconocer que su causa es multifactorial.

Está comprobado que existen factores relacionados con el estilo de vida, como el tabaquismo, la desnutrición, el consumo de drogas, el alcohol, o ambos, que influyen en el peso del recién nacido. En el Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología se plantea que en el embarazo múltiple el riesgo de prematuridad es el doble que en el embarazo único, y el crecimiento intrauterino retardado también se incrementa hasta un 25 %, ya sea en uno o en ambos fetos.

Es posible identificar los factores de riesgo del BPN en 60% de los casos y éstos son, en su mayoría, de tipo biológico, pues su diagnóstico es factible.(Núñez y Morice, 1999)

Los factores de riesgo, tradicionalmente se han subdivido en:

Factores de riesgo preconcepcionales.

- Bajo nivel socioeconómico-educacional de la mujer.
- Edades extremas (menor de 18 años y mayor de 35 años)
- Ser primigesta.
- Baja talla y desnutrición maternas.
- Enfermedades crónicas: hipertensión arterial, nefropatías, diabetes, cardiopatías.
- Antecedentes de neonatos(as) PEG.
- Abortos previos.

Factores de riesgo durante el embarazo.

- Embarazo múltiple.
- Aumento de peso materno menor de 8 Kg al término del embarazo.
- Intervalo intergenésico menor de 24 meses.
- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Antecedentes de hijos con bajo peso al nacer.
- Hemorragias frecuentes que producen anemia.
- Infecciones:

  Víricas: rubéola, citomegalovirus, varicela, herpes zoster.

  Bacterianas: micoplasma, clamidia tracomatis.

  Parasitarias: toxoplasmosis, malaria.

  - Malformaciones congénitas.
  - Incompetencia ístmico-cervical, riesgo departo pretérmino y parto pretérmino anterior.
  - Placenta previa.
  - Abruptioplacentae.
  - Corioamnionitis.
  - Rotura Prematura de Membranas. Es la pérdida de la solución de continuidad de las membranas ovulares que se produce antes de que se desencadene el trabajo de parto.
  - Alteraciones del líquido amniótico(Polihidramnios y oligohidramnio).
  - Anomalías y tumores uterinos.
  - Cirugía Previa del Cérvix.
  - Infección urinaria. : Es un proceso resultado de la invasión y el desarrollo de bacterias en el tracto urinario y que puede traer por consecuencia complicaciones maternas y peri natales.
  - Edad gestacional.

C. Factores de riesgo ambientales y del comportamiento.

- Hábito de fumar durante el embarazo o fumadora pasiva.
- Consumo exagerado de alcohol.
- Consumo exagerado de cafeína
- Elevada altitud sobre el nivel del mar.
- Estrés materno.
- Exposición a sustancias tóxicas, tales como: dióxido de carbono, plomo y
- Dióxido de nitrógeno.
- Control prenatal. (Álvarez Fumero y Urra Cobas, 2001)

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con el propósito de determinar los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Policlínico Docente¨28 de Septiembre¨ del Área de Salud de Vázquez en el año 2018.

La población estuvo constituida por todas las madres de los nacidos en el año 2018 con un peso inferior a 2500 gramos, pertenecientes al Área de Salud de Vázquez, las que se estudiaron en su totalidad coincidiendo la muestra con el 100% de la población escogida.

Análisis y discusión de los resultados

El peso del niño al nacer es uno de los indicadores más útiles para evaluar los resultados de la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud de este durante su primer año de vida. El bajo peso al nacer aumenta varias veces el riesgo de morbilidad neonatal e infantil, causa trastornos familiares y sobrecarga los presupuestos de los servicios de cuidados intensivos y neonatales especiales. Se asocia estrechamente con alteraciones del desarrollo infantil y algunos informes sugieren que más del 50 % de la morbilidad neurológica crónica es atribuible a estos trastornos. (Fuentes, Hessol, yPérez ,EJ.1999)

Existen diferentes factores de riesgo que favorecen la aparición de recién nacidos con bajo peso. Durante el año 2018 se produjo un total de nueve casos en el Policlínico Docente 28 de Septiembre, del municipio Puerto Padre, por lo que se decidió realizar esta investigación.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad.

Distribución de pacientes por grupo de edades.	Total	%
Hasta de 18 años.	3	33.3
De 19 a 34 años.	6	66.7
De 35 años y más	0	0
Total	9	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla # 1 se muestra la distribución, según grupo de edades, de las pacientes que aportaron bebés con bajo peso durante el año 2018. En esta se tuvo en cuenta las edades extremas y óptimas para el embarazo. En nuestra muestra constatamos que el grupo predominante estuvo dentro del grupo de edad con menos riesgo para la gestación, es decir de 19 a 34 años, con un total de 6 mujeres, para un 66.6%. El grupo restante se ubicaron dentro de las adolescentes, con 3 pacientes, ninguna paciente resultó ser añosa.

El estudio presentado coincide con el de la Dra. Isahiris González García y colaboradores, titulado "Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Policlínico Universitario José Jacinto Milanés. 2013-2014" donde en el grupo estudiado, las gestantes con edades comprendidas entre 25 y 29 años constituyeron el mayor porciento con 35.2. (González y cols, 2014).

Tabla 2. Distribución de los pacientes según talla, valoración nutricional y ganancia de peso durante el embarazo.

Distribución de pacientes según		No	%
Talla	**Baja talla < 1.50m**	2	22.2
	Normo talla > ó = 1.50 m	7	77.8
Valoración nutricional al comenzar el embarazo	**Desnutrida**	0	0
	Bajo peso	0	0
	Normo peso	7	77.8
	Sobrepeso	1	11.1
	Obesa	1	11.1
Ganancia de peso durante el embarazo	**Ganancia Insuficiente**	5	55.6
	Ganancia Suficiente	3	33.3
	Ganancia Exagerada	1	11.1

Fuente: Encuesta.

En la tabla 2 se muestra la distribución de las pacientes según talla, valoración nutricional y ganancia de peso durante el embarazo. Como podemos observar el 77.8 % de ellas fueron normo talla, es decir, tenían una altura igual o superior a los 1.50cm. Solo 2 se describieron como baja talla. En relación a la valoración nutricional de las pacientes al comenzar el embarazo, el grupo predominante fueron las normo peso, con un índice de masa muscular acorde a su talla. Se encontró una paciente obesa y una con sobrepeso. Ninguna de ellas comenzó la gestación desnutrida o bajo peso. Sin embargo, podemos constatar que más de la mitad de las pacientes culminaron la gestación con una ganancia inadecuada de peso, para un 55.6 %, 3 con una ganancia suficiente, para un 33.3 % y solo 1 con ganancia exagerada. Siendo la ganancia de

peso total inadecuada un factor de riesgo materno asociado a los casos de bajo peso al nacer de nuestra área. Coincidiendo con una investigación realizada en el Policlínico Universitario Carlos Verdugo, de la Dra. García Mirás. (García Mirás, Llera Valdés, Pacheco Bermúdez, Delgado González, y González Sánchez, 2012)

Tabla 3. Distribución de los pacientes según antecedentes obstétricos.

Distribución de los pacientes según		No	%
Periodo Integenésico	**≤ 2 años**	5	55.6
	> 2 años	4	44.4
Antecedentes de BPN	**Con antecedentes**	1	11.1
	Sin antecedentes	8	88.9
Pretérmino anterior	**Con antecedentes**	2	22.2
	Sin antecedentes	7	77.8
Malformaciones congénitas	**Sin malformaciones**	8	88.9
	Con malformaciones	1	11.1

Fuente: Encuesta.

En la tabla 3, se muestran los principales antecedentes obstétricos que se tuvieron en cuenta como factores de riesgo para el bajo peso, en esta evaluamos el período intergenésico corto, los antecedentes de bajo peso anterior, el pretérmino anterior y las malformaciones congénitas. Entre los antecedentes obstétricos de mayor relevancia, pudimos constatar el período intergenésico corto, 5 pacientes para un 55.6 %; y el pretérmino anterior con 2 gestantes para un 22.2 %. Resultados que coinciden con el estudio del Dr. Suárez González, en el Hospital General "Orlando Pantoja Tamayo". (Suárez Gonzálezy Gutiérrez Machado,2011).

Tabla 4. Distribución de los pacientes según antecedentes patológicos personales.

Distribución de los pacientes según APP	No	%
Anemia	2	22.2
HTA	5	55.6
Diabetes Mellitus	3	33.3
Nefropatía	0	0

Cardiopatía	0	0
Tabaquismo	0	0
Alcoholismo	0	0
Estrés	2	22.2
Exposición a sustancias	5	55.6

Fuente: Encuesta.

En cuanto a la distribución de las pacientes según antecedentes patológicos personales, encontramos como los más significativos la Hipertensión Arterial, con un 55.6 % y la exposición a sustancias debido a esta misma enfermedad, pues las pacientes se vieron sometidas a tratamientos antihipertensivos como la Metildopa y la Hidralazina; les siguió la Diabetes Mellitus con tres, lo que representó el 33.3 %, la anemia, con un 22.2 % y el estrés materno, en este caso las 2 pacientes identificadas como caso social por sus dificultades económicas. No tuvimos pacientes con nefropatías o cardiopatías, ni casos de pacientes fumadoras o con consumo de alcohol durante la gestación; no coincidiendo en estos aspectos con el estudio del Dr. Suárez González, donde los hábitos tóxicos y la edad materna extrema constituyeron los factores de riesgo predominantes. (Suárez Gonzálezy Gutiérrez Machado,2011).

Tabla 5. Distribución de los pacientes según exposición a infecciones.

Distribución de los pacientes según exposición a infecciones	**No**	**%**
Infección urinaria	1	11.1
Infección vaginal	8	88.9
Infecciones víricas: rubeola, citomegalovirus, varicela, herpes zóster.	0	0
Infecciones parasitarias.	0	0

Fuente: Encuesta.

En la tabla antes expuesta se distribuyeron las pacientes según exposición a infecciones. Cabe destacar la relevancia de las infecciones vaginales durante la gestación y la persistencia en la mayoría, de esta infección a lo largo del embarazo. De nuestras 9 pacientes, 8 presentaron infección vaginal para un 88.9% y solo 1 paciente, para un 11.1% se le diagnosticó infección urinaria. Sin embargo debemos tener en cuenta, que como un fallo del seguimiento prenatal en muchos de los casos las embarazadas solo se realizaron urocultivo en uno o dos trimestres del embarazo y en el peor de los casos nunca se les realizó este complementario. Por tanto no podemos constatar la relación exacta entre el bajo peso y la infección urinaria en nuestra Área de Salud.

Tabla 6. Distribución de los pacientes según edad gestacional al concluir el embarazo.

Distribución de los pacientes según edad gestacional.		No	%
	< de 37 semanas.	2	22.2
Total	Igual o > de 37 semanas	7	77.8
		9	100

Fuente: Encuesta.

Al concluir el embarazo, el 77.8 % de las pacientes tenían un período de gestación igual o mayor a 37 semanas, solo 2 pacientes tuvieron un parto pretérmino, por interrupción del embarazo, debido a cifras de TA elevadas.

CONCLUSIONES

Al terminar nuestra investigación pudimos arribar a las siguientes concusiones:

El grupo predominante estuvo dentro de las edades con menos riesgo para la gestación, es decir de 19 a 34 años, con un total de 6 mujeres, para un 66.6%.

Predominaron las pacientes con bajo nivel cultural con 9no grado de escolaridad

El 100 % de nuestras pacientes estaban casadas o en unión estable, es decir, ninguna tuvo que enfrentar la gestación, como madre soltera y por ende con poco apoyo familiar.

Solo 2 pacientes se consideraron caso social. El 77.8 % tuvo una situación económico social favorable.

El 100 % de nuestras pacientes tuvo un embarazo deseado, sin embargo el 67.7% de ellos resultó no ser planificado y por tanto, sin tratamiento preventivo. El 88.9 % de los casos estaba dispensarizado como riesgo preconcepcional.

El 77.8 % de ellas fueron normo talla, y normo peso al comenzar la gestación.

Sin embargo, más de la mitad de las pacientes culminaron la gestación con una ganancia inadecuada de peso, para un 55.6 %, Siendo la ganancia de peso total inadecuada un factor de riesgo materno asociado a los casos de bajo peso al nacer de nuestra área.

Del total de pacientes estudiadas, 8 tenían feto único para un 88.9 % y solo 1 con embarazo gemelar.

Un 55.6 % eran nulíparas y el 66.7 %, nunca se habían realizado abortos.

Entre los antecedentes obstétricos de mayor relevancia, pudimos constatar el período intergenésico corto, 5 pacientes para un 55.6 %; y el pretérmino anterior con 2 gestantes para un 22.2 %.

Según APP, encontramos como los más significativos la Hipertensión Arterial, con un 55.6 % y la exposición a sustancias, les siguió la Diabetes Mellitus con el 33.3 %, la anemia, con un 22.2 %

Cabe destacar la relevancia de las infecciones vaginales durante la gestación y la persistencia en la mayoría, de esta infección a lo largo del embarazo. De nuestras 9 pacientes, 8 presentaron infección vaginal para un 88.9% y solo 1 paciente, para un 11.1% se le diagnosticó infección urinaria. Sin embargo debemos tener en cuenta, que como un fallo del seguimiento prenatal en muchos de los casos las embarazadas solo se realizaron urocultivo en uno o dos trimestres del embarazo y en el peor de los casos nunca se les realizó este complementario.

REFERENCIAS

Álvarez, R. y Urra, LR. (2001). Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. *RESUMED* 14(3):117-24. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_3_01/res02301.pdf

Fuentes, E.; Hessol, NA. y Pérez, EJ. (1999).Testing the Epidemiologic Paradox of Low Birth Weight in Latinos. *ArchPediatrAdolescMed*.153(2):147-53

García, R. Llera, A. Pacheco, AL. Delgado, MJ. y González, A. (2012). Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. *Rev Cubana ObstetGinecol* 38(4):467-77. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400004&lng=es

González, I.; Guillermo, GM.; Hoyos, AJ.; Torres, II.; González, I. y Fernández, LE.(2014). Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Policlínico Universitario José Jacinto Milanés. (Soporte digital)

Jorna, AR.; Rodríguez, I.; Véliz, PL.; Cuellar, R. y Olivera, Y. (2012). Comportamiento del bajo peso al nacer en el Policlínico Universitario "Héroes del Moncada" 2006-2010. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 28(1): 3-14. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000100002&lng=es

Meneghello. (1997). *Pediatría*. Buenos Aires: Medica Panamericana S.A; 5 ed.

Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros médicos y Estadística de salud. (2019). Anuario Estadístico de Salud 2018.La Habana. Recuperado de: http://www.sld.cu/sitio/dne

Núñez, HP. Y Morice, AC. (1999).Bajo peso al nacer: un indicador de riesgo biológico y social. Tres Ríos, Costa Rica: Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud.(Soporte digital).

Suárez, JA. y Gutiérrez, M. (2011). Predictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo. *Rev Cubana ObstetGinecol*. 37(2):154-61.

Torres, RM. y Alfonso, ZI. (2013). Comportamiento del índice de bajo peso al nacer en el Policlínico Docente Cerro durante los años 2009-2010. *Rev Cubana Med Gen Integr* 29(2): 151-159. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200006&lng=es

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA - EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE CURSAN CON TROMBOCITOPENIA EN NIÑOS

CLINICAL – EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATIONS OF THE MAIN DISEASES CAUSING THROMBOCYTOPENIA IN CHILDREN

Alicia Velázquez Pérez

Jorge Luis Riquenes Hidalgo

Yanet Carballosa Álvarez

RESUMEN

Clásicamente se ha definido la trombocitopenia como una cifra de plaquetas inferior a 150 x 10^9/L. Ante un niño con un síndrome hemorrágico siempre se debe valorar el número y la función de las plaquetas. La trombocitopenia puede resultar de múltiples condiciones, las causas más frecuentes en la infancia son de tipo inmune. Nos proponemos caracterizar el comportamiento de las principales enfermedades que cursan con trombocitopenia en niños en el período de marzo de 2008 a marzo de 20028.Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, de los pacientes ingresados con enfermedades variadas donde se comprueba por exámenes de laboratorio trombocitopenia. Un manejo terapéutico precoz evita complicaciones graves y mejora el pronóstico independientemente de la causa.

PALABRAS CLAVES: púrpura trombocitopénica inmune, trombocitopenia, infancia.

ABSTRACTS

Thrombocytopenia has classically bein defined as a lowered plateles count of less than 150 x 10^9/L. in a child with haemorragic syndrome is important to evaluate the quantity and quality of the plateles. There are multiple medical conditions that induce thrombocytopenia; the most frequent causes in childhood are autoimmune diseases. The objective to characterize the behavior of the main diseases causing thrombocytopenia in children from march 2008 to march 2018. A prospective, observational, transversal, descriptive study was done in admitted patients with several diseases where thrombocytopeniawas proved in the laboratory exams. Universe and sample: 105 patients. in the diagnosis and treatment, orientations of an hetegoneus group of childhood diseases, an early therapeutic management, and grave complications and improve the prognosis regardless the causes.

KEY WORDS: immune thrombocytopenia purpura, thrombocytopenia, childhood.

INTRODUCCIÓN

La trombocitopenia, como la fiebre y la anemia, es un signo que en todos los casos debe aclararse su etiología. Ante un niño con un síndrome hemorrágico, siempre se debe valorar el número y la función de las plaquetas. Las causas más frecuentes de trombocitopenia en la infancia son de tipo inmune y destaca la trombocitopenia inmune primaria. Son frecuentes otras formas autoinmunes inducidas por fármacos o asociadas a otras enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico o síndrome anti fosfolípido o a inmunodeficiencias. Destacan también las asociadas a infecciones, hepatopatías, insuficiencia renal, problemas carenciales (vitamina B12 o cobalamina).

En la época fetal o neonatal destaca la trombocitopenia isoinmunes. (Kliegman et al (2016); Buchanan (2012); Mitchell (2014) y Kureda et al (2016).

Las petequias y sangrado mucocutáneo se debe a pequeñas lesiones endoteliales que no pueden sellarse, debido a que la adhesión y agregación plaquetaria no es suficiente. Las hemorragias a nivel visceral o cerebral son poco frecuentes, aunque el riesgo de hemorragia espontánea existe y puede ser grave. Las manifestaciones de sangrado son diferentes según las enfermedades causantes de la trombocitopenia, y suelen ser más intensas cuando se debe a problemas de fallo de la hematopoyesis, o enfermedades de médula ósea. Kliegman et al (2016) Buchanan (2012)

Considerando la diversidad clínica de las enfermedades que causan trombocitopenia en el niño, con evolución y respuesta variable a los diferentes esquemas terapéuticos empleados; nos propusimos realizar una investigación para caracterizar las principales entidades que cursan con trombocitopenia en niños.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en pacientes pediátricos con trombocitopenia ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “Mártires de Las Tunas” de marzo de 2008 a marzo de 2018.El universo de la investigación fue de 105 pacientes con diagnóstico de laboratorio de trombocitopenia, la muestra estuvo representada por esos niños en edad pediátrica hospitalizados en el centro en el período de la investigación.

Los datos se procesaron de forma automatizada por el programa Excel. Se utilizaron métodos estadísticos con frecuencia absoluta y relativa, con los diferentes porcientos y entrecruzamientos de variables. Los resultados se muestran en tablas y se realizó análisis y discusión con comparaciones con otros estudios locales, nacionales e internacionales para emitir conclusiones y recomendaciones dando cumplimiento a los objetivos trazados.

Principales resultados

Los pacientes según los grupos de edad y su relación con la severidad de la trombocitopenia, predominó el grupo de uno a cuatro años (57,1%), la trombocitopenia moderada se manifestaron en 45 pacientes. La trombocitopenia severa en este grupo solo se observó en el 20%, las edades extremas (menor de un año y mayores de 15 años) fueron las menos afectadas.

Los resultados referentes al **género** en la presente investigación,el sexo masculino representó el 58% de la muestra estudiada, en ambos sexos la trombopenia moderada y ligera resultó la más frecuente.

Los sangramientos cutáneos mucosos resultaron los más frecuentes en la muestra estudiada, se presentaron en todas las variables de severidad de la trombocitopenia y aumentaron en casos moderados y severos, sin embargo los sangrados vaginales solo se relacionaron con plaquetopenia moderada (44,4%) y severa (55,5%). Las hemorragias digestivas y renales fueron menos significativas y en todos los pacientes se presenta en niños con trombocitopenia moderada y severa.

La PTI representó el 39% (41 pacientes) de la muestra, solo el 20,9% presentaron trombocitopenia en relación con infecciones virales, predominó la trombocitopenia ligera en el 68,1%. Las infecciones bacterianas graves relacionadas con la sangre

(bacteriemia) pueden producir la destrucción de plaquetas, se observó en el 10,4% en casos de sepsis graves en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. La leucemia es el cáncer más frecuente en los menores de 14 años, y entre todas sus variantes, la leucemia linfoblástica aguda (LLA) (80%).Menos representativo resultó el comportamiento de otras enfermedades como la Coagulación Intravascular Diseminada, las trombocitopenias inducidas por drogas, anemia hipoplástica y el Lupus Eritematoso Sistémico.

Estos resultados coinciden con la mayoría de la literatura consultada de diferentes estudios y los autores planteamos que como la trombocitopenia en la infancia más frecuente a esta edad es la inmunológica estos son los grupos que más se van a afectar, así como por otras causas propias de esta edad. La trombocitopenia severa en este estudio se observó en el 17,1% de los pacientes, autores como Kareda A, Noguera D y colaboradores reportan trombocitopenia severa con riesgo de sangramientos estimados aproximadamente en el 10% de los casos. (4), predominando el grupo de pre.escolares y escolares y siendo menor frecuente en el lactante. (Wilson, 2016 y Rodríguez et al, 2017)

El presente estudio coincide con los resultados reportados por Velazco Silva en Perú en el Instituto Nacional de Salud del Niño en 2014 y con los de la provincia Las Tunas, publicado en el año 2007 por Álvarez, Velázquez, Clemente, Pérez, Velazco (2014) y Álvarez et al (2007)

No existe una explicación cierta sobre la causa porque se encontraron más pacientes del sexo masculino, pero si conocemos que demográficamente en esta provincia el número de varones es superior al de las hembras, y para muchas enfermedades siempre el sexo masculino es el más afectado.

Los resultados coinciden con investigaciones realizadas donde se estandarizan pautas en el diagnóstico y manejo integral de los niños con trombocitopenia atendiendo al género y enfermedades asociadas. Kureda et al 82016) Wilson (2016) Rodríguez et al (2017)

Estudios realizados por los Doctores Berrueco, Dapena, Sebastiáne y Sastre del Departamento de Hematología y Oncología Pediátricas, Hospital Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona, España, plantean el predominio de la trombocitopenia en el sexo masculino, sin embargo otros autores como Álvarez y Fernández informan en sus reportes que los cuadros más graves corresponden al sexo femenino. (Berrucoa y Álvarez, 2018)

En el presente estudio sin importar la severidad de los sangramientos los más frecuentes fueron los cutáneos y se explica pues las causas de trombocitopenia en los niños generalmente lo que provocan es este tipo de sangrado, en muy pocas ocasiones se observará un sangrado visceral.

Estudios realizados en Valencia, Madrid, Barcelona por Monteagudo, Fernández, Sastre, Toll T, Llort y colaboradores en representación del Grupo de Trabajo de la PTI de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas, coinciden en la relación proporcional entre la severidad de la trombocitopenia y las manifestaciones hemorrágicas, con un porciento limitado de pacientes donde no existe correlación clínica con las cifras cuantificadas de plaquetas en su mayoría asociada a

enfermedades crónicas de tipo inflamatorio u oncoproliferativa, resultados acordes con los reportados en el trabajo. (Monteagudo, 2015)

Se puede constatar en este estudio, que las infecciones virales son la responsable junto con la PTI del mayor número de causas de sangramientos en nuestra muestra, esto explicado porque las causas graves no son tan frecuentes en la edad pediátrica.

La PTI con predominio de la trombocitopenia moderada coincide con los reportes realizados por diferentes autores de la Sociedad Española de Pediatría donde planteanque la trombocitopenia inmune primaria es una enfermedad autoinmune adquirida con presentación, características y curso clínico muy variables. (9, 11). Es la causa más frecuente de trombocitopenia de presentación aguda en un niño sano. La incidencia en la edad pediátrica es de 5 casos por 100 000 habitantes/año, resultados similares publican trabajos de nuestro país como Jorge Rodríguez y col, en la ciudad de Cienfuegos. (Rodríguez, 2017)

Múltiples infecciones de tipo viral se han asociado a trombocitopenia mediada por anticuerpos. Los artículos revisados que abordan el tema, están de acuerdo con el agente causal en la mayoría de los casos se relaciona con: virus de Epstein - Barr, hepatitis viral, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la varicela zóster, del sarampión, la rubéola y virus del dengue. En nuestro estudio se presentó trombocitopenia en infecciones virales, los virus más frecuentes resultaron el dengue, Epstein - Barr y hepatitis viral, los resultados coinciden con los autores consultados donde se plantea entre los mecanismos involucrados la pérdida de tolerancia periférica por un aumento de la estimulación del sistema inmunológico debido al proceso infeccioso en curso.

> (…) las infecciones bacterianas graves relacionadas con la sangre pueden producir la destrucción de plaquetas, se observó en casos de sepsis graves. La leucemia es el cáncer más frecuente en los menores de 14 años, y entre todas sus variantes, la leucemia linfoblástica aguda (LLA) (80%) coincidiendo con el estudio realizado. En estudios realizados en Europa el cáncer es una enfermedad rara en los niños, la incidencia media anual es de 140 casos por millón de niños, pero esta enfermedad representa la primera causa de muerte en niños en los países desarrollados. (Díaz, 2014 y Shenor, 2013)

Menos representativo resultó el comportamiento de otras enfermedades como la coagulación intravascular diseminada, las trombocitopenias inducidas por drogas, anemia hipoplástica y el lupus eritematoso sistémico, este último de un 15 - 20% de los pacientes desarrolla la enfermedad antes de los 16 años, las manifestaciones hematológicas son variadas y pueden observarse anemia, trombocitopenia y modificaciones de los glóbulos blancos, la mayoría de los autores consultados reportan que el 30% de los pacientes con una púrpura trombocitopénica inmunológica y anticuerpos antinucleares positivos desarrollarán posteriormente un LESp. (Benseler, 2015).

CONCLUSIONES

Predominó el sexo masculino, el grupo de edades de 1 a 4 años La trombocitopenia severa ocasiona el mayor número de pacientes con sangramientos digestivos, metrorragias y hematuria. Los cutáneos mucosos son los más frecuentes

independientemente de las cifras de plaquetas. En el mayor porciento de los pacientes estudiados la trombocitopenia adquirida se relacionó con enfermedades benignas (PTI, infecciones virales y bacterianas). El porciento no resultó significativo en las hemopatías malignas, enfermedades del colágeno y causas genéticas.

REFERENCIAS

Álvarez M., Velázquez A., Pupo Y., Clemente R., Pérez O. (2007). *Comportamiento Clínico Epidemiológico de los pacientes pediátricos con Púrpura Trombocitopénica Idiopática en el periodo de 1996 a enero del 2006*. (Soporte digital).

Kelly, C., Salvi, S., McClain, K., Hayani, A. (2015) Hemophagocyticlymphohistiocytosis associated with precursor b acute lymphoblastic leukemia. *PediatrBloodCancer.* 56:658-60.

Monteagudo, R., Fernández, (2015) En representación del Grupo de Trabajo de la PTI de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas. (soporte digital)

Rodríguez, BL., García, D. Díaz. (2016).Características clínico-epidemiológicas de la trombocitopenia inmune primaria en pacientes pediátricos. *Revista Cubana de Hematología Inmunología y Hemoterapia*. 36.

ACCIONES DIRIGIDAS A INCREMENTAR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

ACTIONS DIRECTED TO INCREASE THE LEVEL OF SATISFACTION AND THE QUALITY OF LIFE OF THE BIGGER ADULT

Alisis Osoria Fernández alisis.of@nauta.cu

Dania del Carmen Faxas Rodríguez

RESUMEN

En el presente siglo, un gran número de personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto. Se realizó un estudio de intervención, en el Consultorio Médico de la Familia (CMF) “La Caridad”, perteneciente al municipio Jobabo provincia Las Tunas, con el objetivo de elaborar y evaluar una propuesta de acciones dirigidas a incrementar el nivel de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor. Para la elaboración se tuvieron en cuenta una serie de parámetros que permitieron la realización adecuada del estudio. Se logró que el 80% controlaran sus afecciones crónicas, se incrementó la participación en las actividades recreativas, se elevó el sentido de utilidad. Las condiciones estructurales y funcionales de las viviendas fueron evaluadas en el total de los encuestados, logrando mayor satisfacción personal, con resultados positivos que permitieron elevar la calidad de vida de los adultos mayores en el área de salud, objeto de estudio de la presente investigación.

PALABRAS CLAVES: envejecimiento, adulto mayor, calidad de vida.

ABSTRACT

In the present Century, a large Lumber of people overcome the chronological barriers that man has placed as a stage of old age, which has made poblational aging a challenge. An intervention study was carried out in the medical office of the La Caridad family, belonging to the Jobabo municipality Tunas province, with the aim of developing ande evaluating a proposal of actions aimed at increasing the level of satisfaction and quality of life of the elderly. For the elaboration, a series of parameters were taken into account that allowed the adequate study to be carried out. The structural and functional conditions of the homes were evaluated in the total of the respondents, achieving greater personal satisfaction, with positive results that allowed raising the quality of the life of the elderly in the health area, object of study of the present invesitgation.

KEY WORDS: aging, elderly, quality of life.

INTRODUCCIÓN

El mundo comienza su destino demográfico hacia el envejecimiento; ahora, la preocupación por el cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del siglo XXI. Cuba, en los momentos actuales, atraviesa por una avanzada transición demográfica que se caracteriza por una muy baja tasa de fecundidad y un aumento importante por la supervivencia, todo esto en el marco de un proyecto político cuyo objetivo central ha sido y es la construcción de una sociedad, sustentada en los principios de igualdad de oportunidades para todos y

justicia social. Diversos factores explican el reciente desarrollo de este tipo de preocupaciones. En primer lugar, la incrementada importancia que ha tomado el envejecimiento de la población. A ello se suman, las condiciones de vida actuales de las personas mayores que, a diferencia de lo que ocurría anteriormente, lo más corriente es que ya no conserven unos vínculos familiares tan estrechos con su familia; de este aislamiento resulta la necesidad de preocuparse por su bienestar físico y psicológico.

Se consideran adultos mayores, a los de más de 60 años para los que viven en países en vías de desarrollo y, de 65 años, a los que viven en países desarrollados según el acuerdo en Kiev, 1979, Organización Mundial de Salud (OMS). En 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ajustó la edad de 65 y más para considerarlo adulto mayor. En el año 2000 la población mundial reunía el 29.9% en edades infantiles y el 6.9% en edades avanzadas; al año 2050 el grupo infantil disminuirá al 21% y el de 65 y más se incrementa notablemente a 15.6%. En síntesis, el próximo medio siglo el envejecimiento del mundo se representará con un aumento de 1,041millones de habitantes de 65 años y más. Las principales causas de morbilidad en mayores de 65 años en la actualidad son las afecciones cardiovasculares, las complicaciones de la diabetes, los traumatismos (en particular las fracturas), la enfermedad cerebro-vascular, las neumonías y las neoplasias malignas.

Nuestro país, no se excluye de esta evolución. A partir de 1959 esta "transición" se acelera y profundiza. Disminuyen progresivamente los índices de fertilidad y mortalidad, así como los de enfermedades infecciosas; adquiriendo un papel fundamental las enfermedades crónicas no transmisibles. El envejecimiento de la población cubana es un logro de los cambios estructurales que han tenido lugar después del triunfo de la Revolución. Más del 15 % de la población cubana es mayor de 60 años, la esperanza de vida al nacer oscila entre los 75 y 78 años, y se trabaja para lograr una cifra cercana a los 80 años.

En nuestra sociedad socialista, las personas de la tercera edad tienen asegurado su bienestar lo cual está plasmado en el capítulo 3, Artículo 88 de La Constitución de la República de Cuba, aprobada el 10 de abril de 2019, el cual expone:

> (…) El estado, la sociedad y las familias, en lo que a cada uno corresponde, tienen la obligación de proteger, asistir y facilitar las condiciones para satisfacer las necesidades y elevar la calidad de vida de las personas adultas mayores. De igual forma respetar su autodeterminación, garantizar el ejercicio pleno de sus derechos y promover su integración y participación social (Artículo 88, C. República de Cuba, 2019).

Entre las provincias con mayor envejecimiento, se encuentran Villa Clara, Ciudad de La Habana y Sancti Spíritus, que se diferencian de otras como Pinar del Río, Ciego de Ávila y las provincias orientales con menor porcentaje de mayores de 60 años. Actualmente la esperanza de vida en la provincia de Las Tunas es de 80 años de edad. Hasta la fecha se ha alcanzado un índice de 80 años para la mujer y de 78 para los hombres. El índice de envejecimiento total de la provincia es de un 18.3 %. El mayor lo reporta el municipio de Puerto Padre con un 21%, seguido de Jesús Menéndez con un 20%; el menor lo ostenta el municipio de Majibacoa con un 16%. Jobabo presenta un índice de envejecimiento de 18%, cifra ligeramente inferior a la media provincial. En la comunidad de “La Caridad” del municipio Jobabo, se evidencia un incremento notable en este grupo etáreo, lo cual ha sido un factor determinante para clasificar a la

población como envejecida. Con esta investigación se pretende elevar la calidad de vida y el nivel de satisfacción del adulto mayor en dicha comunidad, con una aplicación que va desde lo individual a lo comunitario; y que involucra, directamente, al anciano, como principal protagonista del presente estudio. Creemos que la investigación es oportuna ya que involucra uno de los grupos poblacionales más sensibles de la sociedad; además, se tienen presentes elementos que van desde la valoración de criterios personales hasta el análisis de problemas colectivos.

Caracterización del adulto mayor perteneciente al CMF La Caridad, Jobabo, Las Tunas.

Aplicación y evaluación de acciones para incrementar la calidad de vida y el nivel de satisfacción.

Al analizar la relación de los ancianos estudiados con respecto a su sexo y edad (tabla No 1), encontramos un predominio en el sexo masculino, con 27 ancianos para el 58.6% de la muestra y 19 del sexo femenino para el 41.3 % de los estudiados. Al relacionar la edad de los estudiados observamos que la mayoría están en el grupo de 60 a 69 años con 26 ancianos, representando el 56.5%.

Tabla No 1. Distribución del adulto mayor según grupo de edades y sexo.

Grupo de edades (años)	Masculinos		Femenino		Total	
Grupo de edades (años)	No	%	No	%	No	%
60-69	15	32.6	11	23.9	26	56.5
70-79	7	15.2	3	6.5	10	21.7
80-89	5	10.8	5	10.8	10	21.7
90 ó más	0	0	0	2.1	1	2.1
Total	27	58.6	19	41.3	46	100

Fuente: Encuesta.

Los autores comunican que entre los 60 y 69 años en los estudios es la edad a esperar, pues este constituye el grupo más joven de la ancianidad. En estudio realizado en el municipio Mella de la provincia de Santiago de Cuba, también encontraron predominio del sexo masculino sobre el femenino en los ancianos estudiados; mientras que en estudio realizado en el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad ellos exponen los datos estadísticos donde el 52,2 % son del sexo femenino, lo cual no coincide con los resultados obtenidos. Nuestros resultados consideramos que son los propios para nuestra provincia pues, la tasa de mortalidad infantil que ostentamos se encuentra por debajo de la media nacional, también tenemos una de las mejor esperanza de vida al nacer con un índice de 80 años para la mujer y de 78 para los hombres.

En cuanto al sexo también es de esperar estos resultados, pues en nuestra provincia predomina la población del sexo masculino con relación al sexo femenino.

Consideramos estos los resultados esperados para cualquier parte del país, pues con el desarrollo de nuestro sistema de salud, se han ido instaurando programas que hacen que la salud y la esperanza de vida sea cada vez superior. Además tenemos un programa especial para este grupo de edad, donde lo integra por completo a la sociedad y vela por la salud de ellos. En el comportamiento de la presencia de enfermedades crónicas asociadas en el grupo de estudio (tabla No 3), encontramos que la más frecuente es la hipertensión arterial, presente en 24 ancianos para el 52.1 %, seguido del asma bronquial con 19 pacientes para un 39.1%, la cardiopatía isquémica con 9 ancianos para el 19.5 %, la diabetes mellitus con 6 para un 13%. En otras enfermedades encontramos problemas óseos, del tiroides, cerebrovascular, con un total de 6 ancianos para un 13%.

Tabla No 3. Comportamiento de las enfermedades crónicas asociadas

Enfermedades	No	%
Hipertensión arterial	24	52.1
Diabetes Mellitus	6	13
Asma Bronquial	18	39.1
Cardiopatía Isquémica	14	19.5
Otras	6	13

Fuente: Encuestas, historia de salud individual, evaluación geriátrica.

Revisamos estudios donde señalan que la hipertensión arterial es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en los ancianos, además se muestra una pluripatología, ya que hay ancianos que tienen más de una enfermedad crónica no transmisible y lo mismo ocurre con los comportamientos de riesgo. Nuestro resultados eran los lógicos a esperar pues como se relaciona en los estudios revisados para esta investigación, encontramos que los autores señalan en sus trabajos que la hipertensión arterial es la enfermedad crónica más frecuente en la tercera edad y, relacionada con esta, comienzan a aumentar las cardiopatías isquémicas; además, el asma bronquial en los últimos años ha ido aumentando en nuestra población.

Dentro de las principales discapacidades asociadas encontramos que la más frecuente es la visual con 9 casos para un 19.5%, aquí fueron incluidos adultos mayores ciegos y con baja visión, la gran mayorías por causas biológicas, lo cual constituye un factor de riesgo importante para la ocurrencia de accidentes (tabla No 4).Fueron encontrados 7 casos de discapacidad físico motoras, que representan un 15.2% de los ancianos estudiados, 5 con discapacidad auditiva para un 10.8% y 6 con discapacidad intelectual para un 13%. En resume se encontraron 27 adultos mayores discapacitados que representan el 58.6%.

Tabla No 4. Discapacidades asociadas.

Discapacidad	#	(%)
Visual	9	19.5
Auditiva	5	10.8
Físico motora	7	15.2
Intelectual	6	13
Total	27	58.6

Fuente: Encuestas, Historia de salud individual, Evaluación geriátrica.

Estos resultados coinciden con datos estadísticos de investigaciones realizadas en nuestro país, que señalan que la incidencia y prevalencia de discapacidades es más frecuente en la tercera edad.

En nuestro estudio encontramos que solamente 13 de los ancianos no presentaban ningún hábito tóxico, lo cual representan el 28.2% (tabla No 5), por lo que el 71.7% de los mismos presentan algún hábito, teniendo en cuenta que en un mismo paciente pueden estar asociados varios de ellos. Según lo referido por estos ancianos la mayor prevalencia fue la ingestión de café, con 38 casos para un 78.2%. Encontramos que 24 ancianos tenían hábito de fumar cigarro o tabacos, para un 52.17%, con un predominio en el sexo masculino sobre el femenino de 16 y pacientes respectivamente.

Tabla No 5. Relación de hábitos tóxicos

Hábitos tóxicos	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Tabaquismo	16	59.2	8	42.1	24	52.17
Café	21	77.7	15	78.9	36	78.2
Alcohol	6	22.2	0	0	6	13
Ninguno	8	29.6	5	26.3	13	28.2

La elevada ingestión de café es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades digestivas y cardiovasculares, sobre todo si se asocia con el tabaquismo, algo que es muy común en nuestra sociedad. El elevado índice de fumadores es un signo de alarma en la actualidad, ya que el hábito de fumar es la principal causa de muerte según OMS, por hábitos tóxicos, y se asocia a enfermedades malignas como el cáncer de pulmón y el de mamas. En estudio realizado por CITED encontraron que un 30 % de los adultos mayores son fumadores. El Dr. Alfonso Urzúa y Dr. Miguel Bravo encontraron que el hábito de tomar café es el más difundido entre los ancianos y además no encontraron consumidores de alcohol, coincidiendo lo primero con lo evidenciado en la presente investigación. El hábito de tomar café es el que más presenta nuestra población a

cualquier edad, por lo tanto era de esperar este resultado. El adulto mayor tiene gran predisposición por el hábito de tomar café pues viene arraigado de las generaciones anteriores, donde el hábito de tomar café desde época temprana de la vida era una cuestión normal, ya que no se conocía lo perjudicial que podía ser para la salud de una persona.

El en estudio realizado fueron evaluadas 39 familias según el FF-SIL, prueba diseñada en 1994 en Cuba, para medir percepción de funcionamiento familiar, de fácil aplicación y calificación para el equipo de la atención primaria, de las cuales formaban parte los adultos mayores de la muestran, de un total de 134 familias presentes en el área de salud. Se demostró que 12 familias se clasificaron como funcional (tabla No 6), para un 8.9%, mientras que 19 familias resultaron ser disfuncionales, representando el 14.1% lo cual evidenció que la mayoría de los adultos mayores pertenecientes a estas familias presentan una situación conflictiva en su convivencia, lo cual coincide con la bibliografía revisada.

Tabla No 6. Relacionado con el Funcionamiento Familiar (según el FF- SIL)

Clasificación	#	%
Funcional	12	8.9
Moderadamente funcional	8	5.9
Disfuncional	19	14.1
Severamente disfuncional	0	0
Total	39	29.1

Fuente: Encuestas, Historias Clínicas individuales y de Salud Familiar.

La familia es la célula fundamental de la sociedad, fundada en la unión matrimonial y los lazos de parentesco. La presencia de adultos mayores en la familia cubana hoy, ocasiona conflictos intergeneracionales que, si no se eliminan y se solucionan oportunamente, pueden provocar graves disturbios emocionales que repercuten negativamente en nuestros ancianos. Para la evaluación de la situación económica de los adultos mayores se tuvo en cuenta la independencia económica, que de forma general se mostró directamente proporcional a la economía familiar. Del total de la muestra estudiada 36 ancianos eran pensionados, tanto por jubilación como por asistencia social, lo cual representó el 78.2%(tabla No 7) por lo que 10 no presentaron una fuente económica estable, para un 21.7%. En el presente estudio predominó la clasificación regular, con 32 ancianos para un 69.5%, lo cual representó la mayoría; además 8 manifestaron presentar una buena situación económica, para un 17.3%, mientras que 6 refirieron poseer mala situación, representando un 13%.

Tabla No 7. Relacionado con la situación económica

Situación económica	#	%
Buena	8	17.3
Regular	32	69.5
Mala	6	13
Total	46	100

Fuente: Encuestas.

Según estudios realizados, la situación económica en los adultos mayores depende del nivel de desarrollo alcanzado por el país y el territorio. Es importante señalar que se trata de una zona eminentemente agrícola, donde predomina la cría de ganado y la producción de carbón , actividades que requieren de un gran esfuerzo físico ,que no están acorde, en muchos casos, con las capacidades físicas individuales.

La práctica de actividades físicas en los ancianos estudiados tiene una evolución hacia el sedentarismo pues sólo 7 para un 15.2 % tienen hábito de realizar ejercicios físicos frecuente, y lo que más realizan son actividades cotidianas de la vida diaria, presentes en 39 ancianos para un 84.7 % de la muestra (tabla No 8). El Dr. Miguel Poll González, en el cuarto Congreso Internacional de Longevidad Satisfactoria, resaltó las condiciones que ha creado el país para mantener una buena calidad de vida, dentro de las que se encuentra la realización de ejercicios físicos. En cuanto a las actividades de la vida cotidiana las que más realizan los ancianos son las propias del hogar.

Tabla No 8. Relación según práctica de actividad física

Actividades (Participa)	No	%
Ejercicios físicos	7	15.2
Actividades de la vida cotidiana	39	84.7
Total	46	100

Fuente: Encuestas.

El sedentarismo constituye, sin dudas, un factor de riesgo importante que incide de forma negativa en el estado de salud de las personas, sobre todo en los adultos mayores. En estudios realizados en nuestra provincia se han encontrado resultados similares a esta investigación, donde se plantea que la mayor actividad física de los ancianos está en actividades cotidianas. A la pregunta que si se sienten útil todavía (tabla No 9), contestaron que sí 31 ancianos para el 67.3 %, pero es preocupante que el 32.6 %, 15 pacientes, dicen que ya no se sienten útil. En estudios revisados para este trabajo se encontraron resultados similares. Se reportan dentro de los aspectos de vida sana, con calidad y de sentirse útil.

Tabla No 9. Relación según su sentido de utilidad

Se siente útil	No	%
SI	31	67.3
NO	15	32.6
TOTAL	46	100

Fuente: Encuestas.

La mayoría de los ancianos que responden que no se sienten útiles, es porque siempre lo hicieron todo sin dificultad y al pasar los años han ido perdiendo facultades, por lo que la calidad de vida no puede ser la misma. A esta edad ocurre una reducción fisiológica de las funciones, la visión, el desplazarse, van disminuyendo, por lo que se hace necesario trabajar la esfera psicológica de los ancianos para lograr una verdadera calidad de vida y que ellos se sientan útiles para la sociedad. Es muy importante haber encontrado estos resultados, pues cuando una persona se siente útil tiene mayores deseos de vivir, por lo que comprenderá mejor las orientaciones de los promotores de salud y hará que su vida sea más placentera. La Dra. Carmen M. Sarabia, expresó: "…para que haya longevidad y expectativa de vida sana tiene que haber nivel de vida, que lo da el Estado, con la educación, la salud, la cultura, el deporte y la seguridad social". Agrega además: "…el estilo de vida, que lo da la interacción del individuo, la familia y la comunidad, garantiza la calidad de vida".

Al término de la presente investigación se pudo comprobar que más del 90% de las viviendas de los adultos mayores de la muestra estudiada, no cumplen con muchos de los requisitos para clasificarla como saludables, incidiendo, sobre todo, factores de riesgo tales como: la mala disposición de los residuales líquidos y excretas; la deficiente iluminación y ventilación; la presencia de vectores y animales domésticos en el interior de las viviendas; así como deficiencias en las condiciones estructurales, con un predominio de viviendas con piso de tierra, paredes de tabla en mal estado y techos de guano, lo cual coincide con datos obtenidos de estudios estadísticos realizados sobre la situación de las viviendas en las zonas rurales, sobre todo en el territorio oriental.

Al determinar la calidad de las condiciones estructurales y funcionales de las viviendas y locales pertenecientes al área de salud, fueron evaluados los aspectos para la clasificación de la vivienda como saludable, expuestos por el Dr. Toledo Curbelo, dentro de los cuales se encuentran: el número de habitaciones, superficie útil y ubicación suficiente sin hacinamiento; separación adecuada entre dormitorios de adolescente y adultos de distintos sexos, entre viviendas y los locales para animales domésticos ; abastecimiento de agua potable en cantidad suficiente y en el interior de la vivienda; sistema higiénico de eliminación de aguas residuales y desechos sólidos; instalaciones adecuadas para el baño y el lavado; instalaciones adecuadas de cocina, comedor, despensa, armarios y closet; protección adecuada contra el calor, el frío, el ruido y la humedad ;ventilación suficiente; iluminación natural y artificial suficientes. De igual manera fueron analizadas las condiciones estructurales y funcionales de los locales sociales (tienda de víveres, círculo social, sala de video, mercadito de la familia), donde

se tuvieron en cuenta aspectos como: presencia de barreras arquitectónicas, iluminación, ventilación, condiciones higiénicas y sanitarias, entre otras. Los locales sociales, de modo general, presentaron condiciones adecuadas, destacándose como un elemento negativo, la presencia de barreras arquitectónicas. Este último aspecto estudiado coincide con las investigaciones realizadas en nuestra provincia, donde se alude a la presencia de las barreras arquitectónicas como factor de riesgo para la adecuada calidad de vida del adulto mayor. Es por ello que el estado cubano aprueba, mayormente, proyectos constructivos de locales e instituciones sociales, donde se respete la accesibilidad ajustada a la tercera edad.

En el presente estudio, se logró, con la elaboración y aplicación de una estrategia encaminada a incrementar la calidad de vida y el nivel de satisfacción del adulto mayor, basada en acciones, resultados efectivos. Se realizaron diferentes actividades integradoras que respondieron a un grupo de insuficiencias detectadas en el programa del adulto mayor, que se caracterizaron por ser flexibles y accesibles, con un carácter integrador familia, comunidad e intersectorialidad, y se proyectaron a corto, mediano y largo plazo.

Se pudo evaluar un grupo de acciones antes y después de la intervención (tabla No 10), con resultados positivos, ya que permitió mejorar la satisfacción y calidad de vida en la mayoría de los pacientes estudiados referente al funcionamiento familiar, participación en actividades recreativas, deportivas, círculo de abuelos y control de enfermedades crónicas.

Tabla No 10. Evaluación de las Acciones Antes y Después de la intervención.

Aspectos Implementados	Antes		Después	
Aspectos Implementados	#	%	#	%
Funcionamiento familiar inadecuado	19	41.3	6	13
Participación en actividades deportivas y recreativas	7	15.2	29	63
Control de afecciones crónicas	22	47.8	37	80
Sentido de utilidad	31	67.3	42	91.3
Participación en el círculo de abuelos	12	26	30	65.2

Fuente: Encuestas, historia clínica individual, historia de salud familiar, evaluación geriátrica.

Muestra la tabla No 10 los resultados antes y después de aplicadas las acciones de intervención, diagnósticas y terapéuticas dirigidas a los adultos mayores, sus familiares, las actividad en la comunidad con la participación de la intersectorialidad y papel rector de la salud junto a cultura, deporte, trabajo, para modificar actitudes individuales, familiares y sociales. Las dificultadas detectadas en cuanto al funcionamiento familiar se redujeron de un 41.3 a un 13%. Hubo un incremento notable de la participación en

actividades deportivas y recreativas de un 15.2% a un 63%. El 80% de los ancianos lograron controlar sus afecciones crónicas. Se logró que el 91.3 % mejoraran su sentido de utilidad, lo cual es un elemento significativo para un envejecimiento pleno, y cumplir el propósito de dar vida a los años y no solamente años a la vida. La participación activa en el círculo de abuelos aumentó en un 39.2%.

CONCLUSIONES

Existió un predominio en el grupo de 60-69 años, sexo masculino y del nivel de escolaridad primario. La hipertensión arterial resultó la enfermedad crónica no transmisible que más prevaleció. El hábito tóxico que predominó fue la ingestión de café, seguido del hábito de fumar. Las actividades de la vida cotidiana predominaron sobre la actividad física. Prevaleció el sentido de utilidad. Las acciones realizadas lograron que la gran mayoría controlaran sus afecciones crónicas. El funcionamiento familiar se modificó positivamente. La participación en las actividades recreativas y deportivas se incrementó de forma favorable, aunque no se logró el resultado esperado.

REFERENCIAS

Botero, B.; Pico, M.E. (2007) Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Salud* 12(1): 11-24. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=es.

García, M. (2012) *Cultura Física en la tercera edad*. La Habana: Pueblo y educación.

Abades, M.; Rayón, E. (2012) El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos* 23(4): 151-155. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400002&lng=es.

Sulbrandt, C.; Pino, P., Oyarzún, GM. (2012) Envejecimiento activo y saludable: investigación y políticas para el envejecimiento poblacional. *Rev. chil. enferm. respir.* 28(4): 269-271. Recuperado de:: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482012000400001&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482012000400001

Ramírez, M. y Lee, SL. (2012) Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Polis 2012 (Santiago)*, *11*(33), 407-428. Recuperado en 23 de enero de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682012000300020&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-65682012000300020

Álvarez, MS. (2011). *Construcción de un instrumento para medir calidad de vida en la tercera edad* (Tesis de grado).Editorial Científico Técnico La Habana: Facultad de Salud Pública.

Cardona, D. y Agudelo, H. (2007) Satisfacción personal como componente de la calidad de vida de los adultos de Medellín. *Rev. Salud Pública* 9(4): 541-549. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000400006

INTERVENCIÓN EDUCATIVA AL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL DEL CMF # 17 SIRVEN, OCTUBRE 2017 A JUNIO 2019

EDUCATIONAL INTERVENTION TO PRECONCEPTION REPRODUCTIVE RISK OF CMF # 17 SIRVEN, OCTOBER 2017 TO JUNE 2019

Anatiel Tamayo Multan anatieltamayo@nauta.cu

Ángel Hermida Nieves

Liudmila L. Castro Tornet liudmilal92@nauta.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa en el CMF # 17 Sirven Municipio Jobabo, en la etapa de octubre 2017 a octubre 2019, con el objetivo de evaluar la intervención educativa para modificar conocimientos sobre el Riesgo Preconcepcional en mujeres en edad fértil y sus riesgos**.** El universo estuvo constituido por246 mujeres, se escogió una muestra representada por 100 mujeres, las cuales se seleccionaron de forma aleatoria simple. Sé aplicó un cuestionario antes y después del programa educativo con las variables: Sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, inicio de las relaciones sexuales, fuentes de información, y conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Los datos obtenidos fueron procesados y expresados en tablas para arribar a conclusiones. Para este estudio me basé en los datos obtenidos de las hojas de cargo, HSF, HSI, datos estadísticos, encuestas. La intervención educativa aplicada resultó ser beneficiosa al modificar el nivel de conocimiento de forma positiva y los factores de riesgo preconcepcional. en la muestra de estudio.

PALABRAS CLAVES: Intervención educativa, riesgo preconcepcional y reproductivo, métodos anticonceptivos

ABSTRACT

An educational intervention study was conducted in CMF # 17 Sirven Municipality Jobabo, with the objective of evaluating the educational intervention to modify knowledge about the Preconception Risk in women of childbearing age and its risks. The universe consisted of 246 women, a sample representing 100 women was chosen. A questionnaire was applied before and after the educational program with the variables: Sex, age, marital status, level of education, initiation of sexual relations, sources of information, and knowledge about contraceptive methods. For this study I relied on the data obtained from the charge sheets, HSF, HSI, statistical data, surveys. With a discussion analysis of the results manually with a calculator, using qualitative and quantitative variables, to reach specific conclusions and achieve an increase in knowledge about this topic by the population.

KEY WORDS: Educational intervention - Preconception and reproductive risk - Contraceptive methods

INTRODUCCIÓN

El riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres comprende factores de variada naturaleza que implican un peligro potencial para la descendencia. Así:

> (…) El riesgo preconcepcional es aquel que afecta a mujeres en edad fértil que planean tener un embarazo. El cuidado preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención de las mujeres en edad reproductiva. Se define como un conjunto de intervenciones que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgos cuando sea posible. Las condiciones biológicas y sociales, así como ciertos hábitos y enfermedades influyen en el crecimiento y desarrollo fetal, ciertos factores maternos hacen que el embarazo sea de alto riesgo para el feto. (Leyva, Sosa, Guerra, Mojena, Gómez, 2011, p.323).

Es un objetivo y propósito de la salud materno-infantil el identificar los factores socioeconómicos y biogeográficos que desempeñan una función importante en el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad infantil, con el fin de desarrollar un plan de acción que modifique o disminuya estos factores. (Quevedo, Vázquez, Zulueta, Fernández, Ruz, 2012).

El Sistema Nacional de Salud desde su inicio consta con acciones y programas de planificación familiar que se desarrollan sobre la base de criterios de riesgo materno infantil y como sustento de libre ejercicio, de igualdad y libre soberanía sobre la reproducción. Estos participan como complemento del desarrollo socioeconómico que da origen al estatus demográfico actual, tales como la educación, salud, el empleo y otros.

Dentro de los programas que lleva a cabo el médico de la familia constituye uno de los más importantes el de la profilaxis del riesgo materno y perinatal, junto al control de riesgo reproductivo preconcepcional que se utiliza detectando el riesgo de toda la población femenina en edad fértil y consecuentemente aplicando medidas de educación sexual y planificación familiar.

El riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres comprende factores de variada naturaleza que implican un peligro potencial para la descendencia. “El riesgo preconcepcional es aquel que afecta a mujeres en edad fértil que planean tener un embarazo, en tanto el riesgo prenatal es el que está presente en las gestantes” (Botella, y Clavero, 2004).

La identificación de condiciones potencialmente dañinas presupone la implementación de acciones de salud, interdisciplinarias y multisectoriales, dirigidas a la prevención y control de las enfermedades, lo que incluye el asesoramiento genético para brindar orientación y educación con fines de promoción que permita la toma de decisiones informadas por parte de los individuos, la familia y la comunidad.

La adecuada pesquisa, clasificación y manejo de los riesgos preconcepcional y prenatal conduce a una mejor planificación familiar, a la vez que reduce la aparición de malformaciones congénitas, una de las principales causas de mortalidad infantil en Cuba y en el mundo. Estudios en otros países han reportado que el 40 % de todas las malformaciones letales tenían opciones potenciales de prevención. La identificación del riesgo en el nivel primario es, por tanto, un elemento central en las políticas sanitarias relacionadas con la atención materno-infantil.

En los dos últimos años la Red Provincial de Genética en Las Tunas ha trabajado con especial prioridad en la evaluación de las mujeres en edad fértil para su clasificación preconcepcional y del riesgo prenatal en las embarazadas. Se trata de un programa de particular relevancia en su enfoque preventivo de la salud materno-infantil, pues permitiría modificar, en la medida de lo posible, los riesgos que pueden aparecer en la gestación, incluso antes de que tenga lugar el embarazo. Por tanto, el riesgo de enfermedades u otras condiciones que afecten la vitalidad y la salud del feto y el recién nacido, comienza a ser diagnosticado, seguido y, de ser posible, reducido o eliminado por medio de todos los actores del sistema sanitario y extra sectoriales.

Principales resultados del diagnóstico.

El universo de estudio estuvo comprendido por 246 pacientes, seleccionando de éste una muestra de 100 pacientes, a través del muestreo probabilístico al simple azar

Criterios de inclusión.

Que residan de forma permanente en el área de salud.

Considerarse de riesgo

No presentar enfermedad física o mental que impida participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

No cumplir con los criterios de inclusión.

Metódica

Este estudio de intervención se desarrollará en 3 etapas las cuales permitirán dar salida a los objetivos:

1ra Etapa: Diagnóstica.

2da Etapa: Intervención propiamente dicha.

3ra Etapa: Evaluación.

Análisis y discusión de los resultados:

En la Tabla 1 se evidencia la composición de la muestra seleccionada según grupos de edades, obsérvese como la mayor incidencia un (49%) correspondió a las mujeres de 19 -35 años, edad óptima para embarazarse, pero 51 mujeres en total estaban en las edades extremas de la vida, de ellas 27 (27%) con más de 35 años y 24 menores de 18 para un 24%.

Tabla 1 .Distribución de la muestra de estudio según grupos de edades, CMF Sirven Octubre 2017 a Octubre 2019.

Grupos de edades	No.	%
Menos de 18 años	24	24
De 19 a 35 años	49	49

Más de 35 años	27	27
Total	100	100

Fuente: Encuesta.

Las adolescentes pueden presentar múltiples problemas durante su embarazo como son la falta de atención médica desde el inicio del embarazo ya que no avisan pronto a sus padres, corren el riesgo de pre-eclampsia, eclampsia, partos de niños bajo peso al nacer, aumenta la mortalidad materna y algunas chicas optan por el aborto clandestino que pone su vida en peligro.

En las mujeres mayores de 35 años ya comienza el envejecimiento del sistema reproductor lo que lleva a un incremento en la aparición de malformaciones congénitas e incremento en la morbimortalidad materna y perinatal .Hallazgo que coinciden con el autor Perera Morales en su tesis de grado donde se evidencia las edades extremas y reporta su mayor por ciento en la edad de la adolescencia.

Otros estudios informan a su vez que un 26% de adolescentes y un 24% de añosas en su investigación, lo cual no se corresponde con nuestro estudio.

Tabla 2. Distribución de la muestra de estudio según grado de escolaridad. CMF Sirvén Octubre 2017 a Octubre2019.

Nivel de escolaridad	No.	%
Primaria	6	6
Secundaria	43	43
Preuniversitario	28	28
Universitario	23	23
Total	100	100

Fuente: Encuesta

En cuanto al grado de escolaridad de cada una se percibe en la tabla 2, nótese como la mayor frecuencia recayó en la enseñanza secundaria (43%) y en la preuniversitaria (28%), pero si sumamos las mujeres con enseñanza primaria con las de enseñanza secundaria el total sería de 49 mujeres (49%) con grado de escolaridad bajo, o sea, más de la mitad de la muestra con menos del 12 grado.

Es muy interesante saber que Lugones reporta en su trabajo un 29,9 % de mujeres con escolaridad primaria (29), Rodríguez (30) un 22,63 %, Crespo, a su vez, reporta un 55,94% con grado de escolaridad de secundaria. Otros resultados similares se reportan en este estudio, Reyes expresa que cuando la escolaridad de un individuo o de un

grupo es baja, se dificulta la comprensión de las medidas de prevención y control de la salud, se entorpece la comunicación social y puede contribuir a la insatisfacción de necesidades, lo que de manera indirecta constituye una amenaza, o sea, un riesgo.

Tabla 3 Distribución de la muestra de estudio según conocimiento sobre los factores de riesgo antes y después de la intervención. CMF Sirvén Octubre 2017 a Octubre 2019.

Conocimiento sobre factores de riesgo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Edades extremas	68	68	100	100
Tabaquismo	35	35	100	100
Alcoholismo	21	21	100	100
Malnutrición por defecto	4	4	98	98
Multiparidad	15	15	100	100
Período intergenésico corto	6	6	96	96
Bajo peso al nacer	9	9	100	100
Enfermedades asociadas	14	14	100	100
Sepsis vaginal	43	43	100	100

Fuente: Encuesta.

En la Tabla 3 aparece la comparación según conocimiento sobre factores de riesgo antes y después de la intervención se observa que antes de la intervención el factor más predominante en conocimientos fue las edades extremas con 68 pacientes para un 68%, el cual logro modificarse en toda la muestra de estudio para un 100%. Las edades extremas siempre han sido un factor de riesgo importante ya que la adolescente no está preparada ni en su economía, ni su organismo, ni psicológicamente, así como las añosas están más predispuestas a complicaciones. Resultados similares los obtuvo Torres y González al informar que un 40% de sus pacientes eran de edades extremas.

CONCLUSIONES

La mitad de las mujeres componentes de la muestra tenían edades extremas de la vida y un grado de escolaridad bajo la mayoría de ellas.

La intervención educativa aplicada resultó ser beneficiosa al modificar, en el sentido del incremento o aumento, el nivel de información asociado a los factores de riesgo preconcepcional.

La modificación en el nivel de información fue excelente en las variables: infección vaginal, multiparidad, malnutrición por defecto materna, escolaridad baja, bajo peso al nacer anterior y edades extremas de la vida.

La intervención educativa realizada fue bien aceptada por las mujeres componentes de la muestra y de fácil aplicación por la autora de la investigación.

REFERENCIAS

Almarales, G., Tamayo, DI., Pupo, H. (2008) Factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste, agosto 2006-enero 2007. *Corr Med Cient Holg* 12(3). Recuperado de: http://www.cocmed.sld.cu/no123/n123ori10.html

Álvarez Sientes, R J. R. Machado Temes, M. Valdés Mora. Barcos Pina, G. Hernández Cabrera, y G. Velázquez Zúñiga (2004) Protocolo para dirigir, ejecutar y controlar el programa de especialización en MGI. MSDS/IAESP, Caracas.

Colectivo de autores. (2003). Invitaciones y técnicas de interrupción del embarazo. En: *Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología*. La Habana: Ciencias Médicas.

Colectivo de Autores. (2006). Salud sexual y reproductiva. En: *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud sexual del adolescente*. Ciudad de La Habana: MINSAP.

Center for Disease Control and Prevention (2005). Sexually transmitted disease treatment guide lines. Mar; 42: 1-102.

David Cf. (2004). *Infecciones obstétricas y perinatales*. 1era Ed. Mamby División de Times Mirar de España, S.A.

Davis S. (2007). Prevención de la enfermedad cardiovascular en las mujeres menopáusicas*. Rev. De Climaterio*: 115: 1.9.

De Cheney A. y Parnell, MC. (2005). Diagnosis and treatment. En: *obstetric and gynecologic. Connecticut*: Ed. Appleton and Langa.

Gawain, A., Keg, M. (2004). *Dysmenorrheal and pelvic in pediatric and adolescent gynecologic*. San filippo JS: WB Saunders,

Gómez Sánchez PI. Anticoncepción en la ad0olescencia y peri menopausia. En: Planificación familiar: una visión integral. Santa Fe de Bogotá Universidad Nacional de Colombia, 2007; 251-62.

Fernández, H., Crespo, Y., Estrada, IL., Rodríguez K. (2008). Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional. *AMC* 12(3): Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000300007&lng=es.

Guerra, C. (2004). *Prevención de mortalidad materna en las Américas: Perspectiva para los años noventa*. Comunicación para la salud No. 2OPS/OMS.

Lavergne, AA. (2005).Conceptos actuales de anticoncepción en la adolescencia. En: *Ginecología y obstetricia del próximo milenio. Ginecología. Planificación familiar.* Memorias del XVI Congreso Latinoamericano de Obstetricia y ginecología. El Salvador.

Leyva, N., Sosa, M., Guerra, D., Mojena, D., Gómez, N. (2011) Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. *MEDISAN* 15(3): 323-329. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000300008&lng=es.

Magdaleno, M. y Suárez Ojeda EN. Situación social de los adolescentes y jóvenes en América Latina En: *La salud del adolescente y el joven*. Washington: Publicación Científica de OPS No. 552, 2005.

Mainegra, M.M., Pérez, N., Cruz, TM., Betancourt, O. (2011) Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus. *Gaceta Médica Espirituana* 13(2) Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.%282%29_01/p1.html

Peláez JM. (2003). Adolescencia y anticoncepción. *Rev. Sexología y Sociedad* 1(3).

Quevedo, G., Vázquez, ME., Zulueta, M., Fernández, E., Ruz, JE. (2012). Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 28(2): 104-111. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200012&lng=es.

Sanfor D. (2006). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. 4ta Ed. México: Nueva Editorial Interamericana.

Toribio, MJ., Estupiñán, M., Domínguez, S. (2008). Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No. 1 del policlínico "Carlos Verdugo". *Rev. Méd. Electrónica* 30(6). Recuperado de: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol6%202008/tema09.htm

Valls, M., Safora O., Rodríguez, A. López, J. (2009). Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. *Rev. Cubana Obstetricia Ginecología* 35(1): Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000100002&lng=es.

Varona, F., Hechavarría, N., Orive, N.M. (2010). Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* 36(4): 565-572. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400010&lng=es.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA

THERAPEUTIC INTERVENTION IN PATIENT WITH REFRACTORY ARTERIAL HYPERTENSION

Andy Felipe García Téllez yoelgg@ltu.sld.cu

Walfrido Curbelo Videra

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención, en el Hospital “Guillermo Domínguez López”, de Puerto Padre desde el año 2017 al 2019, para aplicar una intervención terapéutica en pacientes con hipertensión arterial refractaria al tratamiento. Fueron incluidos en la investigación 83 casos. La hipertensión arterial refractaria fue más frecuente en el sexo masculino (55,4%) y en los grupos de 62 a 72 y 73 a 83 años (24,1%). Los síntomas más frecuentes fueron cefalea (80,7%) y rubor facial (75,9%). El tabaquismo se constató en 71 pacientes (85,5%), la cardiopatía isquémica en 69 casos (83,1%) y la obesidad en 67 casos (80,7%). 65 pacientes tenían falta de adherencia al tratamiento (78,3%), 53 tenían condiciones asociadas (63,9%) y 51 pacientes pseudorresistencia (61,4%). La intervención fue efectiva, se incrementó: el cumplimiento del tratamiento higiénico dietético y la adherencia al tratamiento farmacológico; y se disminuyó: el tabaquismo y la tensión arterial media.

PALABRAS CLAVES: hipertensión arterial refractaria; factores de riesgo; signos y síntomas.

ABSTRACT

It was carried out an intervention study, in the Hospital "Guillermo Domínguez López", of Puerto Padre from the year 2017 at the 2019, to apply a therapeutic intervention in patient with refractory arterial hypertension to the treatment. They were included in the investigation 83 cases. The refractory arterial hypertension was more frequent in the masculine sex (55,4%) and in the groups of 62 at 72 and 73 to 83 years (24,1%). The most frequent symptoms were migraine (80,7%) and facial blush (75,9%). The smoking was verified in 71 patients (85,5%), the cardiophaty ischemic in 69 cases (83,1%) and the obesity in 67 cases (80,7%). 65 patients had lack of adherence to the treatment (78,3%), 53 had associate conditions (63,9%) and 51 patient pseudo resistance (61,4%). The intervention was effective, it was increased: the execution of the dietary hygienic treatment and the adherence to the pharmacological treatment; and it diminished: the smoking and the middle tension arterial.

KEY WORDS: refractory arterial hypertension; risk factors; signs and symptoms.

INTRODUCCIÓN

Pérez (2011) plantea que:

> (…) la hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) con una prevalencia del 35-40 % en la población general y responsable del 50% de las enfermedades cardiovasculares, lo que hace que sea considerado uno de los problemas de salud pública más importantes (Pérez, 2011, p.8).

En la actualidad se define una HTA como resistente y/o refractaria (HTR) al tratamiento cuando la estrategia terapéutica con cambios adecuados del estilo de vida, tratamiento con un diurético y otros dos antihipertensivos diferentes a dosis adecuadas (no necesariamente un antagonista del receptor mineralcorticoideo) fracasa en la reducción de la presión arterial (PA) sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD), a valores inferiores a 140/90 mmHg.

Krivoy (2006) y otros colaboradores plantean que:

> (…) la prevalencia de la HTR se sitúa en un 5-30% de la población total de hipertensos, estimándose una prevalencia real de alrededor del 10%. Así, en una población de hipertensos en la que el 39% no estaba controlado, solo el 2% presentaban HTR. La HTR se asocia a un riesgo cardiovascular y renal mayor que otras formas más benignas de HTA. Aunque los factores atribuibles o no al paciente que pueden dificultar el adecuado control de la PA son múltiples, la HTR requiere un conocimiento y abordaje específico del médico que atiende este tipo de pacientes (Krivoy, 2016,p.12).

De ahí quesea reconocido por la comunidad científica de medicina, que la HTA constituya un problema de salud pública en casi todo el mundo (se calcula que 691 millones de personas la padecen), no sólo porque es una causa directa de discapacidad y muerte, sino porque ella constituye el factor de riesgo modificable más importante para la cardiopatía coronaria (primera causa de muerte en el hemisferio occidental), enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, nefropatía terminal y la enfermedad vascular periférica (Krivoy, 2006 y Roca, 2017).

Según las últimas recomendaciones de las Sociedades Europeas de Hipertensión y de Cardiología publicadas en el año 2013, se considera HTA resistente o refractaria al tratamiento cuando un esquema terapéutico que incluye modificaciones en el estilo de vida y la prescripción de al menos tres fármacos a dosis adecuadas no consigue reducir lo suficiente la PAS y PAD. El término de hipertensión refractaria, se aplica, en las situaciones en que no es posible alcanzar el objetivo terapéutico en pacientes que están tomando las dosis adecuadas de un tratamiento antihipertensivo con tres fármacos que incluya un diurético (Chiarito, 2017).

Por consiguiente, la HTA se define como resistente o refractaria (HTR o HTAR) al tratamiento antihipertensivo cuando no se obtiene un adecuado control de la presión arterial por debajo de 140/90mmHg o cifras incluso inferiores en hipertensos de alto riesgo, mediante un tratamiento antihipertensivo con tres o más fármacos, incluido un diurético, a las dosis adecuadas, a decir de Hundsdoerfer (2016).

En nuestro trabajo diario, tanto en el cuerpo de guardia, la consulta de Medicina Interna, como en las salas de hospitalización, nos percatamos de la gran cantidad de pacientes con hipertensión arterial refractaria al tratamiento. Además conocemos que es muy frecuente en las áreas de salud del municipio de Puerto Padre. Sin embargo, este problema no ha sido estudiado en nuestro medio, desconociéndose las características del mismo. Por ello nos motivamos a realizar este proyecto de investigación, con el objetivo de estudiar los factores que inciden en el incremento de los pacientes con hipertensión arterial refractaria al tratamiento, con vistas a reducir la incidencia en nuestra población.

Caracterización de la investigación.

Se realizó un estudio de intervención, en el Hospital "Guillermo Domínguez López", Puerto Padre, Las Tunas, durante los años comprendidos 2017-2019, para aplicar una intervención terapéutica en pacientes con hipertensión arterial refractaria al tratamiento, con vistas a reducir su elevada incidencia.

Caracterización de la HTA Refractaria.

Recientemente ha habido un incremento en el reconocimiento y caracterización de los pacientes con hipertensión arterial refractaria, así como el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas para tratar esta población de alto riesgo cardiovascular. A pesar del desarrollo de estrategias, la hipertensión arterial refractaria sigue siendo un problema importante de salud pública. Su prevalencia ha incrementado alrededor del mundo, dado el crecimiento de la población de la tercera edad y la afectación de múltiples comorbilidades que incrementan el riesgo de presentar refractariedad al tratamiento, esto fue explicado por Geldres Echevarria (2013) en su investigación.

Tabla 1. Casos con HTA refractaria según edad y sexo. Hospital "Guillermo Domínguez López", 2017-2019.

Grupos de edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
19-28	1	2,2	1	2,7	2	2,4
29-39	2	4,3	1	2,7	3	3,6
40-50	5	10,9	6	16,2	11	13,3
51-61	9	19,6	10	27,0	19	22,9
62-72	11	23,9	9	24,3	20	24,1
73-83	13	28,3	7	18,9	20	24,1
84 y +	5	10,9	3	8,1	8	9,6
Total	46	55,4	37	44,6	83	100,0
Media	65,6		62,3		64,1	
DS	7,8		6,9		7,3	
IC	63,3-67,8		60-64,5		62,5-65,7	
p	0,05					

Fuente: Historias clínicas. Entrevista.

En la tabla1 se realizó la distribución de los casos con hipertensión arterial refractaria según edad y sexo. Se pudo apreciar que fue más frecuente en el sexo masculino para un 55,4%. Por grupos de edad se apreció que la refractariedad de la HTA se fue incrementando con la edad siendo los grupos de 62 a 72 y 73 a 83 años los de mayor representación para un 24,1% en ambos grupos (20 pacientes), seguidos del grupo de 51 a 61 años con un 22,9% (19 pacientes). En cuanto a la distribución por edad y sexos: en el sexo masculino fue más frecuente en el grupo de edad de 73 a 83 años (13 pacientes) para un 28,3%, seguido del de 62 a 72 años (11 pacientes) para un 23,9%; en el sexo femenino el grupo con mayor frecuencia fue el de 51 a 61 años (10 pacientes) para un 27,0%, seguido del de 62 a 72 años (7 pacientes) para un 18,9%.

Soto (2016) en su estudio refiere que la hipertensión refractaria al tratamiento afecta en España al 0,3% de los pacientes con hipertensión arterial. Considerando que la prevalencia de hipertensión arterial entre la población mayor de 30 años en España está alrededor del 30%, habría aproximadamente 29.000 pacientes con hipertensión arterial refractaria al tratamiento farmacológico en España.

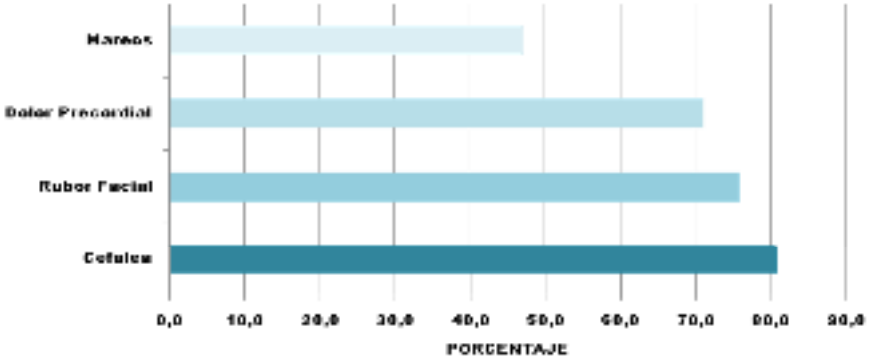
En cambio, para Coca (2016) en su estudio sobre *Conocimiento y actitudes sobre la evaluación clínica y el tratamiento de la hipertensión arterial resistente*: Estudio RESIST, el perfil de población atendida suele corresponder apacientes mayores de 60 años y la mayoría en tratamiento con 2-3 fármacos. Para catalogar a un paciente con HTR, la mayoría de los médicos (69,1%) se fija en que a pesar del tratamiento los valores de PAS/PAD sean>140/90 mmHg, que esté recibiendo al menos 3 fármacos antihipertensivos y que las dosis y combinaciones de tratamientos sean adecuadas.

En el estudio HIPERFRE, un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico, realizado por Otero (2015), se encontró que la HTA-R en el ámbito de la Atención Primaria tiene una prevalencia del 13% y se asocia de forma independiente y directamente con la edad, el sexo masculino, la presencia de diabetes, obesidad y síndrome metabólico, e inversamente con la presencia de cardiopatía isquémica. En este estudio los pacientes con HTA-R tuvieron la edad de 69 años (promedio) y son más frecuentes la obesidad (62%), la diabetes (55%), la dislipemia (68%) y el síndrome metabólico. En la mitad de los pacientes hay afectación de algún órgano diana (24).

En cuanto a las formas de presentación según los síntomas referidos por los pacientes (figura 1), los más frecuentes fueron la cefalea, que se presentó en 67 casos para un 80,7%, seguida del rubor facial en 63 casos para un 75,9%, el dolor precordial se presentó en 59 casos para un 71,1% y los mareos en 39 casos para un 47%.

Tápanes y colaboradores (2015) en la presentación de un caso de Coartación aórtica crítica en paciente con hipertensión arterial refractaria, evidenciaron que clínicamente la paciente se quejaba de episodios de cefalea occipital, zumbidos de oídos, precordialgias ocasionales, además de claudicación intermitente a la marcha.

Figura 1. Síntomas de presentación de la hipertensión arterial refractaria.



Formas de presentación	No	%
Cefalea	67	80,7
Rubor Facial	63	75,9
Dolor Precordial	59	71,1
Mareos	39	47,0

Fuente: Historias clínicas. Entrevista.

La presencia de HTA refractaria en un adulto joven impone descartar las causas secundarias, con esta perspectiva se estudió a la paciente; se comenzó por el pesquisaje de las afecciones vásculo-renales que resultan ser las más frecuentes, en especial la displasia fibromuscular que suele presentarse en mujeres jóvenes entre la tercera y quinta décadas de la vida, Tápanes Daumy y colaboradores (2015).

Tabla 2. Casos con hipertensión arterial refractaria según Comorbilidad y Factores de Riesgo.

Comorbilidad	**No**	**%**
Tabaquismo	71	85,5
Cardiopatía isquémica	69	83,1
Obesidad	67	80,7
Dislipidemias	64	77,1
Diabetes Mellitus	49	59,0
Otras enfermedades endocrino metabólicas	21	25,3
EPOC	19	22,9
Enfermedad cerebrovascular	14	16,9
IRC	6	7,2

Fuente: Historias clínicas. Entrevista.

En la tabla 2 se distribuyeron los casos según la comorbilidad presentada, donde se pudo apreciar que el tabaquismo (como enfermedad) se constató en 71 pacientes para

un 85,5%, seguido de la cardiopatía isquémica en 69 casos para un 83,1%, la obesidad se presentó en 67 casos para un 80,7%, la dislipidemia en 64 casos para un 77,1%, la diabetes mellitus en 49 casos para un 59%, otras enfermedades endocrino metabólicas en 21 casos para un 25,3%, las EPOC en 19 casos para un 22,9%, 14 casos sufrieron una enfermedad cerebrovascular para un 16,9% y 6 pacientes padecían IRC para un 7,2%.

Navas (2016) en su estudio sobre la relación entre la ingesta de sal y la presión arterial en pacientes hipertensos obtuvo los siguientes resultados: e los 32 pacientes, solo el 6,3% fumaban frente al93,8% que no lo hacían. Respecto al ejercicio físico el75% de los pacientes realizaban ejercicio y el 25% no hacía ninguno.

Coca (2016) evidenció en cuanto al seguimiento y control clínico de la hipertensión arterial resistente que en el caso de población adulta menor de 65 años sin factores de riesgo cardiovasculares, cerca del 75% de los médicos consideró adecuada una PAS/PAD < 149/90 mmHg. Para la población mayor de 65 años con una PAS inicial > 160 mmHg,el46,6% de los médicos consideró como objetivo de PAS 130-140 mmHg. En el caso de población diabética, el objetivo de PAD establecido por el50% de los médicos fue de 80-85 mmHg. Para la población con ERC y proteinuria, el 55,4% de los médicos consideró adecuada una PAS < 130 mmHg.

Pérez (2011) plantea que se consideran más efectivas las mediciones de TA por el método auscultatorio, aunque también es cierto que en estos casos, el efecto o fenómeno de la "bata blanca" puede influir en los valores. Ciertamente, hay evidencias de que en muchos pacientes, la presión arterial medida en el consultorio médico resulta con cifras mayores que las que se obtienen en su domicilio por otro profesional de la salud o por familiar o personas ajenas a esta profesión. La comunidad científica acepta también que para los hipertensos con diabetes mellitus o con enfermedad renal crónica, los valores para considerarlos como controlados, deben tener cifras menores de 130 mmHg de presión arterial sistólica y de 80 mmHg de presión arterial diastólica.

Ojeda y colaboradores (2013) hicieron una observación importante en su estudio, se refiere a la función renal. Está ampliamente documentado que la presión arterial elevada es un factor comórbido para el deterioro de la función renal, y la disminución de presión arterial tendrá efectos renoprotectores.

Tabla 3. Pacientes según causas de refractariedad de la hipertensión arterial.

Causa	**No**	**%**
Falta de adherencia a la terapia.	65	78,3
Condiciones asociadas	53	63,9
Pseudorresistencia	51	61,4
Sobrecarga de volumen	49	59,0
Causas relacionadas con medicamentos.	38	45,8

Fuente: Historias clínicas. Entrevista.

En la tabla 3 se muestra la distribución de los casos con hipertensión refractaria según sus causas, donde se constató que 65 pacientes tenían falta de adherencia al tratamiento para un 78,3%, 53 pacientes tenían condiciones asociadas (comorbilidad, discapacidad, riesgos psicosociales, aislamiento, viven solos, etc.) para un 63,9%, 51 pacientes presentaban pseudorresistencia para un 61,4%, 49 casos presentaron sobrecarga de volumen para un 59% y 38 casos presentaron causas relacionadas con los medicamentos (en su mayoría efectos secundarios) para un 45,8%.

Berra y colaboradores (2016) plantean que la evaluación de la adherencia debe ser una parte integral y fundamental en la valoración y manejo de los pacientes con aparente HTAR. La detección de la pobre adherencia evitaría la innecesaria y potencialmente peligrosa intensificación del tratamiento y la implementación de estrategias para mejorarla.

Hyman DJ y Pavlik V (2015), plantearon que la prevalencia de una falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo en la HTAR oscila entre el23-66% de los sujetos, dependiendo de la metodología utilizada para su detección, siendo la más sensible, pero la más difícil en la práctica clínica, las determinaciones de fármacos en plasma y en orina. De cualquier forma sería deseable que todos los médicos que tratan a estos pacientes tengan siempre en mente la elevada frecuencia de la misma, para ayudar a su detección con la metodología más accesible, pero estandarizada de la que se disponga.

Marin (2016) explica que hay un alto porcentaje de pacientes hipertensos tratados, pero no controlados y no llegan a cumplir con los criterios de definición de Hipertensión refractaria o resistente y en segundo lugar es frecuente detectar varias causas que provocan una pseudorresistencia. La pobre adherencia al tratamiento antihipertensivo es la principal causa de falta de control de la hipertensión arterial. Análisis retrospectivos indican que entre un 30 y 50% de los pacientes no cumple con el tratamiento establecido y lo abandona antes del primer año.

Tabla 4. Evaluación de la efectividad de la intervención terapéutica.

Indicadores de evaluación	Al inicio		Al final		% de Variación
	No.	%	No.	%	
Tratamiento higiénico-dietético.	21	25,3	54	65,1	+ 100
Ejercicios físicos.	13	15,7	42	50,6	+ 100
Dieta hiposódica.	26	31,3	58	69,9	+ 100
Tabaquismo.	71	85,5	43	51,8	-39,4
Adherencia al tratamiento.	18	21,7	51	65,4	+ 100
Ingresos por HTA.*	3		1		-66,7
IMC.*	25,7		24,2		-5,8

TA media.*	138,2	111,7	-19,2

* Promedio. Fuente: Historias clínicas. Entrevista.

Para evaluar la efectividad de la intervención terapéutica (cuadro 4) se utilizaron varios indicadores, en cuanto al tratamiento higiénico dietético al inicio solo 21 pacientes lo cumplían para un 25,3%, al final de la intervención 54 pacientes lo cumplían para un 65,1%, con un incremento porcentual en más de 100%. En cuanto a la práctica de ejercicios físicos antes de la intervención solo 13 pacientes los practicaban para un 15,7%, al finalizar la misma 42 pacientes para un 50,6%, con un incremento porcentual en más de 100%. Antes de la intervención solo 26 pacientes llevaban una dieta hiposódica para un 31,3%, al terminar la misma 58 pacientes para un 69,9%, con un incremento porcentual en más de 100%.

En cuanto al tabaquismo al inicio de la intervención 71 pacientes eran fumadores para un 85,5%, al finalizar la misma se logró disminuir el número de fumadores a 43 para un 51,8%, disminuyendo el hábito en un 39,4%. En cuanto a la adherencia al tratamiento antes de la intervención solo el 21,7% (18 pacientes) tenían una adecuada adherencia y al finalizar la misma 51 para un 65,4%, con un incremento porcentual en más de 100%. El número de ingresos promedio en un año por HTA descompensada antes de la intervención era de 3 anuales, después de culminada la misma era de 1 anual, disminuyendo en un 66,7%. El IMC promedio antes de la intervención fue de 25,7 (sobrepeso), después de terminada la misma se logró disminuir a 24,2 (normopeso), mostrando una disminución porcentual de 5,8%. La TA media (utilizada como indicador de impacto de la intervención) antes de la intervención era de 138,2 (como promedio), después de finalizada la misma fue de 111,7, lográndose una disminución porcentual de 19,2%.

Soto y otros autores (2016) consideran la estimulación de los barorreceptores carotídeos como una posible opción terapéutica para la hipertensión arterial refractaria al tratamiento farmacológico en las guías de la Sociedad Europea de Hipertensión y de la Sociedad Europea de Cardiología. A su vez, la indicación de Barostim para pacientes hipertensos refractarios al tratamiento convencional se ha mostrado coste efectiva para la población alemana (razón de coste-efectividad, 7.797 euros/año de vida ajustado por calidad [AVAC]).

Los resultados de Coca (2016), referentes al seguimiento terapéutico para valorar la HTR, el 50% de los médicos tiene en cuenta el uso actual de algún diurético tiazídico y la casi totalidad (92,1%), que se hayan alcanzado las dosis plenas. En la mayoría de los casos, el cumplimiento terapéutico se suele evaluar mediante una pregunta directa. En el proceso diagnóstico de las causas de HTR, la mayoría de los médicos considera que habría que corregir la ingesta excesiva de sal (72,3%), la obesidad (82,1%), el tabaco (61,9%), el alcohol (64,9%) y el consumo de AINE (83,0%). La ERC y la DM-2 se consideran como coadyuvantes de la HTR por el 62,5 y 82,8% de los médicos, respectivamente.

CONCLUSIONES

La hipertensión arterial refractaria fue más frecuente en el sexo masculino y en los grupos de edad de 62 a 72 y 73 a 83 años. No hubo diferencias significativas entre los

pacientes de color de piel blanca y negra, afectando a ambos por igual. Los síntomas más frecuentes fueron cefalea, rubor facial, dolor precordial y mareos. Las enfermedades asociadas fueron el tabaquismo, cardiopatía isquémica, obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus. Las causas identificadas fueron falta de adherencia al tratamiento, condiciones asociadas (comorbilidad, discapacidad, riesgos psicosociales, aislamiento, viven solos, etc.), pseudorresistencia, y sobrecarga de volumen. La intervención terapéutica realizada fue efectiva ya que se lograron resultados satisfactorios en los indicadores evaluados; se incrementaron: el cumplimiento del tratamiento higiénico dietético, la práctica de ejercicios físicos, la dieta hiposódica, la adherencia al tratamiento farmacológico; y se disminuyeron: el tabaquismo, el número de ingresos promedio por HTA descompensada, el índice de masa corporal promedio y la presión arterial media.

REFERENCIAS

Berra, E., Azizi, M., Capron, A., Hojeggen, A., Rabbia, F., Kjeldsen, SE., et al (2016). Evaluation of adherence should become an integral part of assessment of patients with apparently treatment-resistant hypertension. *Hypertension*. 68:297---306. Recuperado de: http://refhub.elsevier.com/S1889-1837(16)30053-8/sbref0210

Chiarito, M., Scotti, A., A, Pivato, C., Cottone, G., Ballarotto, C., Godino, C., et al (2017). A Complicated Case of Resistant Hypertension. *Acta Medica Iranica* 55(8):525–9. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29034650&lang=es&site=ehost-live

Coca, A. (2016). Conocimiento y actitudes sobre la evaluación clínica y el tratamiento de la hipertensión arterial resistente: *Estudio RESIST. Hipertens Riesgo Vasc*. 34(1):4-16. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2016.07.00 y https://www.clinicalkey.es/-service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1889183716300332.pdf?locale=es-_ES

Geldres, AW. (2013). Características epidemiológicas y riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial refractaria atendidos en Consultorio de Cardiología del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, *Lima; s.n. 42 p. Recuperado de:* http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3126/1/Geldres_Echevaria_Arnaldo_Wagner_2013.pdf

Hundsdoerfer, P., Querfeld, U. (2016). Refractory arterial hypertension and renal failure combined with cerebral seizures and pancytopenia in a 5-year-old girl with bilateral nephromegaly: Answers. *Pediatric Nephrology* 31(10):1613–4. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=117632025&lang=es&site=ehost-live

Hyman, DJ., Pavlik, V. (2015). Medication adherence and resistant hypertension. *J Hum Hypertens*. 29:213-218. Recuperado de: http://refhub.elsevier.com/S1889-1837(16)30053-8/sbref0215

Krivoy, A., Krivoy, J., Krivoy, M. (2006). Hipertensión Arterial Refractaria. *Informe Medico* 8(7):333-8. Recuperado de: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=ea51eafb-3968-482e-b5ee-c88fd49b9c4e%40sessionmgr102

Marin, M. (2016). VI Congreso Virtual de Cardiología. Simposio Internacional de Hipertensión Arterial. *Hipertension refractaria*. Recuperado de: http://www.fac.org.ar/6cvc/llave/c048/marinm.pdf

Navas, L., Nolasco, C., Carmona, CE., López, MD. Santamaría, R., Crespo, R (2016). Relación entre la ingesta de sal y la presión arterial en pacientes hipertensos. *Enfermería Nefrológica* 19(1):20–8. Availablefrom: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=114059167&lang=es&site=ehost-live

Ojeda, J., Berumen, L., Gutiérrez, H., Meneses, A., Páez, L., Rodríguez, M., et al (2013). Protocolo del manejo de la hipertensión arterial refractaria, mediante ablación renal con radiofrecuencia por cateterismo arterial vía femoral. Experiencia del Hospital Central Militar. *Rev San Mil* 67(1):1-5. Recuperado de: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=ea51eafb-3968-482e-b5ee-c88fd49b9c4e%40sessionmgr102

Otero, FR., Grigorian, LS., Lado, ML, Lado AL, Turrado, VT., Santos. JA., et al (2015). Asociación entre hipertensión refractaria y riesgo cardiometabólico. Estudio HIPERFRE. *Nefrología* 28:425–32.

Pérez, M., León, J., Fernández, M (2011). El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. *Rev Cubana Med* 50(3):1-8. Recuperado de: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=ea51eafb-3968-482e-b5ee-c88fd49b9c4e%40sessionmgr102

Pérez, M., León, J., Fernández, M. (2011). El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. *Rev Cubana Med* [50(3):1-8. Recuperado de: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=ea51eafb-3968-482e-b5ee-c88fd49b9c4e%40sessionmgr102

Roca, R (2017). Hipertensión arterial. En: *Temas de Medicina Interna.* 5ta ed. La Habana: Ciencias Médicas. Tomo I. Capítulo 46, pp:378-410.

Soto, M., Sampietro, L., Sagarra, J., Brugada, J. (2016). InnovaSEC en acción: coste-efectividad de Barostim para el tratamiento de la hipertensión arterial refractaria en España. *RevEspCardiol.* 69(6). Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.11.029 y https://www.clinicalkey.es/service/-content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0300893215006727.pdf?locale=es_ES

Tápanes, H., Díaz, F., Núñez, R., Peña, M. (2015). Coartación aórtica crítica en pacientes con hipertensión arterial refractaria. *CorSalud* 7(1):84-8. Recuperado de: http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2015/v7n1a15/coao-hta.html

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA DISMINUIR LA PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN LA ESPERANZA, MAJIBACOA

EDUCATIONAL INTERVENTION TO DISMINISH TABAQUISM PREVALENCE IN LA ESPERANZA COMMUNITY, MAJIBACOA

Annia Laffite González alaffite@nauta.cu

Olga Estela Velázquez Tamayo olgae@ltu.sld.cu

Carlos Velásquez Tamayo carlos.vt@nauta.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa en pacientes fumadores pertenecientes al Consultorio Médico La Esperanza, área de salud policlínico 7 de noviembre, municipio Majibacoa, provincia Las Tunas, en el período de octubre 2018 - octubre 2019, con el objetivo de evaluar la intervención educativa en los pacientes fumadores. El universo de estudio fueron los 169 pacientes fumadores y la muestra quedó conformada por 90 pacientes obtenida a través de un muestreo simple aleatorio y cumplieron con los criterios establecidos. Para la recolección de la información se revisaron las historias clínicas individuales, las historias de salud familiar y se aplicó un cuestionario. Hubo un predominio del sexo masculino, el grupo etario más afectado fue el de 31- 40 años. La estrategia de intervención tuvo un impacto positivo logrando que la mayoría de los pacientes aumentaran el nivel de conocimiento. Se logró disminuir la alta prevalencia de Tabaquismo en la comunidad.

PALABRAS CLAVES: tabaquismo, intervención educativa, factor de riesgo

ABSTRACT

An educational intervention study of tabaquism was carried out in the office 18 La Esperanza in smoking patients with the aim of raising the level of knowledge of tabaquism, health area November Seven, Majibacoa municipality, Las tunas province, in the period of October 2018 - October 2019. The universe quietly constituted by the 169 smoking patients and the sample quietly constituted by 90 patients obtained through a random simple sampling and they fulfilled the established approaches. For the gathering of the information the individual clinical histories were revised, the histories of family health and a questionnaire was applied. There was a prevalence of the male sex, the age group more affected it was that of 31 - 40 years. The intervention strategy had a positive impact achieving most of the patients to increase the level of knowledge. It was possible to diminish the high prevalence of Tabaquism in the community.

KEY WORDS: Tabaquism, educational intervention, risk factor.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando al abuso de su consumo. Dicha adicción produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor.

El tabaquismo se considera una enfermedad adictiva crónica, producida por el consumo sistemático y abusivo del tabaco, catalogada como tal por el Manual de

diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Su mecanismo de acción es similar al de las drogas de su grupo, a través del incremento de la actividad dopaminérgica, serotoninérgica y de la norepinefrina en el cerebro, específicamente, a nivel del sistema mesolímbico y del locus cerúleo, lo que provoca un gasto anticipado del neurotransmisor, es decir, se agotan las vesículas almacenadas en las terminales presinápticas con la consiguiente necesidad de volver a consumir, para experimentar nuevamente, el efecto placentero que se busca: incremento de la vigilia, aumento en el estado de alerta, de la concentración, de la memoria y disminución del apetito.

Se dedica un espacio para hacer referencia al fumador pasivo, el cual abarca a todas las personas que, sin fumar están expuestas al humo del cigarrillo, con las inevitables consecuencias dañinas a su salud. Al igual que en otras adicciones, el mecanismo en la génesis de la dependencia incluye factores biopsicosociales, y es sobre estos factores que se basan la promoción, la prevención y las distintas técnicas de tratamiento. Estudios científicos muy serios permiten establecer que cada cigarrillo consumido por un fumador habitual reduce en 9 min. su vida, ya que los fumadores como promedio viven 15 años menos que los que logran alcanzar las personas no fumadoras.

Diagnóstico del tabaquismo.

Se considerará con diagnóstico de tabaquismo a toda persona que, a consecuencia del consumo de cualquier producto del tabaco, ha desarrollado un síndrome de dependencia, el cual puede producir alteraciones físicas y psicológicas. Este síndrome debe satisfacer los tres requisitos siguientes:

Deseo vehemente de consumir la sustancia.

Criterio de esclavitud: la persona no puede decidir cuándo y cuánto consumir; tiene fallidos intentos por reducir o dejar el consumo y el patrón de consumo vuelve a aparecer aun cuando el paciente tiene clara percepción del daño que le ocasiona.

La interrupción o disminución significativa del consumo le produce un síndrome de abstinencia.

Existen diferentes tipos de fumadores: el negativo, hedonista, crónico, drogodependiente y pasivo. Todos ellos con sus propias características, pero que se relacionan por inhalar humo de tabaco.

El negativo es aquel que sólo utiliza el cigarrillo como si se tratase de un método de relajación, lo cual suele ser en situaciones complejas.

El crónico es aquel que suele fumar gran cantidad de tabaco sin ser consciente del daño que está haciéndose a sí mismo.

El hedonista sólo fuma de vez en cuando, es decir, tiene control de la sustancia. Además, disfruta cada cigarrillo.

El drogodependiente, como su nombre lo indica, es aquél que es adicto y dependiente a la sustancia en mayor grado que todos los demás; al cual no puede faltarle los cigarros y puede estar fumando constantemente uno tras otro. Este estaría ubicado en lo más alto de la escala de tabaquismo.

Por último está el pasivo, el cual no fuma cigarro pero inhala el humo producido por la combustión del tabaco ya que está rodeado de fumadores. Como dato curioso, estos suelen ser los más afectados de todos los tipos de fumadores

Comportamiento del tabaquismo en el mundo

El tabaco es el único producto de consumo masivo legalmente vendido, que mata a la mitad de sus consumidores crónicos. Cada año en el mundo mueren más de cinco millones de personas por causas directas del tabaquismo y la mitad de estas muertes pueden ser prevenibles y ocurren en edades productivas de la vida, entre los 30 y 69 años. Cada uno de estos fallecidos pierde más de 20 años de esperanza de vida. Existe consistente evidencia científica que asocia el consumo del tabaco con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad prematura prevenible. Es la causa directa del 90% del cáncer de pulmón y responsable de otros tipos como laringe, boca, esófago, vejiga y páncreas por solo citar algunos.

El tabaquismo constituye un serio problema de salud en Cuba, 13301 personas fallecen cada año por esta causa (15% de las muertes). De las cuales 4201 (10%) mujeres y 9100 (20%) hombres, lo que significa que cada día 36 cubanos fallecen por fumar.

Esta adicción no solo supone un importante riesgo para la población fumadora, sino también para los que se exponen al humo ambiental del tabaco, siendo alta en Cuba, donde el 54% de las familias, el 55% de los niños, el 51% de las embarazadas y el 60% de los adolescentes, están expuestos a este agente contaminante, lo que ubica al país en el lugar 22, de los países de mayor prevalencia de tabaquismo pasivo en el hogar. (Varona, 2009).

En el CMF La Esperanza los casos cada año se han ido incrementando llegando a 169 fumadores en una población de 310 habitantes, o sea, más de la mitad de la población es fumadora .Teniendo en cuenta que el tabaquismo es una enfermedad crónica, de alta prevalencia y que constituye la principal causa de muerte prevenible, es imprescindible un correcto abordaje para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Es por ello que se realizó una intervención educativa con estos pacientes para aumentar el nivel de conocimiento de los pacientes acerca de las complicaciones del tabaquismo para la salud y disminuir la prevalencia de esta enfermedad en la comunidad.

Se propone como objetivo: Evaluar los resultados de la estrategia de intervención educativa para aumentar el nivel de conocimiento y disminuir la prevalencia de Tabaquismo en la comunidad del CMF# 18 de La Esperanza en el período de octubre de 2018 a octubre de 2019.

Se realizó una estrategia de intervención educativa para disminuir la prevalencia de Tabaquismo en la comunidad del consultorio médico de familia La Esperanza en el período comprendido de octubre de 2018 a octubre de 2019. El universo estuvo constituido por los 169 pacientes fumadores dispensarizados en las Historias de Salud Familiar de la comunidad del CMF La Esperanza y la muestra quedó conformada por 90 pacientes obtenida a través de un muestreo simple aleatorio y cumplieron con los criterios establecidos.

Criterios de inclusión:

Pacientes que aceptan participar en el estudio.

Individuo física y mentalmente capacitado para responder al cuestionario.

Pacientes adolescentes y adultos de cualquier sexo a partir de los 11 años de edad.

Criterios de exclusión:

Todos los pacientes que se nieguen a participar.

Pacientes que presenten afecciones clínicas que afecten el nivel de comprensión y comunicación.

Relación edad y sexo en el hábito de fumar

En la tabla 1 se aprecia los pacientes fumadores según edad y sexo, incidiendo el sexo masculino con un total de 50 pacientes para un 55.3 % y en el grupo de 31 a 40 años con 30 pacientes para un 33.2%, seguido por los grupos etarios de 21 a 30 años y de 41 a 50 años ambos con un total de 18 pacientes para un 20%.Al sumar el total de pacientes que se encuentran entre los 30 y 49 años se obtuvo un total de 48 para un 53.3%.

Tabla 1. Pacientes fumadores según edad y sexo.

Grupo de edades	**Masculino**		**Femenino**		**Total**	
	No	%	No	%	No	%
11-20 años	5	5.5	3	3.3	8	8.8
21-30 años	9	10.0	9	10.0	18	20.0
31-40 años	17	18.8	13	14.4	30	33.2
41-50 años	10	11.1	8	8.9	18	20.0
51-60 años	5	5.5	3	3.3	8	8.8
61-70 años	3	3.3	3	3.3	6	6.6
70 y mas	1	1.1	1	1.1	2	2.2
Total	**50**	**55.3**	**40**	**44.3**	**90**	**99.6**

Fuente: Encuesta e Historias de Salud Familiar.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

> (…) históricamente la población masculina ha presentado una prevalencia mundial alta. Sin embargo, no está claro si esto se debe a diferencias en la sensibilidad a la nicotina, o a otras variables que afectan a las mujeres de manera diferente, tales como factores sociales o aspectos sensoriales al fumar; en estudios revisados encontramos que el

> hábito en las mujeres ha aumentado considerablemente, al igual que la tendencia mundial.(OMS, 2015).

Además, se puede apreciar cómo predomina resultado que coincide con un estudio realizado a 400 pacientes fumadores atendidos en consultorio médico de familia realizado en los municipios Playa y Habana del Este durante el mes de septiembre de 2008 donde la presencia de Tabaquismo se concentró en los grupos de 30 a 49 años con un 48%. (Varona, 2009)

Al igual que la tendencia mundial, en Cuba las diferencias entre los índices de consumo de adolescentes hembras y varones no son marcadas, esto implica un posible incremento de tabaquismo entre las mujeres. Los estudios realizados, presentan cifras de prevalencia en los adolescentes que oscilan de 5 a 10 %. (Medina, 2015)

Al comparar estas cifras con los resultados obtenidos en el presente estudio podemos plantear que sí coincide, pues en este caso, el total de adolescentes constituye el 8.8 % de la muestra, es necesario recalcar que al entrevistar los pacientes los mismos refirieron que comenzaron a fumar en la adolescencia, por lo cual se hace necesario trabajar con este grupo etario para disminuir la incidencia de esta enfermedad.

> (…) el consumo entre los jóvenes sigue siendo muy elevado, y la incorporación a este hábito se produce entre los 12 y los 14 años. Varias investigaciones muestran la asociación del hábito tabáquico en los adolescentes con una gran variedad de factores sociales, económicos, ambientales, biológicos y personales. Uno de ellos es el desempeño escolar, indicador que refleja características de compromiso educacional, motivación, competencia y éxito escolar. Algunos trabajos refieren una mayor prevalencia de consumo de tabaco asociada con la autopercepción de un pobre desempeño académico (Medina, 2015, p.23)

Los resultados se corresponden con la tendencia mundial y nacional ya que cada vez aumenta más el hábito en edades tempranas.

Otro factor que se tuvo en cuenta en la casuística fue el nivel de escolaridad, el resultado obtenido con la muestra estudiada tiene correspondencia con la tercera encuesta de factores de riesgo realizada en Cuba en el año 2014 donde se expuso que por nivel educacional los universitarios son los menos consumidores de productos del tabaco y en este caso también, con un total de 6 pacientes. La autora plantea que el nivel cultural de la población está relacionado directamente con una mayor percepción del riesgo, en este caso, derivado del consumo de tabaco.

Nivel de instrucción sobre el hábito de fumar

La tabla 2 muestra los conocimientos de los pacientes acerca de las consecuencias del tabaquismo antes y después de la intervención educativa.

Tabla 2. Conocimiento de las consecuencias del tabaquismo antes y después de la intervención.

Momentos de la intervención.	Nivel de conocimiento			
	Suficiente		Insuficiente	
	No.	%	No.	%
Inicio	36	40	54	60
Final	61	67.7	29	**32.2**

Fuente: Cuestionario e Historias Clínicas.

Al comparar con un estudio realizado en China en 2009 (Xiao,2015) el cual reveló que solo un 38% de los fumadores sabía que el tabaco provocaba cardiopatía coronaria, y solo un 27% sabía que ocasionaba accidentes cerebro vasculares podemos plantear que el nivel de conocimiento que tienen los fumadores acerca del tabaquismo es insuficiente a pesar de que con la intervención educativa mejoró el nivel de conocimientos pues de un 60% de pacientes clasificados como insuficiente al comenzar la intervención, luego de culminar, bajó a un 32.2% por lo cual podemos plantear que se logró aumentar el nivel de conocimientos acerca del tabaquismo y sus complicaciones para la salud cumpliendo con el tercer objetivo que se había trazado al inicio de esta investigación.

La autora plantea que mediante la intervención educativa los pacientes incrementan sus conocimientos sobre el Tabaquismo como enfermedad y como factor de riesgo para otras enfermedades crónicas, brindándole a los pacientes herramientas para tomar la decisión de asistir a la consulta de deshabituación tabáquica del policlínico y de esta manera con el apoyo de la familia ir eliminando este hábito tan nocivo para la salud.

Tabaquismo y enfermedades asociadas

El tabaquismo influye sobre la salud humana actuando como factor de riesgo para otras enfermedades crónicas deteriorando la calidad de vida tanto de estos pacientes como de sus familiares.

Según el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas:

> (…) El tabaquismo causó en Cuba elevados porcentajes de morbilidad en los años 1995 y 2007 respectivamente; Cáncer de tráqueas, bronquios y pulmón: 93 y 86%; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) 86 y 78%; Cardiopatía Isquémica: 24 - 28% y enfermedad cerebro vascular 27 - 26%. Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer fueron las de mayor contribución al total de fallecidos por tabaquismo en ambos años. El peso por las defunciones por EPOC en las defunciones totales atribuibles al tabaquismo se incrementó de un 8 a un 16% (CNCM, 2015).

Al comparar los resultados de este estudio con los resultados expuestos anteriormente podemos plantear que en los fumadores tanto activos como pasivos aumenta el riesgo de padecer diferentes tipos de neoplasias, enfermedades cardiovasculares, bronquitis crónica, EPOC, enfisema pulmonar, por solo citar algunas enfermedades.

Prevalencia del hábito de fumar en el consultorio médico de familia "La Esperanza"

La tabla 3 muestra la prevalencia de fumadores antes y después de la intervención en el consultorio médico de la familia de La Esperanza en el periodo estudiado, donde se constata que con las acciones de salud realizadas se disminuyó la prevalencia, siendo antes de intervenir de un 53.3% y después en un 40.8%.

Tabla 3. Prevalencia de fumadores antes y después de la intervención

Prevalencia de fumadores	Antes (A)	%	Después (D)	%
Fumadores activos	90	53.3	69	40.8

Fuente: Encuesta

Las advertencias gráficas pueden persuadir a los fumadores de que protejan la salud de los no fumadores fumando menos en el interior de las viviendas y evitando fumar cerca de los niños. Los estudios llevados a cabo tras implantarse las advertencias gráficas en el Brasil, Canadá, Singapur y Tailandia muestran sistemáticamente que esas advertencias promueven considerablemente la sensibilización de las personas respecto de los peligros del consumo de tabaco. (OMS, 2015)

Esto se corresponde con el resultado que se logró después de implementado el curso, pues como se puede observar en la tabla se produjo una disminución significativa (de un 53.3% a un 40.8%)

CONCLUSIONES

La estrategia de intervención tuvo un impacto positivo logrando que la mayoría de los pacientes aumentaran el nivel de conocimiento y se logró disminuir la alta prevalencia del tabaquismo en la comunidad lo cual permitió brindar a los pacientes las herramientas necesarias para que decida por sí mismo, eliminar el consumo mejorando su calidad de vida para evitar serias complicaciones derivadas de este nocivo hábito.

REFERENCIAS

Alexander, M., Capote, A., Rodríguez, A., y Sardiñas, S. (2016). Tabaquismo pasivo y recurrencia de crisis en niños asmáticos de edad escolar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *32*(2), 191-201. Recuperado en 08 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200006&lng=es&tlng=es.

Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional (2015). Tabaquismo. Prevalencia. *Factográfico de salud* 1(6), 1-12. Recuperado de http://files.sld.cu/bmn/files/2015/05/factografico-de-salud-mayo-2015.1.pdf.

Medina, Ma.E., Peña, M., Cravioto, P., Villatoro, J., y Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?. *Salud Pública de México*, *44*(Supl. 1), s109-s115. Recuperado en 08 de octubre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700016&lng=es&tlng=es

Medina, A., Márquez, C., Torres, N., Ramos, L. y Hernández, Y. (2015). Presencia de consumo de tabaco en un grupo de adolescentes. *Gaceta Médica Espirituana*, *17*(1), 35-41. Recuperado en 08 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000100004&lng=es&tlng=es

OMS (2015). Hacer frente a la epidemia de tabaquismo en una nueva era de liberalización del comercio y la inversión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; ISBN 978-92-4-350372-1 Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144546/1/9789243503721_spa.pdf?ua=1

Ruiz, E., Ruiz, H., Salazar, R., Torres, C., Valer, S., Santiago, B., Blas, H., Vásquez, C. y Guevara, L. (2016). Conocimiento de los riesgos del tabaquismo en fumadores, exfumadores y no fumadores. *Horizonte Médico (Lima)*, *16*(1), 32-37. Recuperado en 08 de octubre de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100005&lng=es&tlng=es

Sansores, R. (2016). Déficit en la asistencia médica farmacológica y de seguimiento en el tratamiento del tabaquismo en México. *Salud Pública de México* 58(6) pp. 599-600. Recuperado de: <https://doi.org/10.21149/spm.v58i6.8077>. ISSN 0036-3634. https://doi.org/10.21149/spm.v58i6.8077.

Stefani E et al.(1994). Smoking of hand-rolled cigarettes as a risk factor for small cell lung cancer in men: a case-control *study from Uruguay*. Sep;11(3-4):191-9. DOI:10.1016/0169-5002(94)90539-8

Varona, P., Herrera, D., García, R., Bonet, M., Romero, T. y Venero, S. (2009). Mortalidad atribuible al tabaquismo en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, *35*(2) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200015&lng=es&tlng=es

Xiao L, Yang J, Zhao L, Jiang Y, Chen X (2015). Exposure to tobacco advertisement and promotion programs among Chinese middle school students: a cross-sectional survey. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 36(4):309-13. Citado en PubMed; PMID: 25975539.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

EDUCATIONAL INTERVENTION ON FACTORS ASSOCIATED TO THE PREGNANCY IN ADOLESCENCE

Arais Ponce Concepción

Alián Pérez Marrero

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública con consecuencias que afectan la vida de la madre y el bebé. Objetivos: Desarrollar una estrategia de intervención educativa para disminuir la incidencia de embarazo en la adolescencia. Método: Se realizó un estudio de intervención educativa en el CMF #41 de Rojas perteneciente al Policlínico Mario Pozo Ochoa en el período de mayo del 2018 a mayo del 2019.El universo estuvo conformado por 25 adolescentes en las edades comprendidas de 10 a19 años, la muestra coincide con la población al estudiar el total de adolescentes que pertenecen a dicho CMF.Conclusiones: El grupo más representativo fue el de 15 a 19 años. La mayoría de las adolescentes no tenían conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Predominó el desconocimiento y la falta de educación sexual como principales factores de riesgo. Se logró un nivel de conocimiento satisfactorio después de la intervención, reduciéndose la incidencia del embarazo en la adolescencia.

PALABRAS CLAVES: embarazo, adolescencia, educación sexual, incidencia, intervención educativa.

ABSTRACT

Introduction: The pregnancy in adolescence is a social, economic and public health´s problem, with consequences to affect the mother and baby´s life. Objectives: To develop an educational intervention strategy to decrease the incidence of pregnancy in adolescence. Method: A educational intervention study was carried out in the family doctor´s office # 41 Rojas community belonging to the Mario Pozo Policlinic during the period from may 2018 to may 2019.The universe was constituted for 25 teenagers in the ages includes from 10 to 19 years, the sample was coincided with the universe to study the totality of teenagers from this zone. Conclusions: The more representative group was from 15 to 19 years. The most of the adolescent haven´t had knowledge about contraception methods. Predominated the unknowledge and sexual education absence as the main risk factors. After from the intervention was archieved a satisfactory level of knowledge, decreasing the incidence of pregnancy in adolescence.

KEY WORDS: pregnancy, adolescence, sexual education, incidence, educational intervention.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa colmada de vivencias muy enriquecedoras, pero también puede estar minada de angustias y contradicciones entre padres e hijos, que se atribuyen muchas veces a la rebeldía que muestran en sus relaciones y a los procesos

que el adolescente vive, pues deja de ser niño para comenzar un complicado período de cambios (Prendes, 2007).

El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, con consecuencias que afectan la vida de la madre y el bebé. De no ser valoradas estas consecuencias por desinformación, falta de educación sexual, y creencias de estar aptas para la maternidad, puede conducir a comportamientos irresponsables relacionado con una inadecuada percepción de riesgo según los autores (Hurtado, Osoria, Macías y Sánchez, 2014).

Cada año quedan embarazadas aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y 2 millones de adolescentes menores de 15 años (Hamilton y Mathews, 2015).

En un Informe presentado por el Ministerio de Salud Pública en el 2016, se plantea que la tasa de fecundidad en adolescentes en Cuba fue de 53,6 por ciento, reportándose las mayores tasas en las provincias de Las Tunas, Guantánamo, Granma, Santiago de Cuba y Holguín. La provincia presentaba en el año 2016 una tasa de fecundidad adolescente de 62,7 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años.

En este sentido, los municipios Las Tunas y Colombia tienen un comportamiento ascendente e incrementan la tendencia Puerto Padre, Menéndez y Majibacoa. (Dirección Provincial de Salud Pública, 2017).

Nuestro municipio muestra una tendencia a incremento ya que en el primer semestre de 2017 se duplica el número de embarazos en relación al año 2016 (17.1% y 34.5%).Los consejos populares con mayor incidencia, El Batey, Pueblo Viejo, Lora y El Canal(Dirección Municipal de Salud Pública. 2017). Esto nos ha motivado a realizar una estrategia de intervención educativa para disminuir la incidencia de embarazo en la adolescencia en el CMF #41 de Rojas del Policlínico Mario Pozo Ochoa.

Análisis y discusión de los resultados

Cuadro # 1 Estrategia de intervención educativa para disminuir la incidencia de embarazo en la adolescencia en el CMF#41 de Rojas, 2018-2019.Distribución según grupos de edades.

Grupo de edades (años)	No	%
14 y menos	12	48
15 a 19	13	52
Total	25	100

Fuente: Encuesta

Del total de las pacientes según edad predominaron las adolescentes de 15 a 19 años con un 52% que representa la mayoría, en cuanto a las adolescentes de 14 y menos años de edad solo se observó una incidencia de 48%. Sin embargo estos resultados no se corresponden con los resultados encontrados en la bibliografía pues Torres , Cedeño, Lastres, Guerra y Santiesteban (2014) encontraron predominio en la edad de

14-16 años en su estudio realizado en Granma, pues esta es la etapa de la adolescencia en que los mismos por lo general comienza a tener sus primeras relaciones sexuales.

Tabla 2. Distribución según nivel de escolaridad de las adolescentes CMF #41 de Rojas, 2018-2019.

Nivel cultural	No	%
Primaria sin terminar	2	8
Primaria terminada	8	32
Secundaria sin terminar	7	28
Secundaria terminada	6	24
Preuniversitario sin terminar	2	8
Preuniversitario terminado	0	0
Total	25	100

Fuente: Encuesta

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, pues la mayoría de ellas se encontraban con un nivel escolar entre la primaria y la secundaria como pudo verse en los resultados del estudio realizado por (Lugones, 2014) lo cual coincide con nuestro estudio.

Cuadro # 3 Distribución según estado civil de las adolescentes. CMF #41 de Rojas, 2018-2019.

Estado civil	No	%
Unión consensual	7	28
Casada	0	0
Soltera	17	68
Divorciada	1	4
Total	25	100

Fuente: Encuesta

La gestación durante la adolescencia se ve agravada por la condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la gestante, la madre y el niño. Situaciones similares se encontraron en el estudio realizado por Gálvez, Rodríguez, Lugones y Altunaga (2017), donde las adolescentes no mantienen relaciones estables de pareja; por lo que su estado civil en la mayoría de los casos es soltera coincidiendo con nuestro estudio.

Tabla 4. Distribución según conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las adolescentes. CMF #41 de Rojas, 2018-2019.

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	No	%
SI	7	28
NO	18	72
Total	25	100

Fuente: Encuesta

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. El desconocimiento de los métodos anticonceptivos predominó como pudo verse en los resultados del estudio realizado por (Lugones, 2014) lo cual coincide con nuestro estudio.

Tabla 5. Distribución según factores de riesgos para la aparición del embarazo en la adolescencia de las adolescentes. CMF #41 de Rojas, 2018-2019

Factores de riesgos	No	%
Desconocimiento.	13	52
Deserción escolar.	2	8
Inicio precoz de las relaciones sexuales.	4	16
Uso inadecuado de los métodos anticonceptivos.	3	12
Falta de educación sexual.	12	48
Creencias de estar aptas para la maternidad.	3	12

Inadecuada percepción del riesgo.	10	40

Fuente: encuesta

Hoy en día la información que reciben los adolescentes es muy variada y tienden a ser desvirtuados por ser parcial o rutinaria eso lleva a los adolescentes a desvalorizar información muy importante. En nuestro estudio predominaron el desconocimiento 52 %, y la falta de educación sexual 48% de las adolescentes. Similares resultados obtuvieron Quiroga y Rodríguez (2012) en su investigación, donde demostró que muchos padres desean hablar del tema con sus hijos, pero no saben cómo hacerlo.

Cuadro # 6.Distribución de las adolescentes según nivel de conocimiento CMF #41 de Rojas, 2018-2019.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No	%	No	%
Satisfactorio	11	44	23	92
No satisfactorio	14	56	2	8
Total	25	100	25	100

Fuente: Encuesta

El resultado general mostró mejoría en cuanto al nivel de conocimiento pues antes de su aplicación solo el 44 % de los adolescentes objeto de estudio tenían conocimientos adecuados sobre el embarazo en la adolescencia una vez realizada la intervención educativa se logró que el 92% de ellos tuviera conocimientos adecuados. (Cuadro 6). Similares resultados obtuvieron (Fleites, Álvarez, González y Díaz, 2015) en su investigación realizada en Venezuela. En la adolescencia se necesita tener conocimientos sobre la temática, pero es imprescindible desarrollar en ellos el sentido de la responsabilidad hacia uno mismo y su pareja. Reducir el índice de embarazos en la adolescencia y de esta manera disminuir el nacimiento de niños no deseados, debe constituir una preocupación de todos. Por lo que se debe contribuir con una labor educativa y orientadora para que Cuba sea un país de adolescentes sanos, fuertes y felices.

CONCLUSIONES

De las adolescentes estudiadas en la comunidad de Rojas el grupo más representativo fue el de 15 a 19 años. Se evidencio que el 72 % de las adolescentes no tenían conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Predominó el desconocimiento y la falta de educación sexual como principales factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. Se logró un nivel de conocimiento satisfactorio después de aplicada la intervención lográndose de esta forma reducir la incidencia del embarazo en la adolescencia en nuestra comunidad.

REFERENCIAS

Dirección Municipal de Salud Pública. (2017). Estadísticas sanitarias municipales. Jesús Menéndez.

Dirección Provincial de Salud Pública. (2017). Estadísticas sanitarias provinciales. Las Tunas.

Fleites, N., Álvarez, Y., González, I., Díaz, J. (2015).Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. Consejo Popular San Francisco. Venezuela. *Medisur*. 13(2): Recuperado de:http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2755.

Gálvez, F., Rodríguez, B.A., Lugones, M., Altunaga, M. (2017). Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 43(3):15-27 Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2017000300003&lng=es.

Hamilton, B.E., Mathews, T.J. (2015). Continued declines in teen births in the United States. *NCHSdatabrief*, 259. Recuperado de:www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db259.htm

Hurtado, J.E., Osoria, C.R., Macías, C., Sánchez, E. (2014). Adolescencia y embarazo desde una perspectiva teórica. *Rev.InformaciónCientífica* 84(2). Recuperado de: http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_84_No.2/adolescencia_y_embarazo_desde_una_perspectiva_teorica_rb.pdf.

Lugones, M. (2014). Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina Gen Integr,*30(1).Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_01_14/mgi01114.HTM

Prendes, M.C. (2007). *Adolescente embarazada la mejor opción*. La Habana: Científico Técnica.

Quiroga, M., Rodríguez, D. (2012). *Estrategia educativa sobre conocimientos y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes del centro educativo bilingüe integral "CEBINT"*. Cuenca. 2012 (tesis de grado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de: http://dspaeucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3324/1/ENF165.pdf.

República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. (2016). Dirección Nacional de Registros Médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud 2016.

Torres, L., Cedeño, A., Lastres, E., Guerra, S.R., Santiesteban, Y. (2014). Intervención educativa para prevenir embarazos en la adolescencia. *Revista Médica. Multimed*, 18(4) DOI: ISSN 1028-4818RPNS.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EMBARAZADAS CON RIESGO DE DIABETES MELLITUS

EDUCATIONAL INTERVENTION IN PREGNANT WOMEN AT THE RISK OF DIABETES MELLITUS

Arianny Leyva Hernández

Armando Tarín Matos

Noralbys Guerra Escalona

RESUMEN

Se realizó una intervención educativa en las embarazadas con riesgo de Diabetes Mellitus del GBT # 1 del Área de Salud de Vázquez, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad. La población estuvo conformada por todas las embarazadas diagnosticadas con riesgo de Diabetes Mellitus y la muestra por 20 pacientes seleccionadas mediante un muestreo aleatorio simple. Se utilizaron los métodos de trabajo individual y grupal, a través de la entrevista y técnicas participativas. Se desarrollaron siete sesiones de trabajo. El análisis porcentual fue la medida de resumen de los resultados, los que se reflejaron en cuadros de resumen para compararlos antes y después de la intervención. Con nuestra intervención se logró incrementar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la enfermedad, sus principales complicaciones, signos de alarma y factores de riesgo. Las consecuencias que ocasiona la diabetes en el embarazo, cómo prevenirla y la importancia de mantener una dieta correcta.

PALABRAS CLAVES: riesgo de Diabetes Mellitus, embarazadas, intervención educativa.

ABSTRACT

There realized an educational intervention in the pregnant women at the risk of Diabetes Mellitus of the GBT # 1 of the Area of Health of Vázquez, with the target to raise the knowledge level on the illness. The population was shaped by all the pregnant women diagnosed at the risk of Diabetes Mellitus and the sample by 20 patients selected by means of a simple random sampling. There were used the methods of individual and group work, across the interview and skills participativas. Seven work meetings developed. The percentage analysis was the measurement of summary of the results, which were reflected in summary pictures to compare them earlier and after the intervention. With our intervention one managed to increase the level of knowledge of the gestantes on the illness, its main complications, signs of alarm and factors of risk. The consequences that the diabetes causes in the pregnancy, how to prepare it and the importance of maintaining a correct diet.

KEY WORDS: diabetes risk mellitus, pregnant women, educational intervention.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) ya era conocida antes de la era cristiana. Es una enfermedad crónica no transmisible que aparece descrita por primera vez en el Papiro de Ebert (1550 a.n.e.), el cual la caracterizó por la micción abundante de algunos enfermos.

Posteriormente, cerca del inicio de nuestra era, Areteo de Capadocia (s.f) le dio el nombre de diabetes, que significa correr a través de un sifón.

Luego de un largo intervalo de tiempo, en 1679, Tomás Willis le añadió la palabra mellitus que se traduce como azúcar. Hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando reconocida como entidad clínica, este investigador le dio el nombre de Diabetes Mellitus por el sabor dulce de la orina (sabor a miel) en los enfermos. (Manual Merck, 2005)

Desde las primeras décadas del siglo XX, particularmente después del descubrimiento y uso de la insulina en 1921, el famoso diabetólogo norteamericano Elliot P. Joslin advirtió tanto la epidemia que ya desde entonces significaba la diabetes, como la importancia que tenía la educación efectiva de las personas que la padecían, para contribuir a su propio control, lo que implicaba el conocimiento de los síntomas de hiperglucemia y de la hipoglucemia, así como su modo de prevenirlas y contrarrestarla, la capacidad para manejar los elementos de la dieta para regularizar el control, la importancia del ejercicio físico, la capacitación de conocer todo lo inherente a la auto inyección de insulina (incluyendo la decisión de modificar su dosificación), la prevención y detección precoz de las complicaciones, los elementos de higiene personal y la incorporación de un estilo de vida que incluía las visitas periódicas a los médicos que lo atendían. (Díaz, 2016)

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha observado una tendencia ascendente de esta afección en los últimos tiempos: en 1985, no menos de 30 millones de personas la padecían, cifra que se elevó a 100 en 1994, y a 165 en el 2000, se pronosticaron 239 millones para el 2010 y 300 para el 2025. (Díaz y otros, 2011).

En las Américas se encuentra un porcentaje importante de casos, con 13 millones de personas en América Latina y el Caribe. En América Latina, el país con mayor número de pacientes diabéticos es México, que tiene una población estimada de 4,4 millones de pacientes con diabetes, ocupando el séptimo lugar a nivel mundial por número de personas con diabetes. La Diabetes Mellitus es el trastorno endocrino más común que existe, pues afecta entre el 2 y el 6 % de la población mundial. En Estados Unidos de Norteamérica afecta al 12 % de los adultos entre 40 y 74 años, es una de las afecciones más costosas, mientras que en España se notifica una cifra de prevalencia del 5%, la mitad constituida por diabéticos desconocidos: 10 % del tipo 1 y 90 % del tipo 2. (Casanova y Trasancos, 2013)

“Esta enfermedad es un problema de salud mundial cuya prevalencia e incidencia aumenta vertiginosamente” (Conesa y González, 2012,p.2)

La OMS reportó en el 2005 una prevalencia de 170-194 millones de diabéticos en todo el mundo, en el año 2007 existían 246 millones de diabéticos, prevalencia en edad de 20-79 años para un 6 %, para el año 2025 se esperan 380 millones de diabéticos; de ahí que se plantee que esta entidad puede llegar a cobrar más muertes que el SIDA. (Conesa y González, 2012)

Cuba no escapa a esta situación, la tendencia es a un incremento del número de enfermos, pues en 1991 había 15 por cada 1000 habitantes, en 2003 ya había 329 041 personas dispensarizadas con la enfermedad, en el año 2004 se elevó a 30, 5 y en el

2005 a casi 32 por cada 1000 habitantes, tasas que irán aumentando a medida que lo haga el promedio de vida del hombre, pues con la edad declina la tolerancia de la glucosa y se incrementan el sedentarismo, la obesidad y se añaden estilos de vida inadecuados, que conjuntamente con los nuevos medios de detección de la enfermedad, permiten vislumbrar una prevalencia avasalladora no sólo en nuestro país, sino también a escala universal. Ya durante el 2011, la población media total fue de 11 244 543 habitantes; de ellos 2 017 540 eran adultos mayores, para representar 17,9 %. En ese mismo año la prevalencia de DM en el país fue de 45,7 (tasa calculada por cada 1 000 habitantes), con predominio en el grupo etario de 60-64 años y una tasa de 181 por 1 000 personas. Además, ha ocupado en los últimos años el noveno lugar entre las causas de mortalidad en Cuba, 75 % por complicaciones cardiovasculares. (Naranjo, 2016).

Las embarazadas no se encuentran exentas a la enfermedad. La primera descripción reconocida de la DG data desde 1882, aunque el primer caso se reportó en 1824. La diabetes es una de las condiciones médicas más comunes de enfermedad metabólica que con mayor frecuencia complican el embarazo, pudiendo aparecer, incluso, durante este (Diabetes Mellitus Gestacional) y tiene la mayor repercusión no sólo sobre la madre y el feto, sino también en el recién nacido, la adolescencia y probablemente en la vida adulta. Las mujeres con diabetes en el embarazo son divididas en dos grupos: aquellas en que la diabetes antecede al embarazo (diabetes pregestacional), y aquellas cuya intolerancia a la glucosa se desarrolla durante la gestación (diabetes gestacional o diabetes mellitus gestacional).

Una atención preconcepcional adecuada a la mujer con diabetes mellitus disminuye ostensiblemente el riesgo de malformaciones congénitas en el hijo de madre diabética. Debe hacerse la pesquisa de la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), fundamentalmente, en las embarazadas que presentan algún factor de riesgo de esta enfermedad. En Cuba, se utilizan para su diagnóstico los criterios de la Organización Mundial de Salud modificados. Las mujeres embarazadas con DM requieren de una atención obstétrico-endocrinológica especial. La DM repercute de forma negativa en el hijo de madre diabética, a corto, mediano y largo plazo. Asimismo, las mujeres con DMG tienen riesgo de presentar en un futuro una DM, sobre todo, de tipo 2. (Cruz y otros, 2015)

Investigaciones internacionales demuestran claramente que es posible, mediante un adecuado tratamiento, retrasar o incluso prevenir las complicaciones a largo plazo de la enfermedad, siendo uno de los pilares principales la educación diabetológica, considerada la piedra angular para el control de estos pacientes, ya que la diabetes mellitus es una entidad nosológica que exige una mayor participación por parte del enfermo, pues este debe hacerse las pruebas de Benedict e Imbert, ingerir tabletas o inyectarse y responsabilizarse con la dieta indicada, pero esta participación será poco probable si antes no se ha cumplido todo un proceso educacional, encaminado a lograr un estilo de vida propio de la condición diabética. (García, Casanova y Rodríguez, 2015).

Por el incremento notable en los últimos tiempos de la Diabetes Gestacional y sus complicaciones durante el embarazo, el parto, por su repercusión en la vida de los neonatos y su relación con la morbimortalidad, se hace necesario una investigación en

la comunidad para brindarle posibles soluciones a este problema, contribuyendo así a elevar los conocimientos de las gestantes sobre la enfermedad y lograr que mantengan un embarazo saludable.

Se realizó un estudio de intervención educativa en las embarazadas con riesgo de Diabetes Mellitus del GBT # 1 del Área de Salud de Vázquez, con el objetivo de elevar su nivel de conocimiento sobre la enfermedad, en el período comprendido entre julio y diciembre del 2018.

La población estuvo constituida por todas las embarazadas con riesgo de Diabetes Mellitus pertenecientes al GBT # 1 de la localidad de Vázquez. La muestra quedó conformada por 20 gestantes elegidas a criterio del investigador mediante un muestreo aleatorio simple.

Técnicas de intervención educativa:

A partir de los datos obtenidos y con la utilización de la metodología cualitativa (Observación, Lluvia de ideas, Presentación por parejas, Dinámica de debate, y Entrevista no estructurada) en el grupo de gestantes, se llevó a cabo una intervención consistente en su capacitación a través de técnicas participativas. Los encuentros se realizaron en el Policlínico ´´28 de Septiembre´´, con el apoyo y la participación de los especialistas en el tema.

La capacitación fue estructurada teniendo en cuenta los problemas que se detectaron mediante la aplicación de un diagnóstico inicial, que incluyó una encuesta. Este diagnóstico permitió orientarnos en la organización de las temáticas a impartir, así como la selección de las técnicas necesarias para la mejor asimilación de los contenidos.

Seguido a ello se elaboró un Programa de Capacitación para las embarazadas, sobre el tema objeto de estudio, que sirvió de guía para la realización de las diferentes actividades.

Para la selección de las temáticas se tuvo en cuenta las necesidades de aprendizaje de las gestantes, identificadas con la realización de la encuesta, quedando incluidos siete temas relacionados con esta problemática:

La DMG como concepto

Los factores de riego de la DMG

Las principales complicaciones de la DMG

Los signos de alarma de la DMG

Las consecuencias de la DMG

La importancia de la dieta

La prevención de la DMG

La investigación se desarrolló en tres etapas:

Diagnóstico del nivel de conocimiento al inicio de la investigación: En esta primera fase se aplicó el instrumento donde se identificó el nivel de conocimiento de las embarazadas sobre la Diabetes Mellitus. La encuesta cuenta con siete preguntas que

determinaron el nivel de conocimiento bajo, medio o alto de acuerdo con el nivel de argumentación de cada respuesta dada.

De intervención educativa: Esta etapa comenzó dos semanas después de aplicado el instrumento inicial, se realizaron diferentes actividades educativas distribuidas en siete sesiones de trabajo, con una frecuencia semanal y con una duración de 60 minutos cada una, que totalizaron 7 horas de trabajo.

Evaluación del nivel de conocimiento después de la intervención: En la última sesión de trabajo se aplicó nuevamente la encuesta inicial. Para su valoración se consideraron los mismos parámetros evaluativos que en la etapa de diagnóstico con el objetivo de evaluar el estudio antes y después y la efectividad de la intervención educativa.

Análisis y discusión de resultados

La Diabetes Mellitus es una prioridad de la salud pública en el mundo, que asociada al embarazo, representa un gran desafío para el obstetra por la posibilidad de complicaciones maternas, fetales y perinatales, a pesar del avance adquirido por los profesionales de la salud y al arsenal tecnológico incorporado a la perfección en los servicios de salud en el país. La atención a la embarazada tiene como objetivo reducir al mínimo el riesgo de morbi mortalidad tanto para la madre como para el niño.

Tabla 1. Distribución de las gestantes estudiadas según la edad.

Grupos de edades	No	%
De 12 a 19 años	4	20
De 20 a 30 años	11	55
De 31 a 40 años	5	25
Total	**20**	**100**

Fuente: Departamento de Estadística

En la tabla # 1 se muestra la distribución de las pacientes estudiadas según edades antes de la intervención. Como podemos observar, el tiempo relativamente corto de la intervención educativa nos posibilitó la no ocurrencia de ninguna deserción por parte de las gestantes, pudimos concluir nuestro estudio con las mismas 20 pacientes con las que lo iniciamos. De ellas 4 en las edades comprendidas de 12 a 19 años para un 20 %, 11 en las edades de 20 a 30 años para un 55 % y 5 de 31 a 40 años que constituye el 25 % restante.

La edad que predomina es la de las gestantes entre los 20 y 30 años para un 55 %. Es válido señalar que en un estudio realizado en el Hospital Universitario de Ciego de Ávila, el 53% de las pacientes diagnosticadas de diabetes gestacional durante el embarazo estaban entre los 20 y 30 años de edad. (Cajigal Pelegrín y Rodríguez Rodríguez, 2015).

Tabla 2. Distribución de las gestantes estudiadas según el tiempo de gestación.

Tiempo de gestación	No	%
1er Trimestre	9	45
2do Trimestre	7	35
3er Trimestre	4	20
Total	**20**	**100**

Fuente: Historia Clínica Individual

Como lo muestra la tabla # 2, en cuanto al tiempo de gestación, el mayor número de gestantes se encuentra en el primer trimestre de su embarazo, 9 para un 45 %, en el segundo trimestre 7 para un 35 % y en el tercer trimestre 4 para un 20 %.

Tabla 3. Distribución de las gestantes estudiadas según sus Antecedentes Patológicos Familiares de diabetes

Antecedentes Patológicos Familiares de Diabetes	No	%
Con antecedentes	9	45
Sin antecedentes	11	55
Total	**20**	**100**

Fuente: Historia Clínica Individual y encuesta

En la tabla # 3 observamos que del total de embarazadas, 9 para un 45 %, reportan poseer Antecedentes Patológicos Familiares de diabetes, de primer grado de consanguinidad, factor de riesgo de vital importancia. En estudios realizados, los Antecedentes Familiares de diabetes mellitus predominan en un alto porciento de las gestantes. (Huillca-Briceño, 2016)

Tabla # 4. Distribución de las adolescentes acerca del nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento sobre:	Calificación	Antes		Después	
		No	%	No	%
Concepto de DMG.	Alto	**No**	**%**	**No**	**%**
	Medio	2	10	15	75

	Bajo	2	10	5	25
Factores de riego de la DMG.	Alto	-	-	17	85
	Medio	6	30	3	15
	Bajo	14	70	-	-
Principales complicaciones de la DMG.	Alto	-	-	13	65
	Medio	3	15	7	35
	Bajo	17	85	-	-
Signos de alarma de la DMG	Alto	-	-	12	60
	Medio	6	30	8	40
	Bajo	14	70	-	-
Consecuencias de la DMG.	Alto	3	15	18	90
	Medio	5	25	2	10
	Bajo	12	60	-	-
La importancia de la dieta.	Alto	5	25	20	100
	Medio	6	30	-	-
	Bajo	5	25	20	100
La prevención de la DMG.	Alto	-	-	19	95
	Medio	7	35	1	5
	Bajo	13	65	-	-

Fuente: Encuesta

En la tabla # 4 podemos apreciar que al encuestar a las gestantes estudiadas antes de la intervención educativa, existía muy poco conocimiento sobre la Diabetes Mellitus Gestacional como concepto. De un total de 20 pacientes, 16 resultaron tener un bajo nivel de información sobre el tema, lo que representó el 80 % de ellas. Después de aplicada la intervención, observamos un aumento del conocimiento sobre la enfermedad. Mostraron un alto nivel de información 15 pacientes para un 75 % y solo 5 pacientes obtuvieron un nivel de conocimiento medio para un 25 %.

Al encuestar a las embarazadas en el diagnóstico inicial, solo 6 de ellas para un 30 % tenían un nivel medio de información sobre los factores de riesgo de la enfermedad, el resto, 14 para un 70 %, no conocía sobre el tema. Al concluir la intervención se logró que 17 gestantes para un 85 %, obtuvieran un alto nivel de información sobre el tema.

Al iniciar el estudio, las gestantes de nuestro GBT demostraron poseer muy bajo conocimiento sobre las complicaciones que puede provocar la DMG en el embarazo, de forma general, tanto a ella como al bebé, 17 pacientes para un 85 %. Luego de aplicada la intervención, se elevó el nivel de conocimiento de las pacientes logrando que 13 de ellas para un 65 %, alcanzaran un alto nivel; y las 7 restantes para un 35 %, obtuvieran un nivel medio de información sobre el tema.

Antes de la intervención solo 6 embarazadas para un 30 %, conocían parcialmente los signos de alarma de la DMG. Después de aplicada la intervención se logró que 12 de las gestantes para un 60 %, alcanzaran un alto nivel de conocimiento; y el resto, 8 para un 40 %, aumentaran a un nivel medio de conocimiento sobre el tema.

Al aplicar la encuesta inicial, comprobamos que más de la mitad de las embarazadas, 12 para un 60 %, desconocía las consecuencias de la DMG. Del resto de ellas, 5 para un 25 % poseían un nivel medio y solo 3 conocían sobre el tema. Al realizar la intervención educativa se elevó el nivel de conocimiento de tal forma que se logró que 18 gestantes, para un 90 % de las 20 encuestadas, aprendieran sobre el tema.

La tabla nos muestra que varias de las embarazadas conocían sobre la importancia de llevar una dieta correcta durante el embarazo, 5 para un 25 % con un alto nivel de información y 6 para un 30 % con un nivel medio de conocimiento sobre el tema. Al aplicar la intervención se logró que las 20 gestantes alcanzaran el conocimiento necesario sobre la importancia de la dieta para evitar la DMG en el embarazo.

Podemos ver cómo antes de la intervención solo 7 gestantes para un 35 %, conocía a un nivel medio sobre las medidas para prevenir la DMG, el resto, 13 para un 65 %, no sabía. Realizada la intervención educativa se logró que 19 de las 20 pacientes, para un 95 %, conociera sobre el tema alcanzando un alto nivel de información.

Es importante la prevención primaria que puede lograr la propia embarazada, esa que está dirigida a combatir los factores de riesgo modificables. Con la alimentación adecuada, la realización de ejercicios físicos, la eliminación del tabaquismo activo o pasivo, pueden alcanzar un estilo de vida saludable.

CONCLUSIONES

Mediante nuestro estudio pudimos arribar a las siguientes conclusiones:

Antes de la Intervención Educativa las gestantes:

Mostraron escaso conocimiento sobre la Diabetes Mellitus Gestacional como concepto. Un pobre conocimiento sobre los factores de riesgo que la provocan. Insuficiente el conocimiento sobre las principales complicaciones. Bajo nivel de información sobre los signos de alarma que nos hablan a favor de una DMG. La mayoría tenía poco conocimiento o desconocía totalmente sus consecuencias. No todas conocían en su totalidad la importancia de una dieta correcta. Un gran número de ellas no sabía explicar con exactitud cómo prevenir la enfermedad.

Después de realizada la Intervención Educativa las gestantes:

Aumentaron su nivel de conocimiento sobre la Diabetes Mellitus Gestacional como concepto. Elevaron su nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo que la provocan. La mayoría demostró haber adquirido la información necesaria sobre las principales complicaciones. Obtuvieron un alto nivel de conocimiento sobre los signos de alarma que nos hablan a favor de una DMG. Ampliaron la información sobre sus consecuencias. El 100 % de las gestantes alcanzó el conocimiento necesario sobre la importancia de una dieta correcta. El mayor por ciento de ellas mostró haber aprendido cuáles son las medidas para prevenir la enfermedad.

La Estrategia de Intervención tuvo un impacto positivo logrando que la mayoría de las gestantes conocieran sobre la Diabetes Mellitus Gestacional, sus riesgos, complicaciones y consecuencias; esperando con esto disminuir la prevalencia de la enfermedad en esta etapa importante de la vida.

REFERENCIAS

Cajigal, Y. y Rodríguez, L. (2015). Algunas variables relacionadas con el diagnóstico de la diabetes gestacional en Ciego de Ávila. *MEDICIEGO* 21(3): Recuperado de: http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/457/864

Casanova, MC y Trasancos, M. (2013). Ancianos con diabetes mellitus de tipo 2: retos actuales para la salud pública cubana. *MEDISAN* 17(8): 2093-2095. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-01920130008000001&lng=es

Conesa, AI. y González, TM. (2012). Aspectos más recientes en relación con la diabetes mellitus tipo MODY. *Rev Cubana Endocrino* 23(2): 186-194. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000200008&lng=es

Cruz, J., Hernández, P., Grandía, R. Lang, J., Isla, A. y González, K. (2015). Consideraciones acerca de la diabetes mellitus durante el embarazo. *Rev Cubana Endocrinol* 26(1): 47-65. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000100005&lng=es

Díaz, O., Orlandi, N., Álvarez, E. Castelo, L., Conesa, AI y Gandur, L. (2011). *Manual para el diagnóstico y el tratamiento del paciente diabético en el nivel primario de salud*. La Habana: MINSAP; p.4 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-01920130008000001&lng=es

Díaz, O. (2016). La importancia de desarrollar estructuras eficientes de educación terapéutica en pacientes con diabetes. *Rev Cubana Endocrinol* 27(2): . Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532016000200001&lng=es.

García, Y. Casanova, D. y Rodríguez, BC.(2015). Particularidades de los pensamientos intrusos y su supresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 *Rev. Cubana*

Endocrinol. 26(1) Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol26_1_15/end02115.htm

Huillca, A. (2016). La multiparidad como factor de riesgo de diabetes mellitus gestacional. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 42(2): 189-198. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000200005&lng=es.

Manual Merck. (2005). *Enfermedades endocrinas y metabólicas.* MINSAP. 10ma Ed, cap 13.

Naranjo Hernández, Y. (2016). Diabetes mellitus: un reto para la salud pública. Rev Cubana Enfermer [Internet]. Mar [citado 2017 Dic 18] ; 32(1): 3-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000100002&lng=es.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

EDUCATIONAL INTERVENTION FOR THE PREVENTION OF THE PREGNANCY IN THE ADOLESCENCE

Boris Luis Briñas Lora jcradio87@gmail.com

Maritza Ingran Calderón maritza61@infomed.sld.cu

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud plantea que a fin de lograr la salud y el bienestar del conjunto de las mujeres, los niños y los adolescentes, debemos aprovechar lo que hemos hecho en el pasado y utilizar lo que hemos aprendido para superar los retos actuales y emergentes. Objetivo. Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales para la prevención del embarazo en la adolescencia. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, que combinó un sistema de métodos y técnicas que permitió el trabajo individualizado y grupal. Se tomó como población de estudio (38) adolescentes comprendidas en el grupo de edades de 11 a 19 años. Luego de la intervención, se logró un 87,5%, se consideraron satisfactorias las acciones educativas donde abordé la interacción entre los determinantes biológicos y sociales de su salud. Conclusiones. Las acciones educativas contribuyeron a mejorar la percepción de riesgo en relación al embarazo, aborto e infecciones de transmisión sexual en las adolescentes y jóvenes, mejoró el conocimiento, los estilos de vida y promueve un enfoque integral de la atención a las adolescentes.

PALABRAS CLAVES: Salud Sexual Reproductiva, adolescentes, embarazo, práctica sexual.

ABSTRACT

The World Organization of the Health outlines that in order to achieve the health and the well-being of the group of the women, the children and the adolescents, what we have made in the past should take advantage and to use what we have learned to overcome the current and emergent challenges. Objective: To identify the knowledge, attitudes and practical sexual for the prevention of the pregnancy in the adolescence. Methods: it was carried out a retrospective descriptive study that combined a system of methods and technical that allowed the individualized and team work. Conclusions: The educational actions contributed to improve the perception of risk in relation to pregnancy, miscarry and infections of sexual transmission in the adolescents and young, it improved the knowledge, the lifestyles and it promotes an integral focus of the attention

KEY WORDS: Reproductive Sexual health, adolescents, pregnancy, sexual practice.

INTRODUCCIÓN

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos

socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización , la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.

La Organización Mundial de la Salud (2017) plantea que

> (…) los y las adolescentes deben recibir información, asesoramiento y servicios de salud integral sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción y los riesgos asociados con el embarazo precoz, y en particular como resultado del matrimonio precoz o forzado. Los análisis de los determinantes sociales de la salud han dejado claro que las condiciones en las cuales las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes nacen, crecen, se desarrollan, viven, juegan y trabajan tienen repercusiones muy importantes en su salud. La igualdad de género y la educación son factores predictivos de bienestar y salud en diferentes etapas de la vida. (OMS, 2017).

El embarazo en la adolescencia se ha considerado como un problema de salud tanto en países desarrollados como subdesarrollados, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas (ONU) informan que hay más de 10 000 millones de adolescentes embarazadas en todo el mundo, y de éstas aproximadamente el 83 % corresponden a países subdesarrollados.

En Cuba los demógrafos han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad, y señalan que las mujeres se encuentran en estado de gestación en edades cada vez más tempranas. En nuestro país el 50 % de los adolescentes de entre 15 y 19 años tienen vida sexual activa. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25 % de los adolescentes con experiencia se embarazan, y el 60 % de los embarazos ocurren dentro de los seis meses iníciales de las primeras relaciones sexuales .

Los aspectos sexuales son parte indisoluble en el marco de la salud

Al respecto la OMS defiende que la salud sexual está relacionada con la integración del ser humano a lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana, que facilite sus posibilidades de comunicación, dar y recibir amor.

Organismos internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la OMS y otras, brindan datos elocuentes sobre la presencia de trastornos como: embarazos, maternidad y paternidad temprana, la nupcialidad o uniones consensuales sin la madurez requerida, abortos, relaciones coitales prematuras, infecciones de transmisión sexual y sida. Debe tenerse en cuenta las consecuencias que para los adolescentes y la familia implican estos fenómenos negativos.

Cuando los adolescentes conocen a ciencia cierta sobre la edad óptima para la gestación, ello amplía la oportunidad que se les ofrece para desarrollarse socialmente y a plenitud con sus contemporáneos. Los adolescentes crecen y se desarrollan en una familia y sociedad de la que deben recibir toda la orientación para enfrentar una etapa llena de incertidumbres y preocupaciones, preguntas y dudas relacionados con todas las esferas de la vida y la sociedad.

Rodríguez (2013) Refiere que:

> (…) Aun en nuestros días existen los tabúes sobre cuando orientar sobre la sexualidad a los adolescentes y piensan que una orientación temprana estimula al adolescente a iniciar las relaciones sexuales. El adolescente no solamente debe recibir la información relacionada con el embarazo sino comenzar desde las características de su madurez sexual que aún no la alcanzado en esta etapa y de ahí las complicaciones posteriores para la salud de la futura madre y el niño (Rodríguez, 2013, p.34).

Entonces cabría preguntarse: ¿Por qué se embarazan nuestras adolescentes?

Según estudios realizados, dentro de los principales factores se pueden determinar:

- Disminución de la edad de pubertad, por inicio precoz de las relaciones sexuales.
- Por la falta de instrucción académica.
- Por desconocimiento de la sexualidad.
- Por no uso de protección contraceptiva, para "aguantar" a la pareja, buscando afecto, e) Por problemas domésticos.
- Por escasa percepción del riesgo.
- Por la educación sexual "que no llega".

El tema de la sexualidad y la salud reproductiva ha despertado mucho interés entre los profesionales dedicados a la salud pública y mental, debido al impacto social que ha tenido en las nuevas generaciones y se refleja en los índices de densidad poblacional y en el incremento de enfermedades de transmisión sexual. Anteriormente, los estudios de sexualidad eran pocos, debido a que implicaba hablar de temas a los que la sociedad no estaba acostumbrada, como aborto, embarazo no deseado, relaciones sexuales prematrimoniales, anticonceptivos y homosexualidad.

Como señala Rodríguez (2012) con gran acierto, nuestra sociedad actual ha creado la adolescencia y tiene la obligación de preocuparse por ella, de infiltrarle responsabilidad y esperanza, de darle una nueva ética, en la que impere el concepto del derecho a nacer deseado y protegido. Sólo así podría mantenerse el concepto de familia. Por las anteriores razones, se presenta un estudio de intervención comunitaria realizado en el CMF·39 perteneciente al policlínico Mario Pozo Ochoa, municipio Jesús Menéndez en el período comprendido desde diciembre del año 2017 a Marzo del año 2019, Con el Objetivo de mejorar el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia.

La población de estudio estuvo constituida por un total de 32 adolescentes. Se tomaron como referencias estudios de varios autores, Rodríguez, Cala, Nápoles, Milán y Aguilar (2017). Otros como: Sexualidad. Diario del 7mo Congreso de Educación, Orientación y Terapia Sexual. (2015), García y Cruz (2015), Mora y Hernández, (2015).

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre la edad óptima para el embarazo, la preparación para ser madre, edad óptima para iniciar relaciones sexuales, métodos de planificación familiar o métodos anticonceptivos, complicaciones del embarazo en la adolescencia.

Nivel de conocimiento de la población estudiada antes y después de la intervención educativa

Consideramos que la variable conocimiento de la edad óptima para el embarazo no representó un factor de riego para el embarazo en la adolescencia en el estudio. Esto nos hace reflexionar que a pesar del conocimiento que tienen las adolescentes, siguen incurriendo en embarazos no deseados.

Rodríguez, Cala, Nápoles, Milán. y Aguilar (2017) no coincide con el de la autor a que al inicio tenían un bajo conocimiento y después de la intervención se incrementó, aquí sí tenían un correcto conocimiento acerca de la edad óptima para salir embarazada, 71,4% de los casos y un 70,9% de los controles.

Sexualidad. Diario del 7mo Congreso de Educación, Orientación y Terapia Sexual. 2015. Saber reconocer cuando se está preparada física y psicológicamente para iniciar las relaciones sexuales es un tema muy discutido por los especialistas pero sobre todo crea muchas interrogantes entre los grupos de jóvenes de hoy. Se evidenció que antes de la intervención el 75% de las adolescentes desconocían tal información mientras que luego se obtuvo que el 81,3% respondieron de manera favorable demostrándose un incremento del nivel de conocimiento de este tema.

El médico y la enfermera de la familia ocupan la segunda posición en la obtención de información, por lo que creemos que estos deben jugar un papel más protagónico dentro del proceso de orientación sexual y promoción de salud, con el objetivo de lograr un mayor dominio de los métodos anticonceptivos y de planificación familiar entre las adolescentes de la comunidad.

Nuestro estudio concluyó que aunque al inicio un 50 % de las jóvenes estudiadas tenían conocimientos sobre los métodos de anticoncepción, por medio de la intervención realizada se logró elevar a un 100% lo cual influye de manera positiva en el actuar de las adolescentes.

García y Cruz (2015) en un estudio de 1000 adolescentes demostraron que el 79,9 % de las 626 que recibieron educación sexual, no conocían o presentaban dudas acerca de los método anticonceptivo a pesar de tener conciencia y conocimientos de los riesgos que conlleva tener relaciones coitales sin protección.

Dentro del Sistema Nacional de Salud, deben ser considerados por la población como los principales transformadores de hábitos nocivos y actitudes de riesgo para la salud en general, sobre todo en materia de sexualidad, ya que una buena orientación reduce el riesgo de muerte materna y fetal en edades tempranas.

Se determinó que antes de realizada la intervención solo 3 de las adolescentes conocían las posibles complicaciones que puede traer consigo embarazarse en estas edades lo cual solo representaba el 9.4% del total, algo que resultó extremadamente alarmante y sobre lo cual se decidió trabajar para lograr modificación. Se logró una vez culminado el estudio que el 84.4% de estas jóvenes conocieran dichas complicaciones.

Mora, y Hernández (2015) en su estudio se refiere a los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como la enfermedad hipertensiva,

anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, en conjunto con la nutrición insuficiente, elevan las cifras de morbilidad y mortalidad maternas, y aumentan de dos a tres veces la mortalidad infantil, en comparación con los grupos de 20 a 29 años; 80% de los niños hospitalizados por desnutrición severa son hijos de madres adolescentes. La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por periodos; en la primera mitad de la gestación destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática.

Rodríguez, Cala, Nápoles, Milán y Aguilar (2017) reflejan que el embarazo en la adolescencia trae consigo riesgos para la salud de la madre, el hijo, la familia y la sociedad; esto constituye un problema social con repercusión médica. Los riesgos están dados por la inmadurez biológica, psicológica y social que poseen los adolescentes para enfrentar una maternidad y paternidad responsables. En las últimas décadas, las ciencias biomédicas y sociales - entre otras - han realizado estudios con el propósito de lograr estilos de vida saludables en los adolescentes, principalmente en mejorar su salud sexual y reproductiva.

Mora, y Hernández (2015) refieren que:

> (…) en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias por enfermedades placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna concomitante, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción céfalo pélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado. Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes son: 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. (Mora y Hernández, 2015, p.10)

El hijo de madre adolescente es, sin duda, un niño que causa preocupación porque se trata de un ser cuyo desarrollo se realiza bajo la dependencia de otro individuo que no ha completado el suyo.

Programa educativo de prevención del embarazo en la adolescencia

Se diseñó un programa educativo con 8 encuentros con una frecuencia de 2 encuentros mensuales realizados en la comunidad con la participación de maestros, el médico y enfermera de la familia y el Grupo de trabajo comunitario.

Encuentro #5

Tipo actividad: Conferencia Fecha: Noviembre 2018.

Título: Factores predisponentes del embarazo en la adolescencia.

Objetivos: Dar a conocer cuáles son los factores predisponentes del embarazo en la adolescencia.

Sumario: Factores Personales, familiares y sociales

Duración: 30 min

Materiales: papel y lápiz.

Desarrollo:

Se les explicó que el factor personal se relaciona con el proyecto de vida que cada persona tiene previsto, es decir, las expectativas a futuro que todo ser humano posee frente a su vida. Este factor se ve alterado cuando se presenta la maternidad adolescente, pues conlleva la necesidad de revaluar las metas que tienen visualizadas hasta el momento, asumiendo algunas implicaciones como: abandono escolar, autoestima baja, incapacitar para planear un proyecto de vida, inicio temprano de relaciones sexuales, desinterés para asumir actitudes de prevención, sentimientos de abandono y desesperanza, problemas de sentimientos y de personalidad, adicción o consumo de sustancias toxicas, desinterés para asumir actitudes de prevención. Necesidad de afirmar su necesidad de género, menarquía temprana y carencia de afecto.

Se estableció un intercambio donde ellas expusieron sus propias vivencias y se insistió que todo esto genera en la joven un cambio frente a sus prioridades, aplazando sus metas, por ejemplo la mayoría de las jóvenes al culminar su enseñanza media, desean realizar estudios superiores, ya sea a nivel tecnológico o universitario, con miras a una realización profesional donde puedan obtener empleos con mejores ingresos, que le posibiliten una mejor calidad de vida a ella y a su familia.

Algunas adolescentes al enfrentar la maternidad a edades tempranas, abandonan sus estudios o solamente alcanzan un nivel secundario, dejando de lado una educación a nivel superior, disminuyendo así las posibilidades de acceder a un mundo laboral calificado.

En cuanto a los Factores familiares se encuentran

- Familia disfuncional.
- Hacinamiento y promiscuidad.
- Crisis del núcleo familiar.
- Enfermos crónicos en la familia.
- Madre o hermana con antecedente de embarazo adolescente.
- Normas en el comportamiento y actitudes sexuales de los adultos.

Se puntualizó que la familia a través de la historia, ha sido la organización social que le ha permitido al individuo nacer, desarrollarse y reproducirse, que es el primer espacio social de los individuos y que esta cuenta con una estructura y funciones fundamentales que cumplir, como son los roles claramente determinados, las relaciones de parentesco, funciones afectivas, económicas, sociales y de protección. Se les orienta además que en los factores familiares puede verse la actitud de una madre hacia su hijo, puede repercutir de una forma positiva o negativa al adolescente y que la familia sigue considerándose como la principal institución base de cualquier individuo.

Se orienta que en el próximo encuentro se analizará el factor social.

REFERENCIAS

Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: acerca de la Conferencia. Recuperado de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/about/es/

Every Woman Every Child. Saving lives, protecting futures: Progress report on the Global Strategy for Women's and Children's Health. (2015). New York: United Nations. Recuperado de: www.every womanevery child.org

García, M. y Cruz, VY. Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 41(1): 23-38. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000100004&lng=es

Mora, AM., Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? *Ginecol Obstet Mex* 83:294-301. Recuperado de: http://www.ginecologiayobstetriciademexico.com

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). UNFPA. Manual Clínico de Adolescencia (2017). Paraguay: Asunción.

Rodríguez, VJ. (2013). *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*. (Tesis en obtención del título de Especialista en Obstetricia). Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia. Guayaquil, Ecuador.

Rodríguez, N., Cala, A., Nápoles, JL., Milán, Y. y Aguilar, M. (2017). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Rev Inf Cient*, 96(1):29-37

Sexualidad. Diario del 7mo Congreso de Educación, Orientación y Terapia Sexual. (2015). (Soporte digital)

Mora, AM., Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? *Ginecol Obstet Mex 83:294-301*. Recuperado de: http://www.ginecologiayobstetriciademexico.com.

ACCIONES PARA MODIFICAR EL ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA CMF PALO SECO

ACTIONS TO MODIFY THE ALCOHOLISM IN ADOLESCENCE CMF PALO SECO

Carlos Antonio Cruz Pupo

Alexey Peña Valdes alexeypv@ltu.sld.cu

Odalis Mojena Fernandez karla@ltu.sld.cu

RESUMEN

El consumo del alcohol, es cada vez más común en nuestra población especialmente en adolescentes, constituyendo un problema de salud en Cuba y en el mundo. Objetivo: Evaluar La intervención educativa para modificar el nivel de conocimientos sobre el consumo de alcohol. Método**:** Se realizó un estudio de intervención educativa en adolescentes varones consumidores de alcohol en el CMF Palo Seco del área de salud del municipio Jobabo en el período de Octubre de 2017 a Noviembre de 2019. El universo estuvo integrado por 34 adolescentes masculinos, de los cuales se selecciono una muestra de forma aleatoria simple de.26 adolescentes. Resultados. El grupo de edad más representativo fue el de 15 a 18 años; en cuanto a la escolaridad predomina el nivel de escolaridad de secundaria básica en 22 adolescentes, la fuente por la cual obtuvieron la información sobre el alcoholismo y sus consecuencias fue a través del médico y la enfermera de la familia. Conclusiones: Se logro modificar el nivel de conocimiento de los adolescentes en relación al alcoholismo

PALABRAS CLAVES. Intervención educativa, Adolescencia, Alcoholismo.

ABSTRACT

Rationale: The consumption of alcohol, is becoming more and more common in our population, especially in adolescents, constituting a health problem in cuba and in the world. Objective: To evaluate the educational intervention to modify the level of knowledge about alcohol consumption Method: a survey Was conducted of educational intervention in adolescent male consumers of alcohol in the CMF Palo Seco in the health area , in the municipality Jobabo, in the period from October 2017 to November 2019. The universe was composed by 34 adolescent male, of which I select a simple random of.26 adolescents. Results. The age group most representative was the 15 to 18 years with 16 teenagers for a 61.6 %.,in terms of schooling is the predominant level of schooling secondary basic 22 adolescents studied for a 84.6 %, affected by the unmarried teen with 23 cases for an 88.5 %, the source by which they obtained the information on alcoholism and its consequences was through the doctor and the nurse of the family with 18 cases for a 69.2% at the start of the educational intervention there was a knowledge that is not appropriate on alcoholism and its consequences in 17 teenagers for a 65.4% , which is achievement to modify in adequate in 25 teenagers for a 96.2%. Conclusions: Is achievement to modify the level of knowledge of adolescents in relation to alcohol

KEY WORDS: educational intervention, adolescence, alcoholism.

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo constituye un flagelo que alcanza en mayor o menor grado a todas las sociedades del mundo. Su nacimiento o creación data desde la antigüedad, en la Biblia se puede leer: “Noé bebió del vino y se embriagó”. Incluso desde épocas muy remotas el alcohol estuvo muy vinculado a las celebraciones religiosas, aspectos que se reflejan en la Biblia. (Díaz, 1998)

La palabra alcohol proviene del vocablo árabe *alkuhul*, que significa “*esencia*”. El alcohol es el producto de la fermentación de sustancias vegetales. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad cuando nuestros remotos antepasados tuvieron la experiencia de beber el líquido resultante de la colección de agua de lluvia en alguna irregularidad del tronco de un árbol, luego de haber caído en dicho depósito alguna fruta desprendida que sufriera posteriormente, el proceso de fermentación.

Hay evidencias escritas del uso de bebidas alcohólicas durante más de 4000 años a.n.e., en las pirámides egipcias, Mesopotamia y China. Alrededor del año 800 d.C. el químico árabe, Rhamses descubrió el proceso de destilación que favoreció la fabricación y comercialización, hacia Europa, de bebidas fermentadas, y destiladas (González, 2010, Sandoval, 2010, González Menéndez, 2011).

La ingestión inicial, posiblemente con fines religiosos, dió paso al consumo colectivo en ocasiones muy especiales, y finalmente alcanzó gran potencialidad dañina cuando su utilización dependió de la decisión personal. Desde entonces se establecieron dos grandes categorías de consumidores: los que beben dentro de las normas de responsabilidad y aquellos que desgraciadamente, no pueden lograr ese objetivo y se, convierten en bebedores irresponsables. El abuso de su consumo fue reconocido desde épocas pretéritas como un problema de índole social por la repercusión nociva sobre los colectivos humanos. Hipócrates, médico griego, habló hace unos 2400 años de la locura alcohólica (Guibert, 2014, Freixa, 2002).

La primera referencia documental directa a la preocupación médica por el alcoholismo aparece en un texto mesopotámico donde se inscribe una receta con 11 hierbas medicinales, lo cual expresa desde entonces el interés por la atención específica de la que resulta hoy la más trascendente toxicomanía a nivel mundial (Ventura, 2011).

Aunque el término alcoholismo fue acuñado por Magnus Huss en 1849, cuando Suecia sufría el mayor consumo de alcohol del mundo, durante mucho tiempo fue considerado un vicio propio de débiles morales y no fue hasta 1960 que Jellinec el gran impulsor del concepto de alcoholismo. En su trascendente obra *The disease concept of alcoholism.* Estableció que:

> (…) dicha categoría nosográfica incluía *todo uso de alcohol que produjera algún tipo de daño en el consumidor, en la sociedad o en ambos*. Más tarde en 1960 incluyó la ingestión anormal de alcohol en la categoría enfermedad, señaló que solo podría considerarse adicción alcohólica cuando los sujetos tuviesen tolerancia física, pérdida de control o incapacidad para abstenerse de beber (González Menéndez, 2012, p.5)

El alcoholismo es de causa multifactorial y se considera una enfermedad cuya prevención es efectiva, aunque requiere de mayores esfuerzos. Torres (2010), considera que la adicción alcohólica trasciende a todas las esferas de la vida, afecta su

calidad y deteriora las funciones del individuo lo cual corrobora la necesidad de intervenciones integrales que involucren a la familia y a la comunidad.

La intervención comunitaria se reconoce como el conjunto de técnicas para informar y facilitar la reflexión acerca del estilo de vida, las relaciones interpersonales y la crianza de los hijos. Dicha intervención va dirigida hacia la modificación de estilos de pensamientos, creencias y puntos de vista, que conforman el componente cognitivo de las actitudes.

Se trata de brindar alternativas de reflexión para promover estilos de vida saludables y de educación, a través del auto cuidado ante la ingestión de bebidas con contenido alcohólico que, si bien están presentes en nuestra cultura, su consumo excesivo o irresponsable, esporádico o continuo, no forma parte de la condición humana, pero puede atentar contra ésta y destruirla.

En Las Tunas, el alcoholismo también constituye un dilema en estudio, debido a la gran incidencia y prevalecía que esta enfermedad mantiene, reportándose poblaciones donde el 80,6% ingieren el tóxico y el 25,3% son alcohólicos. Datos estadísticos evidencian que en el municipio de Jobabo existen 1850 personas que padecen de alcoholismo. Por lo nos podemos dar cuenta que es una enfermedad que va en aumento, provocando más muertes cada año, ya sea por el consumo directo e indirecto del alcohol, por eso creo que es importante educar a la población de manera constante sobre este tema para tratar de reducir el alcoholismo en nuestra población.

Se realizó un estudio de intervención educativa en el CMF de Palo Seco del municipio Jobabo, con el objetivo de evaluar la intervención educativa para modificar el nivel de conocimiento sobre el alcoholismo en adolescentes de esta comunidad, en el período comprendido de octubre 2017 a Noviembre 2019. El universo de estudio estuvo constituido por 32 adolescentes diagnosticados con consumo de alcohol durante el período de estudio comprendido de octubre 2017a Noviembre 2019. La muestra escogida de forma aleatoria simple fue de 26 adolescentes. La investigación se dividió en 3 fases: Diagnóstico, Intervención y Evaluación.

La adolescencia es una etapa de la vida donde hay un crecimiento del individuo en aspectos sociales, biológicos y psicológicos enmarcado entre los 11 y 19 años de edad, aunque algunos autores refieren que debe llegar hasta los 22 años. El paso de la infancia y la edad adulta constituye el contenido fundamental de esta etapa, que además se caracteriza por el florecer del amor y hace sentir a los jóvenes optimistas, creativos, pero a la vez es necesario sustentarlo con la responsabilidad en relación a conductas que casualmente se inician en esta etapa y de no ser corregidas traería grandes consecuencias,

Es importante educar a los adolescentes para que lleven una vida adulta satisfactoria, con el concepto de responsabilidad en su vida social, debiendo considerarse que tanto muchachas como muchachos enfrentan serios problemas psicológicos que propician el consumo de alcohol provocando un alto riesgo para la salud

La proporción de adolescentes varones fue mayor en las edades comprendidas entre 15 y 18 años de edad, etapa en la cual la adolescente ha concluido casi totalmente sus transformaciones corporales pero existe un gran impulso hacia los vínculos con otros compañeros e iniciando actividades que conducen a conductas de riesgos como es el

ingerir bebidas alcohólicas, iniciar la vida sexual entre otras, en la tabla 1 se refleja la distribución de los adolescentes varones según grupos de edades

Tabla 1. Distribución de los pacientes según los grupos de edades del CMF Palo Seco .en el periodo de Octubre 2017 a Noviembre 2019

Grupos de edades	**Número**	**%**
12-14	4	15.4
15-18	16	61.6
19 y mas	6	23
Total	26	100

Fuente: Encuesta

Existe un predominio de la edad de 15 a 18 años de edad en 16 adolescentes estudiados para un 61.6%. En estudios realizados por López (2000) el cual demostró que esta afección se hace más frecuente en personas jóvenes, debido a su mayor exposición a los factores de riesgo como la independencia temprana, tendencia al poder, machismo y otras tendencias impuestas por la sociedad a cerca del hombre y en especial del hombre típico de la zona rural.

Tabla 2 Distribución del estado civil de los adolescentes fumadores del CMF Palo Seco en el periodo de Octubre 2017 a Noviembre 2019.

Estado Civil.	Adolescentes	
	no	%
Soltero	23	88.5
Casado	0	0
Unión consensual	3	11.5
Total	26	

Fuente. Encuesta

El hecho de que la mayoría de los adolescentes no estuviesen casados (23 para 88.5%) no quiere decir que ellos no hallan iniciado su vida sexual ya que los adolescentes inician como promedio la actividad sexual a los 14 – 17 años careciendo de la información en torno a su propia sexualidad llegando a tener conductas irresponsables debido al consumo de alcohol. Entre las consecuencias encontramos la decepción escolar y las infecciones de transmisión sexual. Otros autores como Domínguez (2003) refieren que en casi todos los casos de alcoholismo se evidencia el

estado civil de solteros ya que estos les da mayor dependencia hallazgos que coinciden con esta serie.

Tabla 3 Distribución de Los pacientes adolescentes según la escolaridad del CMF Palo Seco en el periodo de Octubre 2017 a Noviembre 2019.

Escolaridad		**Número**	**%**
Primaria		0	0
Secundaria		22	84.6
Preuniversitarios		4	15.4
Total		26	100

Fuente: Encuesta.

Es de destacar que en relación al nivel educacional de los adolescentes este esta en correspondencia con la escolaridad promedio del país, en esto tiene gran influencia las facilidades que brinda nuestro estado respecto a la educación, siendo esta gratuita y accesible para todas. En este estudio 22 (84.6%) adolescentes tienen el nivel de escolaridad de secundaria básica sin embargo estos resultados coinciden con los de Parodi C 2001, que refiere que a menor nivel de escolaridad mayor es la tendencia a la adicción al alcohol.

Tabla 4 Distribución de Las fuentes de información sobre consecuencias y complicaciones del alcohol del CMF Palo Seco en el periodo de Octubre 2017 a Noviembre 2019.

Fuente de información	**Número**	**%**
Medios de Difusión masiva	12	46.1
Medico y enfermera de la familia	18	69.2
Familia	9	34.6
Escuela	6	23

Fuente: Encuesta.

Existen diversas fuentes de información en relación a las consecuencias del alcoholismo. El papel de las instituciones médicas, de la escuela y los medios de difusión masiva son actualmente de gran importancia .En esta serie18 (69.2%) adolescentes refieren que obtuvieron información a través del personal de salud, estos hallazgos han sido descrito también, sin embargo algunos estudios han demostrado

que la influencia de la familia y los amigos inciden y juegan un rol fundamental. Hall 2010 refiere que es a través de las intervenciones educativas que se logra modificar el nivel cognoscitivo en los adolescentes ya que este proceso, de proporcionar información (orientación) es la esencia, sin embargo, por si sola no garantiza un cambio de comportamiento. Así, la educación debe ser dirigida para que los adolescentes hagan lo necesario para tener salud.

El momento, para dar inicio o continuidad en el proceso educativo, puede ser en las consultas de atención o a través de intercambios en los clubes de adolescentes, incentivando la confianza para de una forma u otra proporcionar la ayuda necesaria. En el proceso de educación uno de los resultados a esperarse es la modificación de hábitos o costumbres, lo cual debe de cumplirse con disciplina aplicando las orientaciones impartidas, todas estas acciones se practicaron lo cual contribuyó a que se demostrasen la efectividad de la intervención educativa en relación al consumo de alcohol en adolescentes del CMF Palo Seco.

Tabla # 5 Distribución de la muestra según nivel de conocimiento sobre el alcoholismo y sus consecuencias antes y Después de la intervención. CMF Palo Seco en el periodo de Octubre 2017 a Noviembre 2019.

Nivel de conocimiento	Antes		Despues	
	No	%	No	%
Adecuado	9	34.6	25	96.2
No adecuado	17	65.4	1	3.8
Total	26	100	26	100

Fuente. Encuesta

Se demostró que existe un nivel de conocimiento no adecuado sobre esta afección (17 para un 65.4%). El uso de métodos educativos en las charlas mejora la adquisición de conocimientos logrando modificar el nivel de conocimientos en los adolescentes (25 para un 96.2%).

Escalona (2012) destaca que existen estrategias para mejorar las actividades de promoción y educación para la salud y prevenir enfermedades, con la finalidad de enfrentar situaciones y problemas específicos como es el consumo de alcohol, hallazgos que coinciden con este estudio donde se pudo evidenciar que las actividades de promoción y educación para la salud son un soporte fundamental en la prevención de enfermedades.

CONCLUSIONES

Se logró modificar el nivel de conocimiento de los adolescentes en relación al alcoholismo y sus consecuencias, lo cual repercute en su vida social y en su calidad de vida. Debemos de establecer acciones o estrategias que favorezcan a los jóvenes para

que ocupen su tiempo libre en actividades sanas y que no propicien el consumo del alcohol.

REFERENCIAS

Díaz, O., Soler, B., Soler, M. (2014). Aspectos epidemiológicos del alcoholismo San Cristóbal. *Rev. Cubana de Med Gen Integr*; 12(4): 342 – 348; 1996.

González, R. (2010). Alcoholismo. Abordaje Integral. Santiago de Cuba: Oriente.

Sandoval, JE., Hernández, AE. (2010) Alcohol Mito y Realidad. La Habana: Científico-Técnica.

González, R. (2010). Contra las drogas clínica y terapéutica. Santiago de Cuba: Oriente.

Guibert, W., Cobas, FS., Reyes, R., Govin, R. (2014). Comportamiento ante la ingestión de bebidas alcohólicas. *Rev Cubana Med Gen Integr;* 15 (2): 109 – 4; 2014.

Freixa, F. (2013) De la embriaguez al alcoholismo. Magnus Huss, 1807 - 1890: Conceptos vigentes en el 2013. *Rev Esp Drog*; 22 (2): 133 – 6.

Ventura,I. (2011) Psicoterapia del alcoholismo. En: *Tratado de Alcohología*. Madrid:Ed. Nilo.

González, R. (2012) S. O. S. Alcohol y otras drogas. Santiago de Cuba: Ed. Oriente.

Torres, JR., Iglesias, M., (2010) Tte Cor Turró Mármol C. Consumo de Alcohol y riesgo de alcoholismo. *Rev Cubana Med Milit;* 29 (2): 103 – 8.

López, O. (2000). Juventud y drogadicción: Diez jóvenes para un estudio de caso. (Tesis de grado) Facultad de psicología, Universidad de la Habana, La Habana.

Domínguez, L., Ibarra, L. (2003). Juventud y proyectos de vida. Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. Selección de lecturas .La Habana. Editorial Félix Varela.

Parodi, C. (2001) El lenguaje de los proyectos, Gerencia social , Diseño monitoreo y evaluación de los proyectos sociales. Lima: Universidad del Pacifico.

Hall, N. (2010). Estrategia de intervención comunitaria en la atención al paciente alcohólico en el área urbana del policlínico Guillermo Tejas. (Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría) Universidad de Ciencias Médicas.

Escalona, (2012). Alcoholismo en la comunidad. Programa de intervención. (Tesis en opción al Título de Especialidad de Primer Grado en MGI).

INFLUENCIA DEL NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS EN LOS MANIPULADORES CUENTAPROPISTAS

INFLUENCE OF THE LEVEL OF INFORMATION OF FOODS HANDLERSSELF-EMPLOYEDS WORKERS ON FOODBORNE DISEASES

Catherine Scull Hernández catherine0980@gmail.com

Osmany Méndez Alarcón

Martha Odalis Cabrales León

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en manipuladores de alimentos cuentapropistas de casas de familias, kioscos y cafeterías arrendadas de la Policlínica Piti Fajardo en Las Tunas, relacionado con el nivel de información de los mismos sobre las normas y procedimientos necesarios para la manipulación adecuada de los alimentos, en el periodo comprendido entre agosto y diciembre del 2018. El universo quedó constituido por el total de esos manipuladores y la muestra comprendió solo una parte de ellos seleccionados por un método de estratificación.Esta investigación permitió analizar el comportamiento de las Enfermedades Transmitidas por alimentos e identificar el nivel de información de los manipuladores a través de un cuestionario.Fue diseñada una estrategia educativa dirigida a estos manipuladores para mejorar su nivel de información sobre la higiene de los alimentos. Pretendemos contribuir a disminuir la incidencia de las Enfermedades Transmitidas por alimentos.

PALABRAS CLAVES: manipuladores de alimentos, Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), nivel de información, estrategia educativa.

ABSTRACT

The descriptive transverse observational study was carried out in food handler self-employed workers of houses, kiosks and rented coffee shops of the Piti Fajardo Policlinic in Las Tunas, pertaining to the level of information of the same on the standards and necessary procedures for manipulation made suitable of the foodstuff, in the period understood between August and December of 2018. The universe quietly constituted by those manipulators' total and the sample one part of them selected by a method of stratification understood only. This investigation enabled examining the behavior of them FBD and identifying the level of information of the manipulators through a questionnaire. An educational guided strategy was designed these manipulators of foodstuff for the better his level of information on the hygiene of the foodstuff. We intend to contribute to diminish the incidence of foodborne diseases.

KEY WORDS: food handler, foodborne diseases (FBD), level of information, educational strategy.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA) constituyen una causa muy importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, con gran afectación al desarrollo socioeconómico. A diario se reportan casos de personas que contraen enfermedades

debido al consumo de alimentos o agua contaminados. Se presenta con mayor frecuencia en niños, mujeres embarazadas, personas inmunosuprimidas y de la tercera edad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que todos los años enferman en el mundo alrededor de 600 millones de personas por ingerir alimentos contaminados y de ellos 420 000 mueren por esta misma causa. Todo esto queda reflejado en informe del Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (2017).

La vigilancia de las ETA comenzó en Cuba desde el año 1978 y desde esa fecha se ha mantenido la actividad de vigilancia en constante desarrollo y perfeccionamiento**.**En nuestro país, debido al incremento de la modalidad de trabajo por cuenta propia y a que el expendio de alimentos en las casas de familia y en las calles ha aumentado significativamente, se han establecido leyes y normas para garantizar la calidad y seguridad de los comestibles. Todo lo anterior se encuentra recogido en informe emitido por el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (2014).

Un brote de ETA es un episodio en el cual dos o más personas presentan una enfermedad similar después de ingerir alimentos, incluida el agua, del mismo origen y donde la evidencia epidemiológica o el análisis de laboratorio implica a los alimentos y/o agua como vehículos de la misma. Zúñiga (2017) hace referencia a lo que debe de estar presente para que ocurra una ETA, y a la necesidad de la presencia de un patógeno o su(s) toxina(s) en el alimento. Sin embargo, la sola presencia del patógeno no significa que la enfermedad ocurrirá. Forero, Galindo y Ramírez (2017) destacan que según los registros del Sistema de Información de la OPS para la Vigilancia de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (SIRVETA), se ha descrito en los últimos nueve años 6.511 brotes de ETA en 22 países de la región y cerca de 250.000 personas se enfermaron en estos brotes.

La mayoría son infecciones ocasionadas por distintas bacterias, virus y parásitos; las más reportadas son las de origen bacteriano. Entre las más frecuentes reconocidas como causantes de ETA se encuentran Salmonella Spp., Staphylococcus Aureus, Bacillus Cereus y Clostridium Perfringens, así como Escherichiacoli O157:H7.Según la OPS (2018) se conoce que cerca de dos terceras partes de las epidemias de ETA ocurren por consumo de alimentos en restaurantes, cafeterías, comedores escolares y en las mismas viviendas.

Los alimentos de origen animal, como la carne y los huevos, han sido implicados con mayor frecuencia en los brotes de ETA. Los principales factores que contribuyen a los brotes son el control deficiente de la temperatura en la preparación, cocción y el almacenamiento de alimentos. Esta temática ha sido tratada por diferentes autores y más recientemente por Ospina (2016). Pin (2017) considera que los manipuladores tienen ante sí la responsabilidad de respetar y proteger la salud de los consumidores por medio de una manipulación cuidadosa.

En la provincia de Las Tunas al cierre del nonestre del 2017 se reportaron y estudiaron en la provincia 19 brotes de Enfermedades Transmitidas por los Alimentos (ETA), contra 20 en igual período del 2016. Los productos de repostería, sobre todo los que contienen cremas y merengues, están considerados en nuestra provincia como de alto riesgo sanitario desde el punto de vista microbiológico por contaminación por Salmonella o Staphylococcus, estando con frecuencia implicados en brotes de

enfermedades transmitidas por alimentos. Debido a que más del 90 por ciento de las ETA se han producido en casas de familia, y que en los últimos años ha aumentado de forma creciente la producción de alimentos por cuenta propia en casa de familia, decidimos realizar este estudio con el propósito de diseñar una estrategia educativa que contribuya a mejorar el nivel de información de estos manipuladores de alimentos cuentapropistas.

Comportamiento epidemiológico de las ETA en el periodo del 2014 al 2018 en la provincia de Las Tunas

En nuestra investigación encontramos que ocurrieron brotes de ETA en todos los años involucrados, siendo el 2015 el año de mayor número, donde se reportaron 26 brotes. Los meses de Mayo y Junio fueron los de mayor número de brotes, con un total de 17 cada uno, para un 18.1 %.Considero que se ha creado un subregistro en cuanto a esta enfermedad, que es reconocida en el mundo como una causa importante de morbilidad y mortalidad y uno de los mayores peligros para la salud, como se plantea en el Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentaria en la situación Actual de la Inocuidad de los Alimentos (2017).

En relación a los meses del año en que ocurrieron los brotes Posada, Rodríguez y Ferrer (2015) apreciaron que los meses con mayor reporte de eventos corresponden a marzo y mayo (19 brotes). En nuestra investigación el mes de mayo coincide con uno de los de mayor incidencia. Lo planteado anteriormente puede estar en relación con la época del año, el clima templado, y la humedad.

Si analizamos la distribución de los brotes de ETA por área de salud en la provincia de Las Tunas encontramos que fue el Área del Piti Fajardo la de mayor por ciento, esto debe estar en relación con el Piti Fajardo es el área de más población de la provincia, además cubre todo el centro de la ciudad, y por lo tanto hay más centros de elaboración de alimentos, restaurantes, cafeterías y vendedores ambulantes.

Como se puede apreciar, las personas tienen costumbre de ingerir alimentos en casas de familia y en la vía pública y una gran cantidad de la población se ve en la necesidad de ingerir alimentos en la vía pública siendo una práctica muy común en muchos países de América Latina, que coincide con lo planteado por Galarza (2018). Cores, Valero, García S y García G (2016) hacen un recuento en su investigación de los brotes en la historia de las ETA, que han afectado un gran número de personas. En nuestra provincia en los años estudiados, no existieron brotes que sobrepasaran las 50 personas.

Del total de los brotes, solo recibieron confirmación etiológica por laboratorio 33, de ellos 30 para Staphylococcus Aureus para un 31.9 % y salmonella con u 3.2 %. Quedaron 61 brotes sin confirmación de laboratorio, solo con la sospecha clínica de la posible etiología, basado en los síntomas, el periodo de incubación y la tasa de ataque de los alimentos. Durante los años de estudio, se reportó el mayor número de brotes en casas de familia, con un 61.7 %.

Al comparar los resultados con un estudio realizado por Forero, Galindo y Ramírez (2017) sobre patógenos asociados a enfermedades transmitidas por alimentos en restaurantes escolares de Colombia, el 2,4% de las muestras de alimentos fueron

positivas para alguno de los agentes patógenos investigados, lo que no coincide con nuestro estudio donde hubo un 35.1 de brotes con agentes patógenos confirmados.

En relación al lugar de ocurrencia de los brotes es vital para la planificación de las medidas preventivas, las casas de familia fueron las de mayor frecuencia en esta investigación. Lucas, Morales, Salazar, Eslava y Alvarado (2016) encontraron en los puestos de venta de carne de pollo en Lima gran potencial de Escherichia Coli, la cual no fue aislada en ninguno de nuestros brotes.

Los alimentos implicados en los brotes de ETA durante los años en estudio se distribuyeron por grupos, según el origen y tipo de alimento. 41 brotes se produjeron por el consumo de cake o panetela para un 43.6 %, seguido de 15 brotes por queso y derivados.

En cuanto a los factores que contribuyeron al brote, fueron las deficiencias en la manipulación de los alimentos los que predominaron, estando presentes en un total de 50 brotes. Según el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (2017) las ETA causan daño en el desarrollo económico y social, al ejercer una presión excesiva en los sistemas de atención de la salud a pesar de aún persisten muchas que no se notifican y hay dificultad para establecer una relación de causalidad entre las contaminaciones de alimentos y las enfermedades o muertes por ellas provocadas. Estos resultados se corresponden con Domínguez (2015) al explorar el conocimiento sobre las medidas para evitar la contaminación de los alimentos donde solo 29 trabajadores gastronómicos conocían acerca de las acciones preventivas antes de la intervención educativa.

Los síntomas más frecuente en los brotes fueron los vómitos y diarreas, con 311 pacientes, para un 29.2 %. Casi el total de los pacientes estuvieron dentro del periodo de incubación de menos de 10 horas, el 99.7 %.No coincide con estudio realizado de un brote por Della, Caffer, Panagópulo, Viñas, Barrios, Viora y Anselmo (2015). Al analizar todo lo planteado en este acápite vemos que la mayoría de las veces actuamos por rutina o por carga laboral, ante estos pacientes que vienen con síntomas gastrointestinales, en lugar de analizar la causa de cada una de las diarrea, se receta algún antibiótico y se manda al paciente para la casa. El médico de primer contacto es el profesional más importante para detectar o sospechar un brote.

Resultados del cuestionario aplicado a los manipuladores

Se analizó el nivel de escolaridad de los manipuladores de alimentos encuestados, todos tenían primaria terminada y no había ningún iletrado, el nivel escolar que predomino fue el de preuniversitario terminado. Con relación al sexo el más frecuente fue el femenino, con un 59.6 %, lo que nos hace pensar que todavía hay estigmas en la sociedad que vencer, en cuanto a darle a la mujer la tarea de manipular, cocinar o preparar alimentos, lo que no ocurre en otros países como Paraguay, donde Ebner y Figueredo (2014), realizaron una encuesta a 73 manipuladores de alimentos, de los cuales, 37 de ellos eran mujeres y el resto hombres. Caballero (2008) encontró un nivel escolar en manipuladores encuestados de medio o medio superior en el 82 % de los encuestados, y el 15 % presento estudios universitarios, lo que coincide con nuestra investigación. La inexperiencia del manipulador puede ser un factor de importancia en las ETA:

(…) con sus manos un manipulador puede alimentar una ciudad o asesinar un pueblo, es una frase de alta significación para estimula el análisis en un grupo de manipuladores donde existan dificultades con el lavado correcto de las manos, que es uno de los problemas de mayor frecuencia en los procesamientos de alimentos y se requiere una labor muy eficiente para superarlos" (Caballero Torres, 2008, p. 348).

Tabla 1.Comportamiento del nivel de información de los manipuladores de alimentos encuestados. Las Tunas 2018.

Nivel de información	M	%	F	%	Total	%
Nivel 1	24	24.2	30	30.3	54	54.5
Nivel 2	13	13.1	18	18.2	31	31.3
Nivel 3	3	3.0	11	11.1	14	14.1
Total	40	40.4	59	59.6	99	100

Fuente: Cuestionario aplicado.

En la tabla 1, se plasman los resultados del cuestionario, que tenía un total de 24 preguntas, donde se reflejaron los principales aspectos que debe conocer el manipulador para una adecuada preparación, conservación y manipulación de los alimentos. El nivel 1 que es aquellos que solo 8 preguntas con respuestas correctas fue el que predomino, con un total de 54 manipuladores, para un 54.5 %, seguido del nivel 2 que fueron los que respondieron correctamente de 9 a 16 preguntas, que fueron 31 manipuladores, para un 31.3 %, y en el nivel 3 solo 14 manipuladores, que son los que respondieron entre 17 y 24 preguntas correctas. Analizando los resultados obtenidos en este cuestionario, vemos que coincide con la intervención educativa sobre conocimientos de alimentación y nutrición, en manipuladores de alimentos de unidades estatales y trabajadores por cuenta propia del municipio de Puerto Padre, realizado por Domínguez (2015) donde antes de la intervención educativa.

Así, el nivel de conocimiento del manipulador de alimentos y el riesgo de ocurrencia de brotes de ETA están muy relacionados; siempre teniendo en cuenta el deseo y la voluntad del mismo de aplicar los conocimientos, la educación sanitaria ha estado siempre entre las principales actividades que se deben realizar para garantizar la calidad sanitaria, la inocuidad y la seguridad de los alimentos. La capacitación sobre la seguridad alimentaria, la inocuidad de los alimentos y la manipulación no deben basarse solo en la enseñanza de las prácticas correctas, sino también en lograr que sean incorporadas a la vida cotidiana.

Intervención educativa

Estrategia docente: Se realizará en una semana en dos actividades docentes, en la primera se aplicara el cuestionario ya diseñado en esta investigación, se medirá el nivel de información de los manipuladores de alimentos, luego se impartirá la primera conferencia. En el segundo encuentro docente se continuara con el desarrollo de los temas, con una segunda conferencia y al final se aplicara un cuestionario final para conocer si los manipuladores han obtenido los resultados esperados.

Para desarrollar la educación sanitaria es necesario comprender que esta actividad se realiza con el propósito de brindar conocimientos que permitan incorporar y mantener buenos hábitos en el procesamiento de los alimentos por lo cual lo debe de impartir un profesional con un actualizado nivel técnico en relación con la higiene de los alimentos y en técnicas de comunicación social. Las actividades educativas se deben realizar sobre la base de tres etapas que indican la planificación y ejecución de cada uno de los pasos que permiten alcanzar el éxito de la comunicación del mensaje. Estas etapas son: concepción, implementación y retroalimentación:

Concepción: En esta etapa se identificarán los datos generales de los manipuladores y el nivel de conocimientos sanitarios que poseen sobre las ETA, a través de la aplicación del cuestionario, que permitirá realizar una comparación al final de la intervención y analizar si tuvo el efecto esperado, se realizará al inicio del primer encuentro, antes de a la actividad orientadora, en forma de diagnóstico de inicio de la capacitación. Motivando a los mismos a cambiar sus malos hábitos y garantizar la protección sanitaria de los alimentos.

Implementación: En esta etapa se impartirá la educación sanitaria, el mensaje que se formuló se transmitirá a los manipuladores para alcanzar el cumplimiento de los objetivos planteados. El instructor en la transmisión del mensaje debe ser convincente, sincero, agradable, hablar con claridad y lentamente. Es preferiblemente que logre la participación activa de los manipuladores. Las actividades educativas se deben realizar en condiciones agradables y sin interrupciones para que los participantes la recuerden positivamente, lo cual facilita la integración de los conocimientos impartidos al comportamiento de los manipuladores durante el procesamiento de los alimentos.

Retroalimentación: Es la etapa que permite conocer si fueron alcanzados los objetivos trazados, se aplicara nuevamente el cuestionario diseñado, y se evaluaran los resultados obtenidos para emitir las conclusiones de la intervención.

Total de horas. 4 horas

Encuentro docentes: 2

CONCLUSIONES

Las Enfermedades Transmitidas por Alimentos en los últimos 5 años en la provincia se mantuvieron con un comportamiento estacionario, el año de más incidencia fue el 2015 y el área de salud que más brotes aporto fue el Piti Fajardo. De 94 brotes estudiados, el mayor número de brotes en casas de familia por Cake o Panetela y solo recibieron confirmación etiológica por laboratorio 33, de ellos 30 para Staphylococcus Aureus. En cuanto a los factores que contribuyeron a los brotes, fueron las deficiencias en la manipulación de los alimentos los que predominaron y el grupo de síntomas más

frecuente en los brotes fue el de vómitos y diarreas. El periodo de incubación más frecuente fue el de menos de 10 horas. Obtuvimos en nuestro estudio que solo un 14.1 % de los manipuladores respondió correctamente el cuestionario aplicado, por lo que es evidente la necesidad de capacitarlos, la estrategia educativa que fue diseñada le da respuesta a las principales lagunas del conocimiento de los manipuladores, y teniendo en cuenta que están en el área que ha tenido en los últimos 5 años el mayor un número de brotes, se hace necesario crear las condiciones para aplicar esta intervención y que quede diseñada para otros manipuladores que al comenzar en este mundo de la inocuidad alimentaria la necesitan.Con este trabajo se logró comprobar la importancia de capacitar y adiestrar a los manipuladores de alimentos antes y durante su vida laboral.

REFERENCIAS

Caballero, Á.E. (2008). *Temas de Higiene de los Alimentos*. La Habana: Ciencias Médicas.

Cores, O., Valero, J., García, E., García, JE, García, MI. (2016). Cambios en la epidemiología de las gastroenteritis causadas por Salmonella durante 2005-2014 en Salamanca, España. *RevEspQuimioter*, 29(2), Recuperado de: http://seq.es/seq/0214-3429/29/2/cores18mar2016.pdf

Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. (Jul. 2014). *Higiene de los Alimentos vendidos en la Vía Pública*. *Bibliomed* Suplemento, Recuperado de: http://files.sld.cu/bmn/files/2014/07/bibliomed-suplemento-julio-20142.pdf

Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. (2017). *Enfermedades transmitidas por alimentos*. Bibliomed,24(7), Recuperado de: http://files.sld.cu/bmn/files/2017/08/bibliomed-agosto-2017.pdf

Della, A., Caffer, MI, Panagópulo, M., Viñas, MR., Barrios, HA, Viora, SS y Anselmo, J. (2015). Brotedeshigelosis en la Ciudad de Luján, Argentina. *Rev Argent Microbiol*, 47(2), Recuperado de: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-argentina-microbiologia-372-articulo-brote-shigelosis-ciudad-lujan-argentina-S0325754115000334

Domínguez, B., Guevara, R., Peña, Y., Suárez, D., Zarzabal, A. (2015). Intervención educativa sobre alimentación y nutrición en manipuladores de alimentos. *Revista Electrónica Zoillo Marinello*, 40(2). Recuperado de: http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/238/html_17

Ebner, F., Figueredo, VMa. (2014). Contaminación bacteriana de manos y guantes de manipuladores de alimentos de la vía pública de Asunción. *CIMEL*, 19(2). Recuperado de https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/492/298

Forero, Y., Galindo, M., Ramírez, G. (2017). Patógenos asociados a enfermedades transmitidas por alimentos en restaurantes escolares de Colombia Pathogensassociatedwithfoodbornediseases in school restaurants in Colombia. *Rev. chil. nutr.*, 44(4), 325-332. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182017000400325.

Galarza, K., (2018) *Evaluación microbiológica de alimentos adquiridos en la vía pública del Cercado de Lima entre mayo 2017 y junio* 2018 (Tesis para optar el Título Profesional de Químico Farmacéutico). Facultad De Farmacia y Bioquímica Escuela Académico Profesional De Farmacia y Bioquímica. Lima. Recuperado: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2656/TESIS%20%20Galarza%20Katherine.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lucas, L., JR. Morales, CautiSiever, Salazar, E., Eslava, C., E.Alvarado, D. (2016Sep). Contaminación por EscherichiacoliShigatoxigénica en Puestos de Expendio de Carne de Pollo en un Distrito de Lima. *Rev. investig. vet. Perú*, 27(3), 618-625. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.15381/rivep.v27i3.12000.

Organización Panamericana de la Salud. (ago. 2018) Manual para manipuladores de alimentos. Instructor. Washington, D.C: OPS. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31170

Ospina, M., Martinez, M.E., Eduardo, O., Quijada, H. (2016) Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Enfermedades Transmitidas por Alimentos. Recuperado: http://www.saludpereira.gov.co/medios/Protocolo_Enfermedades_Trans._por_alimentos2016.pdf

Posada, P., Rodríguez, I., M. Ferrer, Y., (2015) Comportamiento temporal y espacial de los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos en la provincia de Ciego de Ávila. *MEDICIEGO* 21(1). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol21_no1_15/articulos/t-1.html

Programa Conjunto FAO/OMS sobre normas alimentarias. Comisión del codexalimentarius. (2017) *Propuesta para el Establecimiento del Día Mundial de la Inocuidad de los Alimentos*. CAC/40 CRD/23. Recuperado de: http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/sh-proxy/en/?lnk=1&url=https%253A%252F%252Fworkspace.fao.org%252Fsites%252Fcodex%252FMeetings%252FCX-701-40%252FCRD%252FCRDs%252Fcac40_CRD_23s.pdf

Zúñiga, I., Caro, J., (2017). Enfermedades transmitidas por los alimentos: una mirada puntual para el personal de salud. *EnfInfMicrobiol*, 37 (3), 95-104. Recuperado de: https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2017/ei173e.pdf

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: LAS NANOTECNOLOGÍAS, NANOMEDICINA Y SU APLICACIÓN EN LA SALUD

BIBLIOGRAPHICAL REVISION: THE NANOTECNOLOGÍAS, NANOMEDICINA AND THEIR APPLICATION IN THE HEALTH

Claudia Biatriz Labrada Vidal

Marina Vidal Vega

Cynthia Ibert Muñoz

RESUMEN

La nanotecnología es definida como el desarrollo de ciencia y tecnología a niveles atómicos y moleculares, en la escala de aproximadamente 1-100 nm, para obtener una comprensión fundamental de fenómenos y materiales en dicha escala nanométrica y para crear y usar estructuras, dispositivos y sistemas que tengan nuevas propiedades y funciones debido a su tamaño. Este trabajo tiene como objetivo describir las bases de la nanomedicinas, nanotecnologías para contribuir a la motivación de los profesionales de la salud en la adquisición y profundización del conocimiento de esta materia. Se consultaron 24 referencias actualizadas, a través de los métodos inducción-deducción, análisis-síntesis, se arriba a la conclusión que la nanomedicina es un área emergente que representa una alternativa prometedora para el tratamiento de tumores de alto grado de malignid ad. La nanomedicina es ya una realidad que está produciendo avances en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades.

PALABRAS CLAVES: nanotecnologia, nanomedicina, nanobiotecnología; nanopartículas.

ABSTRACT

The nanotecnología is defined as the science development and technology at atomic and molecular levels, in the scale of approximately 1-100 nm, to obtain a fundamental understanding of phenomena and materials in this scale nanométrica and to create and to use structures, devices and systems that have new properties and functions due to its size. This work has as objective to describe the bases of the nanomedicinas, nanotecnologías to contribute to the motivation of the professionals of the health in the acquisition and profundización of the knowledge of this matter. 24 up-to-date references were consulted, using the methods induction - deduction, analysis. You concluded that the nanomedicina is an emergent area that represents a promising alternative for the treatment of tumors of high grade of malignid ad. The nanomedicina is already a reality that is producing advances in the diagnosis, prevention and treatment of the illnesses.

KEY WORDS: nanotecnologia, nanomedicina, nanobiotecnología; nanopartículas.

INTRODUCCIÓN

El médico y bacteriólogo alemán Paul Ehrlich, ganador del Premio Nobel de Medicina en 1908 por descubrir la arsfenamina, el primer tratamiento medicinal eficaz contra la sífilis, acuñó el término de “bala mágica” (zauberkugel), para referirse a agentes terapéuticos que atacaran a un patógeno en particular, sin dañar las células sanas del paciente. A más de un siglo de aquello, los científicos aún están en la búsqueda de esa

bala mágica capaz de atacar las enfermedades de manera limpia y precisa, encontrando en la nanotecnología una potente herramienta en pos de ese objetivo. El físico y ganador del Premio Nobel Richard Feynman predijo en 1959 las oportunidades que presentaba la manipulación de la materia a una escala atómica y molecular. No obstante, el término nanotecnología no fue usado hasta 1974. (Basterra, 2016; Society AAC, 2013; Acosta, 2016; Berengueras, 2016).

> (…) muchas veces se piensa que la nanociencia y la nanotecnología son términos modernos o casi futuristas, con los que nos encontramos de bruces en comics, películas, novelas o series de televisión. Sin embargo, no son tan novedosos ya que las investigaciones en nanociencia llevan fraguándose en los laboratorios de investigación durante casi cincuenta años. Ya en el año 1959, el Premio Nobel de Física Richard Feynman anticipó muchos de los conceptos e instrumentos que se manejan actualmente en esta fascinante disciplina. (Serena, 2017, p.31).

La nanotecnología se define como el «desarrollo de ciencia y tecnología a niveles atómicos y moleculares, en la escala de aproximadamente 1-100 nm, para obtener una comprensión fundamental de fenómenos y materiales en dicha escala nanométrica y para crear y usar estructuras, dispositivos y sistemas que tengan nuevas propiedades y funciones debido a su tamaño. La irrupción de ella en las ciencias de la salud ha dado lugar a una nueva disciplina denominada nanomedicina, cuyo objetivo principal es el desarrollo de herramientas para diagnosticar, prevenir y tratar enfermedades cuando están todavía en estados poco avanzados o en el inicio de su desarrollo.

La nanomedicina estudia interacciones a la nanoescala y para ello utiliza dispositivos, sistemas y tecnologías que incluyen nanoestructuras capaces de interactuar a escala molecular y que se interconectan a nivel micro para interaccionar en el nivel celular. (Bermejo, 2017 y Bertrand, 2014).

La nanomedicina es ya una realidad que está produciendo avances en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades como el canceren la cual existe una “gran promesa” de las nanopartículas, según investigadores del Centro para el Desarrollo de la Nanociencia y Nanotecnología. Esto porque las drogas contra el cáncer tienen el problema de su toxicidad y efectos secundarios, por lo que “queremos que los nanofármacos tengan la propiedad de dirigirse exclusivamente a las células cancerosas, y que no ataquen a las normales”, plantea. Es decir, que actúen como una “bala mágica”. Blunt, 2007; Boissenot, 2016 y Martín, 2014.

En ese sentido, el Centro de Nanotecnología Aplicada de la U. Mayor asegura que se han empleado nanopartículas para dar quimioterapia directamente a células cancerígenas, y que la investigación avanza a pasos agigantados en todo ámbito. Braga, 2016 y Sudha, 2017. La necesidad de aplicar nanotecnologías en el ámbito de la salud para aquellas enfermedades de graves dolencias como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, o las enfermedades neurodegenerativas, para las que no existen tratamientos definitivos.Por lo cual esta revisión tiene como objetivo Describir las bases de la nanomedicinas, nanotecnologías para contribuir a la motivación de los profesionales de la salud en la adquisición y profundización del conocimiento de esta materia. (Falagan-Lotsch, 2017 y Bermejo, 2017).

> (…) la nanoescala, que también suele denominarse “nanomundo”, es un escenario habitado por diferentes tipos de “nanoobjetos” y “nanoestructuras”, entre los que

> podemos incluir átomos, moléculas, nanopartículas, nanotubos de carbono, el grafeno, nanohilos metálicos y semiconductores, cadenas de ADN, proteínas, ribosomas, virus, etc. Esta “nanofauna” es interesante porque manifiesta una serie de fenómenos que no se pondrían de manifiesto si su tamaño fuese mucho mayor. (Serena, 2017, p.31)

¿Qué es la “nanociencia”?

> (…) La nanomedicina es una rama de la nanotecnología con aplicaciones directas en medicina, que está permitiendo el abordaje de las enfermedades desde el interior del organismo, a un nivel celular o molecular. De este modo, los dispositivos con un tamaño menor de 50 nm pueden entrar fácilmente en la mayoría de las células mientras que, los menores de 20 nm pueden transitar por el torrente circulatorio. La nanomedicina es ya una realidad que está produciendo avances en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades porque, entre otras razones, permite interactuar con las biomoléculas (proteínas y ácidos nucleicos). Además, esta capacidad posibilitará un conocimiento mejor de las complejas vías de regulación y señalización que dirigen el comportamiento de las células normales y transformadas. (Falagan-Lotsch, y Bermejo, 2017,p. 15).

¿Qué es la “nanotecnologia”?

> (…) La nanotecnología es el campo de las ciencias aplicadas dedicada a la manipulación y el control de partículas y elementos que se encuentran en un rango de medidas que va de 10 a 1.000 nanómetros. Las propiedades físicas y químicas de la materia cambian a escala nanométrica, lo que se traduce en comportamientos diferentes en cuanto a la conductividad eléctrica, conductividad térmica, resistencia, elasticidad y biocompatibilidad con respecto a las escalas convencionales conocidas. (Falagan-Lotsch, y Bermejo, 2017, p.16).

Componentes esenciales en nanotecnología

Como componentes fundamenatles de la nanotecnología se reconocen por la comunidad científica a las nanopartículas ylas miscelas poliméricas.

Las nanopartículas definidas como las partículas con un diámetro entre 1 y 1.000 nm, que pueden ser nanoesferas o nanocápsulas. Están compuestas por polímeros biodegradables y tienen la capacidad de llevar medicamentos o diferentes elementos en su interior, repartirlos y acumularlos en sitios blanco; además, tienen una penetración directa en redes capilares gracias a su pequeño tamaño.

Las micelas poliméricas, por su parte, tienen la capacidad de encapsular moléculas como lípidos, antimicrobianos, antioxidantes y vitaminas, los cuales no son solubles o son pocos solubles en agua y con ayuda de las micelas logran serlo; además, permiten minimizar su eliminación por el sistema retículoendotelial. Pueden ser usadas potencialmente en el tratamiento de tumores, pues su rica irrigación facilita que estas partículas liposolubles traspasen las membranas celulares con mayor facilidad y en mayor cantidad hacia dichos blancos terapéuticos.

Una ventaja adicional, valorada últimamente, es la adición de ligandos a la superficie de la micela, lo que genera especificidad hacia los diferentes blancos.

Una preparación que se ha desarrollado recientemente es la unión de medicamentos insolubles en agua, como el tamoxifeno, localizándolo en el centro hidrófobo, y la colocación de ligandos como anticuerpos conjugados contra el tumor en el manto

hidrofílico, lo que ha mejorado la captación del medicamento por el blanco terapéutico, disminuyendo la necesidad de este para un mismo efecto deseado. Se está utilizando esta misma propuesta para otros agentes quimioterapéuticos, como la doxorrubicina y el cisplatino. (Jhaveri, 2014; Bertrand, 2014 y Luo W, 2017).

Los liposomas, se reconocen como vesículas artificiales, individuales o multilaminares (a base de lecitinas u otros lípidos) en escala nanométrica formadas por hidratación de fosfolípidos que, al igual que las micelas, pueden incorporar en su interior diferentes componentes, aun en mayores cantidades.

La composición de las membranas puede ser muy diversa, lo cual es una ventaja a la hora de encapsular moléculas hidrofílicas o hidrofóbicas. Se utilizan para la entrega de moléculas o complejos biológicos moleculares, como en la administración de fármacos y la transferencia de genes. Los liposomas también se han utilizado para estudiar las membranas y sus proteínas. (Society AAC, 2013 y Acosta, 2016).

Los dendrímeros, son estructuras poliméricas, pero a diferencia de las micelas, sus unidades de transporte no se encuentran en el centro, sino que están conformados por un sistema de ramificaciones perfectas, el cual utiliza para el transporte de diferentes componentes; estas ramificaciones le permiten tener una mayor capacidad de carga (Society AAC, 2013). Además de ser utilizado en el campo de la oncología, se ha potenciado también como elemento de transporte de medio de contraste y otros elementos radioterapéuticos. (Boissenot, 2016,).

Los nanotubos, son estructuras tubulares compuestas por átomos de carbono de diámetro nanométrico que se componen también de varias láminas de diferentes materiales enrolladas sobre sí mismas. (Acosta, 2016; Boissenot, 2016).

Aplicaciones en la Medicina.

Control de infecciones

En adición a su rol como un vehículo para la liberación de drogas y medicamentos, las nanopartículas por si mismas tienen el potencial de tener efecto terapéutico. Pueden utilizarse en el diagnóstico rápido de enfermedades infecciosas, mediante el diseño de diversos biosensores que detectan el ADN específico de un agente infeccioso particular y las variedades resistentes a los antibióticos, lo cual permitiría la instauración oportuna y precisa de la terapia antimicrobiana. (Basterra, 2016; Berengueras, 2016).

Las nanopartículas servirían como liberadores específicos de medicamentos y, además, se estudia la posibilidad de que sean utilizadas en terapia génica, para modificar el comportamiento de parásitos como Plasmodium falciparum. Controlar una infección con ayuda de la nano medicina en unos años no será imposible esto se logrará realizar y hará que el mundo de un giro o salto enorme en el campo de la medicina. (Berengueras, 2016 y Bermejo, 2017).

Nuevos sistemas de diagnóstico

Uno de los objetivos de la nanotecnología es el desarrollo de sistemas de diagnóstico sencillos, rápidos y precisos mediante análisis in vitro. Estos sistemas podrán determinar múltiples indicadores a partir de pequeñas cantidades de la muestra facilitando así un rápido diagnóstico. Muchos de estos análisis se llevarán a cabo

usando pequeños biosensores desarrollados mediante técnicas de nanofabricación. (Berengueras, 2016).

Estos biosensores podrán detectar fragmentos de cadenas de ácidos nucleicos, enzimas, anticuerpos, proteínas, virus, bacterias, etc por lo que se podrán utilizar en biología, medicina, ciencias medioambientales, agricultura, alimentación y seguridad. (Bermejo, 2017)

La nanotecnología está propiciando nuevas estrategias para el diseño de los biosensores, como los basados en puntos cuánticos convenientemente funcionalizados para determinar la presencia de cierta sustancia o como los basados en las micropalancas que se emplean en los microscopios de fuerzas atómicas. Muchas de las técnicas de diagnóstico por imagen requieren el uso de agentes de contraste y la nanotecnología ya está logrando su reducción a tamaños antes inimaginables.

Por ejemplo, la resonancia magnética nuclear permite obtener contraste entre tejidos de diferente composición, pero dicho contraste puede mejorar sustancialmente si se usa como agente de contraste nanopartículas magnéticas, de óxido de hierro, que una vez funcionalizadas son capaces de reconocer y unirse a ciertas dianas biológicas, proteínas o células que están asociadas a una enfermedad concreta. (Berengueras, 2016 y Bermejo, 2017).

El diagnóstico temprano por medio de la identificación de las células tumorales de forma magnética en el torrente sanguíneo de ratones, seguida por una rápida detección fotoacústica [12]. Para mejor la sensibilidad y la especificidad de la detección, se conjugan nanotubos de carbono recubiertos con oro con el ácido fólico y se usan como un segundo medio de contraste para obtener la imagen fotoacústica. Con ello se logra que las células tumorales se concentren en los vasos sanguíneos “tumorales” del ratón. Este método tiene grandes aplicaciones en cuanto a detección temprana y prevención de metástasis tumorales

La nanotecnología ha ayudado a desarrollar chips para la detección de enfermedades, han demostrado ser eficientes para el diagnóstico temprano de infecciones, mientras que los nanorods de oro han podido ser aplicados para la detección temprana de daño renal. Además, se ha avanzado bastante en el área de los medios de contraste para exámenes de imagenología, que permitirán direccionarlos y disminuir su toxicidad. (Jhaveri, 2014 y Martín, 2014).

Terapia:

La nanomedicina está mejorando las técnicas de tratamiento que se usan actualmente y se esperan avances importantes a futuro. Se ha logrado desarrollar nanoesponjas poliméricas asociadas a glóbulos rojos que pueden absorber toxinas y removerlas del torrente sanguíneo.

Otro grupo de investigación está estudiando la aplicación de nanopartículas de bismuto para concentrar la radiación en el tratamiento de tumores cancerígenos. Se ha demostrado, además, que “las nanopartículas derivadas de polietilenglicol absorben radicales libres de manera mucho más rápida que nuestro cuerpo, lo que puede utilizarse para reducir el daño causado por la liberación de radicales libres tras un daño cerebral” (Galceran, 2014, p.3).

Nanomedicina y cáncer

El uso de nanodispositivos y nanosistemas que permitan un diagnóstico temprano o una entrega dirigida de fármacos podría mejorar la eficiencia de las terapias actuales en el tratamiento de ciertos padecimientos crónicodegenerativos. Una de las enfermedades que podría abordase con la nanomedicina es el cáncer.

El cáncer es una enfermedad que tiene su origen en la célula: El ciclo celular comprende 4 etapas bien definidas en las que se duplica la información genética para dar paso a la replicación celular. En este ciclo, perfectamente ordenado, existen puntos de verificación cuya finalidad es dar luz verde al proceso de replicación, esto es detectado por esos puntos dando lugar a una cascada de señales que conducen a la célula al “suicidio” Basterra, 2016.

Nanotecnología y nanomedicina

El estudio a nivel molecular de fenómenos biológicos asociados con el cáncer, nos permite un mejor entendimiento de los mismos; así como, el desarrollo de nuevas alternativas para que en un futuro puedan mejorar la expectativa de vida y controlar la enfermedad, con el uso de herramientas nanotecnológicas, esto podría ser realidad. Las nanopartículas son tan pequeñas, que pueden entrar a las células y sus diferentes compartimentos. Son lo suficientemente pequeñas para poder circular en el cuerpo sin causar riesgo de embolia.

De la misma manera, pueden salir de los compartimentos sanguíneos a través de ventanas de diámetros de alrededor de 100 nm en ciertos epitelios con permeabilidad aumentada La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de Norteamérica (FDA) ha aprobado ya algunos tratamientos anticáncer basados en nanopartículas.

Una de las primeras drogas que se emplearon para este tipo de formulaciones nanoparticuladas de entrega de fármacos en cerebro, fue el hexapéptido dalargin (análogo de la leuencefálina con actividad opioide). Para esta droga, se emplearon nanopartículas cargadas con el fármaco, de tamaño cercano a 250 nm, recubiertas con polisorbato-80 (emulsificante) que se administraron por vía intravenosa, en donde se pudo observar que el uso de nanopartículas como acarreadores de fármacos.

Los mecanismos por los cuales se transportan las nanopartículas al cerebro, son variados y se encuentran reportados en la literatura. El más aceptado es mediante la endocitosis; aunque existen otros factores aparte del tamaño, que favorecen o desfavorecen el acceso de las nanopartículas a las células del cerebro. (Blunt, 2007; Braga, 2016 y Falagan-Lotsch P, 2017).

Nanopartículas como plataforma para quimioterapia en tumores cerebrales.

Las propiedades tanto físicas como químicas de nanopartículas están íntimamente relacionadas con su eficiencia funcional y por ello, su caracterización exhaustiva, permite tener un control de calidad garantizando la reproducibilidad de los resultados.

Propiedades como el tamaño, la morfología de la superficie, carga superficial, hidrofobicidad y la concentración de droga son quizás las de mayor importancia en cuanto a caracterización.

La nanomedicina y la nanotecnología ofrecen múltiples posibilidades ya que permiten que estos sistemas se puedan utilizar para el diagnóstico y tratamiento cáncer e incluso ambos casos a la vez.Estas tres posibilidades que nos ofrece la nanomedicina se pueden conseguir mediante diversas estrategias que son: la vectorización pasiva, la vectorización activa o la liberación mediada por estímulos externos. Además, estos sistemas se pueden utilizar para la modificación de la expresión génica, de tal manera que se utilizan genes supresores, o bien se favorece su aparición. (Basterra, 2016, Berengueras, 2016 y Bertrand, 2014).

Nanoelementos para la administración de medicamentos en cáncer

El sistema de vascularización tumoral se basa en procesos de angiogénesis que generan un entramado vascular mayor, pobre diferenciación del endotelio y poros endoteliales con mínimo drenaje linfático y venoso respecto a las necesidades previstas. Este proceso de angiogénesis, además del tamaño de las partículas de los tratamientos a escala convencional, genera las principales dificultades de estos, al limitar la difusión de medicamentos a través de los poros aberrantes, lo cual facilita la identificación, la degradación de partículas por el sistema retículo-endotelial y la pobre selectividad hacia células tumorales. (Berengueras, 2016 y Bertrand, 2014).

Otras aplicaciones

La gran sensibilidad, rapidez y bajo costo de estas técnicas hace pensar que rápidamente serán incorporadas al diagnóstico tumoral, imagen tisular, imagen celular, inmunohistoquímica, diagnóstico múltiple y fluoro-inmunoensayo. Estas tecnologías podrían ser aplicadas en las técnicas de point-of-care y particularmente en tecnología de lab-on-chip (el laboratorio en un chip). (Berengueras, 2016 y Bertrand, 2014).

Inmunoanálisis con nanopartículas magnéticas

Las partículas nanomagnéticas son marcadas con un analito que está adherido a un anticuerpo específico que reacciona con el antígeno y la medición se efectúa con un magnetómetro. Elevada sensibilidad relacionada con modificaciones sutiles en el carácter magnético y habilitado para detectar células cancerosas en circulación y microorganismos *nano código de barras,*obtenidos por deposición electroquímica secuencial, iones metálicos dan sub-micrométricamente códigos de barras que tienen reflectividad diferencial, lo que permite la identificación de una muestra por la luz del microscopio. (Basterra, 2016, Berengueras, 2016 y Bertrand, 2014).

Antígeno prostático específico

El método del nano código de barras para la detección de proteínas de cáncer de próstata y pulmón ha permitido detectar empleando la sensitiva amplificación con plata, concentraciones de 30 amol/L en 10 µL de muestra. (Braga, 2016 y Falagan-Lotsch, 2017)

Nanotecnología en cirugía oncológica

Actualmente, los cirujanos utilizan únicamente instrumentos de corte, sus ojos, sus manos, su intuición y experiencia, para garantizar la resección completa de una masa tumoral. Esto se debe a que no se han validado elementos operatorios que mejoren significativamente la habilidad del cirujano para eliminar estos tumores [11]. Es,

precisamente en este último punto, donde las investigaciones recientes se han basado, permitiendo:

- la identificación exacta de la lesión maligna;
- la resección completa de la masa tumoral con márgenes quirúrgicos negativos para cáncer;
- la preservación de estructuras no afectadas por el cáncer;
- la resección de ganglios linfáticos que drenan el tumor,
- la identificación de pequeños residuos locales de cáncer.

Nanotecnología en cirugía torácica

En el caso particular del cáncer de pulmón, siempre se han considerado como dificultades terapéuticas la prevalencia subclínica de metástasis ganglionares y la anatomía variable del drenaje linfático. Sin embargo, la supervivencia del paciente se ha logrado prolongar gracias a la linfadenectomía, ya que existe mayor detección ganglionar, al igual que aumento en la remoción de los ganglios que albergan focos ocultos de enfermedades metastásicas. (Braga, 2016 y Falagan-Lotsch, 2017).

Esto se ha logrado gracias al mapeo in vivo de adenopatías o lesiones con el uso de imágenes de fluorescencia infrarroja (Near Infrared, NIR) que detectan la luz con longitudes de onda en el rango de 900 a 700 nm, por fuera del espectro visible. Este sistema de imagen aplicado en el campo operatorio, ha logrado crear una fusión de imagen infrarroja de espectro visible en tiempo real, permitiéndole al cirujano identificar de forma activa y manipular las estructuras positivas de la imagen NIR en el paciente. Se han diseñado nanopartículas coloides y nanocápsulas de sílice, para convertir la longitud de onda de luz infrarroja en térmica, dando fortaleza a los estudios preclínicos. (Braga, 2016 y Falagan-Lotsch, 2017).

Además, se han introducido nanopartículas con agentes utilizados en la terapia génica y anticuerpos marcados con quantum dots para caracterizar patrones de localización subcelular. También, se usan biomarcadores en estudios in vitro, con los cuales las células tumorales que expresan el receptor del factor de crecimiento de mutación epitelial se hacen evidentes.

Medicina regenerativa

La ingeniería de tejidos es una nueva práctica en la medicina, que reúne las sofisticadas prácticas de la ingeniería con la ciencia y la biología, todo con el fin de ayudar a la reparación y reemplazo de tejidos y órganos que van a ser incorporados al ser humano para mejorar su funcionalidad.Desde el inicio se ha convertido en un campo multidisciplinario que ha sabido incorporar combinación de células, matrices y reactores que, en conjunto, han sido capaces de generar un nuevo tejido. Se espera acabar con los problemas de incompatibilidad inmunológica ya que, a partir de la extracción de células, se puede llegar a obtener un tejido que se va a implantar en este mismo organismo.El logro más ambicioso de la medicina regenerativa es tener el control de las nanoestructuras subyacentes de la célula y la matriz extracelular. La nanotecnología tiene el potencial de proporcionar instrumentos que pueden acelerar el progreso en esta práctica. Berengueras, 2016, Bermejo, 2017 y Bertrand, 2014.

CONCLUSIONES

La nanomedicina es un área emergente que representa una alternativa prometedora para el tratamiento de tumores de alto grado de malignidad, donde se han producido avances en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades, por lo que constituye una gran promesa para el tratamiento individualizado del cáncer.

REFERENCIAS

Amalio, P. (2017). *Guía específica de trabajo sobre "nanotecnología y salud"* Programa Investiga IDI: Recuperado de: http://www.programainvestiga.org/

Basterra, J. (2016): *Nanopartículas como agentes teranósticos*. Recuperado de: http://www.oc.lm.ehu.es/Departamento/TFG/TFG%20Julen%20Landin.pdf>

Society AAC (2013). Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014.

Acosta, A.J. (2016). *La nanotecnología. Explorando un cosmos en miniatura* (RBA, Barcelona,).

Berengueras, J.M. (2016): Grafeno: el material que revolucionará el mundo. Recuperado de: <http://www.elperiodico.com/es/economia/20160227/que-esgrafeno-material-revolucionara-mundo-caracteristicas-4932350>

Bermejo, M. y Serena, P.A. (20179. ¿Qué sabemos de los riesgos de la Nanotecnología? Madrid: Editorial La Catarata y el CSIC.

Bertrand N, Wu J, Xu X, Kamaly N, Farokhzad OC (2014). Cancer nanotechnology: The impact of passive and active targeting in the era of modern cáncer biology.

Blunt, Mathew (2007): Redes multiescala de nanopartículas de oro sobre silicio, Recuperado de: <https://www.cienciatk.csic.es/Fotografias/redes+multiescala+de+nanoparticulas+de+oro+sobre+silicio_25047.html>

Boissenot, T., Bordat, A., Fattal, E., Tsapis, N. (2016). Ultrasound-triggered drug delivery for cancer treatment using drug delivery systems: From theoretical considerations to practical applications. *Journal of Controlled Release*.;241:144-63.

Braga, D., Fernel, L. (2016). Advances in the use of nanocarriers for cancer diagnosis and treatment. (Soporte digital).

Falagan-Lotsch, P., Grzincic, E., Murphy, C. (2017). New Advances in Nanotechnology-Based Diagnosis and Therapeutics for Breast Cancer: An Assessment of Active-Targeting Inorganic Nanoplatforms. *Bioconjugate Chemistry*.;28(1):135-52.

Galceran, J., Ameijide, A., Carulla, M., Mateos, A. (2014). Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. *REDECAN*.; octubre.

Luo W, Wen G, Yang L, Tang J, Wang J, Wang J, (2017). Dual-targeted and pH-sensitive Doxorubicin Prodrug-Microbubble Complex with Ultrasound for Tumor Treatment. *Theranostics* 7(2):452-65.

Martín, J.A., Briones, C. y Casero, E. (2014) El nanomundo en tus manos. Colección Drakontos, Editoral crítica.

Sudha, T., Bharali, D., Yalcin, M., Darwish, N., Coskun, M., Keating, K., (2017). Targeted delivery of paclitaxel and doxorubicin to cancer xenografts via the nanoparticle of nano-diamino-tetrac. *International Journal of Nanomedicine*. 12: 1305-15.

CARACTERIZACIÓN DEL CÁNCER EN EDAD PEDIÁTRICA MUNICIPIO PUERTO PADRE EN EL PERIODO ENTRE JULIO DEL 2017 Y MARZO DEL 2019

CHARACTERIZATION OF PEDIATRIC AGE CANCER PUERTO PADRE MUNICIPALITY IN THE PERIOD BETWEEN JULY 2017 AND MARCH 2019

Claudia Montes de Oca Fernández claudiamf92@nauta.cu
Esther B Gutiérrez Favier estherg@ltu.sld.cu
Rosaida Almara García Betancourt rosaida76@nauta.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo sobre caracterización del cáncer en edad pediátrica en el municipio de Puerto Padre en el periodo comprendido entre julio de 2017 y marzo de 2019, con una muestra de 17 pacientes con esta patología. En el mismo se describió la situación actual, la incidencia y prevalencia general a través de variables clínico epidemiológicas como la edad, sexo, raza, lugar de residencia, APF. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta realizada a los padres o tutores previo consentimiento informado, los mismos se vaciaron en gráficos y tablas. Se arribó a las siguientes conclusiones: Predominó la leucemia linfoide como el tipo de cáncer más frecuente entre 11 y 14 años de edad teniendo una mayor incidencia en la raza blanca y el sexo masculino, de procedencia urbana, con antecedentes patológicos familiares negativos.

PALABRAS CLAVES: cáncer, pediatría, caracterización

ABSTRACT

A prospective descriptive observational study was carried out on the characterization of pediatric cancer in the municipality of Puerto Padre in the period from July 2017 to March 2019, with a sample of 17 patients with this pathology. It described the current situation, the incidence and general prevalence through clinical epidemiological variables such as age, sex, race, place of residence, APF. The data were obtained through a survey of parents or guardians with prior informed consent, they were emptied in graphs and tables. The following conclusions were reached: Lymphoid leukemia prevailed as the most frequent type of cancer between 11 and 14 years of age, with a greater incidence in the white race and the male sex, of urban origin, with a negative family pathological history.

KEY WORDS: cancer, pediatric, characterization

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un desafío para las ciencias biológicas básicas porque los mecanismos por los que surge un tumor maligno están enraizados en los mecanismos fundamentales por los que surge y funciona la vida. El cáncer es el desmontaje de la organización en el orden biológico, este desorden provoca diferentes tipos de tumores y una gran diversidad de mecanismos moleculares por los cuales las células tumorales escapan a los controles de proliferación, localización y de diferenciación celular. (OMS, 2012)

El cáncer ha existido siempre y en todo el mundo. La primera definición de la enfermedad la hizo Hipócrates entre los años 460 y 370 AC, y fue él quien lo nombró karkinos, por su semejanza con un cangrejo, la palabra proviene del griego karkinos y del latín cáncer. Para el médico griego Galeno de Pérgamo, cuyas concepciones se mantuvieron en la medicina europea por más de 1000 años, el cáncer era un tumor muy similar a la forma de cangrejo. (Ministerio de Salud Pública, 2011).

Las neoplasias son el crecimiento desenfrenado de células malignas. La palabra cáncer se aplica a los neoplasias malignas que se originan en estirpes celulares de origen epitelial o glandular, y no a las que son generadas por células de estirpe mesenquimal (sarcomas). (Ministerio de Salud Pública, 2012).

En el lenguaje científico se utiliza la palabra cáncer como sinónimo de carcinoma, aun cuando esta expresión se refiere en realidad solo a tumores que se desarrollan a partir del epitelio (tejido de cubierta y de glándulas). Los que surgen en el sistema sanguíneo (leucemia, linfomas, y en los tejidos de soporte de órganos, ej: músculos) se denominan sarcomas. (OMS, 2012)

El cáncer es además sinónimo de tumor maligno (hinchazón, inflamación, tumefacción), el cual está relacionado con dolor, calor, rubor; y es el aumento indeseado de una masa no inflamada que tiene lugar debido a una multiplicidad anormal de células dentro del tejido normal de nuestro organismo (surgen más células que las que mueren). Si la masa permanece encerrada en una bolsa se trata de un tumor benigno, si penetra en los órganos que lo rodean y sobre todo si pueden formar metástasis entonces el tumor es maligno (Ministerio de Salud Pública, 2011).

El pronóstico, la distribución histológica y la localización de los tumores pediátricos son muy diferentes a los de los adultos. Entre los tumores pediátricos más frecuentes, las neoplasias linfohematopoyéticas (es decir, la leucemia linfoblástica aguda, los linfomas) suponen aproximadamente el 40%, los tumores del sistema nervioso central aproximadamente un 30% y los tumores embrionarios y los sarcomas aproximadamente el 10% cada uno. Por el contrario, los tumores epiteliales de los órganos como el pulmón, colon, mama y próstata son más frecuentes en los adultos. (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Mundialmente se diagnostican más de 260 mil niños con cáncer, por año con una tasa de incidencia de 12 por cada 100mil habitantes. El cáncer infantil presenta una incidencia baja que oscila entre 120 y 150 casos nuevos anuales por millón de niños menores de 15 años. Sin embargo, es la segunda causa de muerte en niños de 1 a 14 años, lo que justifica el desarrollo de acciones que mejoren el conocimiento de su epidemiología para afrontar y adecuar su asistencia. El cáncer infantil presenta características muy diferentes a las neoplasias del adulto. En menores de 15 años predominan los cánceres no epiteliales (leucemias, tumores del sistema nerviosos central [SNC] y linfomas), entre los 15 y 19 años ocurre una transición hacia el patrón de cáncer del adulto y a partir de los 40 años se establece definitivamente este patrón caracterizado por predominio de neoplasias epiteliales localizadas en pulmón, mama, intestino o piel. (Pérez, 2015)

En Europa se ha descrito un aumento de la incidencia anual de cáncer infantil desde la década de los años 70 del anterior siglo hasta la actualidad, con un incremento anual

medio del 1%. Este aumento se ha registrado en todo tipo de tumores infantiles y al mismo tiempo también se ha incrementado sustancialmente la posibilidad de sobrevivir, gracias sobre todo a los avances en los diagnósticos y en los tratamientos disponibles. En los cinco años siguientes al diagnóstico entre el 75 y 80% de los niños con cáncer sobreviven en países desarrollados. En Estados Unidos se estima que uno de cada 800 individuos con menos de 20 años ha sobrevivido a un cáncer. Los tratamientos curativos del cáncer infantil (cirugía, quimioterapia y radioterapia) pueden ocasionar graves efectos adversos médicos y psicosociales que afectan al desarrollo de los niños que sobreviven. Entre los denominados efectos tardíos se incluyen las neoplasias secundarias, esterilidad, talla baja, miocardiopatía, fibrosis pulmonar, osteoporosis, deterioro cognitivo y trastornos psiquiátricos y sociales. Se plantean así nuevos retos en la asistencia de estos pacientes que, dada la relativa infrecuencia de determinados casos de neoplasias infantiles y las sofisticadas tecnologías y el grado de experiencia que se requiere para su diagnóstico, tratamiento y control de los efectos tardíos, precisa de unidades hospitalarias interdisciplinarias coordinadas que participen en proyectos de investigación multicéntricos de donde emanan protocolos de tratamientos clínicos estandarizados. (Pérez, 2015).

En España se realizó un estudio para estimar la incidencia de cáncer infantil en la Comunidad de Castilla y León y analizar la utilidad de los diagnósticos informatizados del alta hospitalaria como fuente de datos de un potencial registro autonómico. Cuyos resultados fueron que se detectaron 220 casos nuevos de cáncer infantil en los cinco años del estudio, con predominio del sexo masculino (55,5%). El tumor más frecuente fue la leucemia (28,6%) seguida de los tumores del sistema nervioso central (19,5%) y los linfomas (15,9%). La incidencia anual de cáncer infantil fue de 152,8 casos por millón de niños. Los códigos diagnósticos informatizados no permitieron la clasificación según la variedad histológica del tumor en 74 casos (33,6%), llegando a la conclusión de que la incidencia por grupos diagnósticos de cáncer infantil en la Comunidad de Castilla y León se aproxima a las aportadas en series nacionales e internacionales. En un registro de tumores el CMBD podría ser útil en la captación de posibles nuevos casos, pero en un alto porcentaje no permite clasificar los tumores según su variedad histológica.

En la ciudad de México se realizó un estudio buscando la tasa de supervivencia de los pacientes con el diagnostico de leucemia linfoblástica aguda que es la neoplasia maligna más frecuente en la infancia. En la actualidad, el impacto de la quimioterapia ha resultado en una mayor supervivencia, aunque los resultados son diferentes entre los países. (Pérez, 2015).

Se revisó la literatura médica disponible en Medline sobre el informe de supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad en niños con leucemia linfoblástica aguda, desde finales de los años setenta hasta el 2011. Se analizó la supervivencia de acuerdo con el desarrollo económico del país (países desarrollados y en vías de desarrollo), y por edad, sexo, tipo celular y cuenta leucocitaria al diagnóstico. En países desarrollados se ha observado un incremento en la supervivencia global a cinco años, de 60% en 1984 a 83.5% en el 2011, y en la supervivencia libre de enfermedad, de 48.5% a 83.5%. En los países en desarrollo, hasta el 2016, el promedio de supervivencia global y libre de enfermedad continuaba en, aproximadamente, 60%.

La supervivencia con respecto a la edad es más favorable en los niños de 1 a 9 años (>80%) que en los mayores de 10 años (70-80%). Con respecto al sexo es 5% mayor en las mujeres que en los varones; con respecto al tipo celular es 10% mayor en leucemias de células B que en células T y, de acuerdo con la cifra de leucocitos, cuando la cifra resulta < 10,000 mm^3 al diagnóstico es 20% mayor que cuando los valores son >10,000 mm^3. Existe escasa información para los países en desarrollo. La supervivencia de los pacientes con leucemia linfoblástica aguda sigue en aumento, sobre todo la supervivencia libre de enfermedad. Los factores pronóstico de edad, sexo, tipo celular y celularidad continúan siendo válidos. Es necesario realizar más estudios en países en vías de desarrollo.(Romero, 2014).

En Cuba, el cáncer representa la primera causa de muerte, con una tasa de 216,6 por 100mil habitantes. Se realizó una caracterización de la enfermedad neoplásica de la infancia en la provincia de Ciego de Ávila y se llegó a la con conclusión de que las localizaciones más frecuentes son: las leucemias, los linfomas y tumores del SNC. Las leucemias representan el 23% del total de cánceres de la infancia (4, 711). En Ciego de Ávila en el 2016 se obtuvo como resultado que las leucemias predominaron en niños de 1 a 15 años. Estos datos son similares al resto del país y al mundo, donde predominan por regla general las neoplasias infantiles del Sistema Hemolinfopoyético y del SNC.. Como resultado de esta investigación se conoció que las leucemias agudas fueron las de mayor prevalencia con un 1,75 x c/10 000 habitantes, seguido del linfoma Hodking y las neoplasias del SNC con una tasa de 0,47 c/10 000 habitantes cada uno . El área norte presentó una tasa de mortalidad proporcional de 10,7 x c/100 fallecidos, superior al área sur , con una tasa de mortalidad bruta también mayor, de 0,05 x c/ 1000 habitantes . La Tasa de incidencia fue mayor en el área norte y la prevalencia de las enfermedades oncológicas en el municipio Chambas con una tasa de 9,4 x c/10 000 habitantes, seguido del municipio de Bolivia con 8,2 c/10 000 habitantes y el municipio de Morón con 7, c/10 000 habitantes, todos estos del área norte. (Romero, 2014).

En la provincia de Las Tunas se realizó un estudio sobre algunas características clínico epidemiológicas de los tumores sólidos malignos en niños de Las Tunas, arribando a las siguientes conclusiones: los principales diagnósticos resultaron ser los linfomas no Hodgkin, seguidos de los tumores intracraneales. Los grupos de edades más afectados fueron entre los 11y 14 años. Aproximadamente un sexto de los pacientes tenía antecedentes familiares de tumores sólidos malignos y la forma de presentación mayormente encontrada fue el tumor abdominal y la biopsia se empleo para confirmar el diagnóstico.

Las Tunas, teniendo en cuenta el número de defunciones por cáncer se ubica en el octavo puesto por provincias y la tasa de incidencia ha ido en aumento; el cáncer infantil representó la segunda causa de muerte en menores de 19 años con una tasa de 217,7 por cada 100mil habitantes en el año 2014, superado solo por las enfermedades cardiovasculares. Puerto Padre y Las Tunas son los municipios que reportan el mayor número de pacientes, superando este año los 86 niños que padecen algún tipo de cáncer. En nuestro municipio existen 17 de estos niños. En el Hospital Pediátrico Raymundo Castro en un periodo de alrededor 10 meses se llegaron a diagnosticar 4 niños con algún tipo de cáncer lo que se consideran cifras importantes.

El cáncer infantil es un tema que se ha estudiado y que sobre él se puede encontrar información en la bibliografía básica, se han descrito factores de riesgo asociados a la aparición de los diferentes tipos de cáncer las formas clínicas en las que se pueden presentar. Pero lo que llama la atención es el aumento en número de casos y del número de muertes que ocurren cada año. Luego de realizar una búsqueda sobre este tema en las bases de datos se encontraron solamente 23 estudios de los cuales 4 fueron realizados en Cuba, 2 de ellos en la provincia de Las Tunas todos fueron estudios descriptivos. Por lo que pensamos que este tema en nuestro municipio debe considerarse un problema de salud importante y como no existen estudios creemos necesario realizar un estudio descriptivo para conocer cuáles son los factores de riesgo y demás elementos relacionados con nuestros pacientes con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente el cáncer en edad pediátrica en el municipio de Puerto Padre en el periodo comprendido de julio del 2017 a marzo del 2019.

Análisis y discusión de los resultados.

Tabla #1 .Relación de tipo de cáncer por grupos de edades.

Tipo de cáncer	0 - 1	2 - 4	5 - 10	11-14	15-18	Total
Leucemia linfoide		1	1		2	4
Leucemia mieloide				1	1	2
Neuroblastoma				2		2
Retinoblastoma					1	1
Meningioma					1	1
Tumores craneales				2		2
Neoplasia de parotida				1		1
Linfoma de Hodgkin				1		1
Linfoma no Hodgkinw			1	1		2
Histiocitosis					1	1
Total		1	2	8	6	17

En la tabla #1 sobre la relación de tipo de cáncer por grupos de edades se observa que el tipo de cáncer que predomina es la leucemia linfoide, predominando el grupo de edad de 11-14 años.

En menores de 15 años predominan los cánceres no epiteliales (leucemias, tumores del sistema nerviosos central [SNC] y linfomas), entre los 15 y 19 años ocurre una transición hacia el patrón de cáncer del adulto y a partir de los 40 años se establece definitivamente este patrón caracterizado por predominio de neoplasias epiteliales localizadas en pulmón, mama, intestino o piel. (Pérez, 2015).

Entre los tumores pediátricos más frecuentes, las neoplasias linfohematopoyéticas (es decir, la leucemia linfoblástica aguda, los linfomas) suponen aproximadamente el 40%, los tumores del sistema nervioso central aproximadamente un 30% y los tumores embrionarios y los sarcomas aproximadamente el 10% cada uno. Por el contrario, los tumores epiteliales de los órganos como el pulmón, colon, mama y próstata son más frecuentes en los adultos. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

Tabla # 2 Relación del tipo de cáncer con la raza.

Tipo de cáncer	Blanca	Negro	Mestizo	Total
Leucemia linfoide	3	1		4
Leucemia mieloide	1	1		2
Neuroblastoma	1	1		2
Retinoblastoma	1			1
Meningioma	1			1
Tumores craneales	2			2
Neoplasia de parotida	1			1
Linfoma de Hodgkin	1			1
Linfoma no Hodgkin	1		1	2
Histicitosis	1			1
Total	13	3	1	17

En la tabla 2 sobre la relación del tipo de cáncer con la raza ha predominado la raza blanca con un total de 13 pacientes para un 76.4 % de los pacientes.

Según Asselin (2016), las tasas de incidencia también varían por la raza/etnia (más frecuentes en blancos) y entre países (datos recopilados por la International Agency for Research in Cancer en Lyon, Francia,). Siendo dos veces más frecuente en los niños

blancos que en los negros en EE.UU, teniendo una incidencia 9 veces mayor que los niños negros en este país.

Tabla No 3 Relación del tipo de cáncer y el sexo

Tipo de cáncer	Femenino	Masculino	Total
Leucemia linfoide	2	2	4
Leucemia mieloide		2	2
Neuroblastoma	1	1	2
Retinoblastoma	1		1
Meningioma		1	1
Tumores craneales	1	1	2
Neoplasia de parotida		1	1
Linfoma de Hodgkin		1	1
Linfoma no Hodgkin		2	2
Histiocitosis	1		1
Total	6	1 1	1 7

En la tabla 3, se relacionan los tipos de cáncer y el sexo podemos decir que predominó el sexo masculino con un total de 11 para un 64.7 % del total, lo que coincide con lo expuesto por Asselin (2016) pues, por lo general, la tasa de incidencia es más alta en niños que en niñas.

Tabla No 4 Relación del tipo de cáncer con área de procedencia

Tipo de cancer	Procedencia urbana	Procedencia rural	Total
Leucemia linfoide	4		4
Leucemia mieloide	1	1	2
Neuroblastoma	2		2
Meningioma		1	1
Tumores craneales	1	1	2
Neoplasia de parotida		1	1

Linfoma de Hodgkin		1	1
Linfoma no Hodgkinw	1	1	2
Histiocitosis	1		1
Retinoblastoma	1		1
Total	1 1	6	1 7

En la tabla No 4 Relación del tipo de cáncer con área de procedencia se observa que la presencia de esta enfermedad ha predominado en los pacientes de procedencia urbana, lo que coincide con estudios realizado por Asselin BL. (2016) donde plantea que estas variaciones no se comprenden bien pero probablemente reflejan diferencias en la predisposición genética y en las exposiciones ambientales relacionadas con causas y factores de riesgo de cáncer conocidos y desconocidos.

Tabla 5 **Relación del tipo de cáncer con existencia de Antecedentes Patológicos familiares positivos y negativos.**

Tipo de cancer	APF Positivos	APF Negativos	Total
Leucemia linfoide	×	× × ×	4
Leucemia mieloide		× ×	2
Neuroblastoma	×	×	2
Meningioma		×	1
Tumores craneales		× ×	2
Neoplasia de parotida		×	1
Linfoma de Hodgkin	×		1
Linfoma no Hodgkin		× ×	2
Histiositocis		×	1
Retinoblastoma	×		1
Total	4	1 3	1 7

En la tabla, la relación de tipo de cáncer con la existencia de antecedentes patológicos familiares positivos y negativos predominaron los antecedentes patológicos negativos, coincidiendo con Asselin (2016), que plantea que la etiología del cáncer en la infancia

sigue siendo bastante desconocida, y los estudios epidemiológicos demuestran que los mecanismos probables son multifactoriales, posiblemente resultantes de interacciones potenciales entre caracteres de predisposición genética y exposiciones ambientales.

Es válido señalar que el futuro de la batalla contra el cáncer será librada mediante la identificación de los factores de riesgo, realizando exámenes de detección precoz, cambiando los estilos de vida, administrando medicamentos que eviten la progresión de la enfermedad, y con la determinación del perfil genético.

Los pediatras tienen la oportunidad excepcional de enseñar a los niños y adolescentes, y a sus progenitores, las medidas para prevenir el cáncer. Son pocas las causas ambientales reconocidas de cáncer infantil que se pueden evitar o contrarrestar. Un objetivo de la pediatría es enseñar a los niños a adoptar estilos de vida saludables para reducir su riesgo de cáncer durante la vida adulta, como evitar el tabaco, el alcohol, las dietas ricas en grasas y la obesidad. Cuanto antes adopten estos hábitos mayores será el beneficio a lo largo de la vida y la probabilidad de conseguirlo y mantenerlo durante la vida adulta.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio predominó la leucemia linfoide como el tipo de cáncer más frecuente entre 11 y 14 años de edad teniendo una mayor incidencia en la raza blanca y el sexo masculino, de procedencia urbana, con antecedentes patológicos familiares negativos.

REFERENCIAS

Asselin, BL. (2016). Epidemiología del cáncer infantil y del adolescente. En: Nelson T*ratado de pediatría* I(Ed 20). Elsevier.

Cuba. Ministerio de Salud Pública. (2011) *Guías prácticas de pediatría.* La Habana: MINSAP; Recuperado de: http://aps.sld.cu/bvs/materiales/libros/guía-pediatri.pdf

Cuba. Ministerio de Salud Pública. (2012). Instituto Nacional de Oncología. *El problema cáncer en Cuba. Una estrategia científica de abordaje*. Documento Base. La Habana: MINSAP.

Cuba. Ministerio de Salud Pública. *Programa Nacional de Control del Cáncer infanto-juvenil.* Ciudad de la Habana: MINSAP.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Lucha contra el cáncer. Directrices sobre Política y Gestión* [página en Internet]. Ginebra: OMS. Recuperado de: http://www.hdnet.org

Pérez, N., Palmero, M. (2015). Factores de riesgo del cáncer infantil. *Mediciego* 15(1): Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_01_09/revisiones/r1_v15_0109.htm

Romero, T. (2014). *Pesquisa activa: propuesta de innovación organizacional para el control del cáncer infanto-juvenil*: Conferencia. Congreso de Pediatría. Ciudad de La Habana: MINSAP.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA. UN RETO EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

I DIAGNOSE AND TREATMENT OF THE SHARP APPENDICITIS. A CHALLENGE IN THE OBSTETRIC ATTENTION

Cynthia Ibert Muñoz, juanalupe@ltu.sld.cu

Claudia Biatriz Labrada Vega

Yaima Barrera Muñoz

RESUMEN

El objetivo del trabajo es describir el comportamiento de la apendicitis aguda en cuanto al diagnóstico y tratamiento particularizado en la embarazada como un reto en la atención obstétrica. Se realizó una revisión bibliográfica y se seleccionaron artículos publicados en idiomas español e inglés en las fuentes electrónicas. La apendicitis aguda cuando se manifiesta en el transcurso de un embarazo se considera un alto riesgo obstétrico haciéndose necesario actuar con diligencia, pericia y rapidez, su evolución y tratamiento dependerá del diagnóstico precoz y la valoración de la embarazada por un equipo multidisciplinario por lo que se considera un verdadero reto para la obstetricia contemporánea, dada la versatilidad de los síntomas y signos presentes y a los cambios que ocurren en el organismo materno se adoptan protocolos de actuación muy específicos para minimizar el riesgo de complicaciones que garantice el adecuado bienestar materno-fetal.

PALABRAS CLAVES: apendicitis aguda; atención obstétrica, tratamiento quirúrgico y no quirúrgico; morbilidad; mortalidad.

ABSTRACT

The objective of the work is to describe the behavior of the sharp appendicitis as for the I diagnose and treatment particularized in the pregnant one as a challenge in the obstetric attention. One carries out a bibliographical revision and articles were selected published in Spanish languages and English in the electronic sources. The sharp appendicitis when one manifests in the course of a pregnancy it is considered a high obstetric risk becoming necessary to act with diligence, know-how and speed, their evolution and treatment will depend of the I diagnose precocious and the valuation of the pregnant one for a multidisciplinary team for what is considered a true challenge for the contemporary, given obstetrics the versatility of the symptoms and present signs and to the changes that happen in the maternal organism very specific performance protocols they are adopted to minimize the risk of complications that guarantees the appropriate maternal-fetal well-being.

KEY WORDS: sharp appendicitis; obstetric attention, surgical and not surgical treatment; illness; mortality**.**

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda o cólico miserere como era llamada en la antigüedad es el proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal, la causa más común de dolor abdominal que obedece a múltiples causas y afecta a todas las capas del órgano, incluso la serosa,

con traducción morfológica: macroscópica y microscópica. (Brooks y autores; 2015). Las estadísticas sanitarias demuestran que la apendicitis aguda es la afección más frecuente de abdomen agudo que requiere tratamiento quirúrgico de urgencia y ocupa el primer lugar entre las causas de intervenciones realizadas en los servicios de Cirugía General. (Santana, 2009), (Alanis-Rivera, 2016)

La apendicitis aguda en el embarazo es una entidad que causa preocupación por la dificultad, que en ocasiones existe, para hacer el diagnóstico (Noa, 2014), debido a que se producen cambios anatómicos y fisiológicos que modifican los síntomas y los signos de algunas enfermedades causantes de esta entidad (Rodríguez, 2019). De no resolverse a tiempo, puede causar la muerte y en la mujer embarazada cobra especial interés, pues no solo amenaza el bienestar de la madre sino también del feto. (Monzon, 2017).

La frecuencia de apendicitis aguda no varía durante el embarazo y se estima que se realiza una apendicectomía por apendicitis aguda por cada 1000 partos, correspondiéndole hasta el 75 % de las urgencias quirúrgicas en la embarazada, por lo que constituye la apendicitis aguda la causa más común de abdomen agudo quirúrgico de naturaleza no traumática ni obstétrica durante el embarazo (Santana, 2009). Aunque en ocasiones, la condición materno-fetal hace dirigir el primer pensamiento médico a descartar aquellas entidades obstétricas que pueden provocar por sí mismas abdomen agudo, siendo las más frecuentes la gestación ectópica, el aborto, la amenaza de parto inmaduro o pretérmino y placenta previa (*abrupto placentae)* (Rodríguez, 2019).

El grado de daño quirúrgico provocado por la enfermedad aguda que motiva la cirugía desencadena una respuesta inflamatoria sistémica con agresión notable materno fetal, por lo que se hace imprescindible en la atención de la embarazada con abdomen agudo quirúrgico, la participación de un equipo multidisciplinario integrado por obstetras, cirujanos y anestesiólogos, que les permitan realizar un diagnóstico etiológico precoz, decidir la conducta adecuada, el tipo de anestesia a utilizar y de la cirugía a realizar, con la premisa de preservar la salud de un feto sano, siempre y cuando el bienestar materno no se encuentre comprometido (Rodríguez, 2019).

Es por ello que la apendicitis aguda en la mujer embarazada constituye un grave problema de salud que debe ser considerado, siempre que se sospeche su existencia, actuar con un diagnóstico temprano y oportuno para evitar serias complicaciones como son la perforación, el plastrón apendicular, el absceso del Douglas, la peritonitis y el shock séptico, las que podrían poner en peligro la vida de la madre y el feto (Santana, 2009). Teniendo en cuenta que en Las Tunas se registra una incidencia de esta urgencia quirúrgica alrededor de 6 a 8 casos por año y que la evidencia científica al respecto es limitada lo cual se ha declarado por otros autores nos motivamos a realizar esta casuística, con la finalidad de describir el comportamiento de la apendicitis aguda en cuanto al diagnóstico y tratamiento particularizado en la embarazada como un reto en la atención obstétrica.

Incidencia y frecuencia de la apendicitis aguda en el embarazo.

La apendicitis aguda en el embarazo se define como el proceso inflamatorio del apéndice cecal que obedece a diferentes causas, independientemente del embarazo, fue descrita por primera vez por *Hancok* citado por *Inca* en 1848, como una

complicación durante la gestación (Laffita, 2018) y se considera la causa más frecuente de abdomen agudo no obstétrico (Balestene, 2002).

Durante el periodo gestacional se dificulta su diagnóstico lo cual constituye un verdadero reto para el obstetra y el cirujano que de no tener solución temprana puede ser fatal para la mayoría de los casos ya que afecta el bienestar materno y fetal (Balestene, 2002). La valoración de la embarazada con episodios de esta enfermedad debe ser multidisciplinaria integrado por obstetras, cirujanos, internistas, anestesiólogos e intensivistas que garantice una evaluación integral, rápida, precoz y acertada ya que de esto dependerá la vida de la paciente, su recuperación y la prevención de complicaciones (Rodríguez, 2019).

Según las estadísticas, la incidencia de apendicitis aguda en el embarazo varía aproximadamente de un caso cada 1500 embarazadas según Inca, Brant la señala en 0,06 % y *Taylor* 1 cada 704 casos citado por *Te Linde* (Fernández, 2018). En Burkina Faso con una incidencia de 2,1 por cada 1 000 (Noa y autores, 2014). Según Moreno-Sanz (2005) la incidencia es de 0,05-0,1% gestaciones, similar a la detectada en la mujer no grávida, su prevalencia es homogénea durante el embarazo, sin que exista predominio en ningún trimestre de la gestación, en su casuística pudo encontrar una incidencia muy significativa de 1/441 partos a lo que asumió como causa las características demográficas del área geográfica por el empleo estacional que proporciona la economía vitivinícola.

En Cuba, la incidencia se comporta de manera similar, aunque se han realizado escasos estudios al respecto, se ha evidenciado que en el hospital de Baracoa se presentó con una frecuencia de 0,8 cada 1 000 embarazos. En este sentido, en la serie de casos del artículo publicado por Noa y autores (2015) sobre el comportamiento de la apendicitis aguda en la embarazada en el Hospital Provincial Dr. Agostinho Neto de Guantánamo en un periodo de diez años, el 37.3% de las gestantes con dolor abdominal agudo fueron diagnosticadas con apendicitis aguda.

Por su parte, Morales y colaboradores (2002), manifiestan que la apendicitis aguda no varía su frecuencia durante el embarazo y representa alrededor del 75 % de todas las urgencias quirúrgicas de la embarazada, siendo la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en este período, en la cual su diagnóstico se dificulta según avanza la gestación debido a la variedad de manifestaciones clínicas que la acompañan secundario a los cambios que el embarazo produce en el organismo materno como el crecimiento del útero que produce un desplazamiento mecánico de las vísceras intraabdominales y una disminución del índice de movilidad.

Así es considerada como una entidad que se presenta por lo general en pacientes mayores de 30 años y que la mayoría de los episodios ocurren en los 2 primeros trimestres del embarazo, y principalmente durante el segundo período, decreciendo su frecuencia durante el último trimestre y el puerperio. Por lo que a su vez, es la causa más común de laparotomía por abdomen agudo durante el embarazo, y su frecuencia, a pesar de no parecer que aumente con el embarazo, varía desde 1:863 nacimientos hasta 1: 8 770 nacimientos (Casado, 2018).

Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la apendicitis aguda

La apendicitis aguda se caracteriza por una irregularidad de síntomas y signos por lo que se considera un reto su diagnóstico en la práctica clínica haciéndose necesario sospechar siempre esta entidad en un cuadro de abdomen agudo para prevenir las graves complicaciones de este trastorno, hoy el método clínico tradicional junto a los exámenes paraclínicos son el soporte fundamental para su diagnóstico, que debe ser precoz y con un tratamiento adecuado que modifique de forma favorable el pronóstico.

Según Mondor (citado por Rodríguez, 2019): ”la apendicitis pertenece al cirujano y ciertamente tiene astucias de apache y dispone de variadas máscaras y ofrendas**:** escoge hora y terreno” (Rodríguez, 2019, p.7).

Existen numerosas clasificaciones anatomopatológicas de la apendicitis aguda las cuales se detallan a continuación.

Apendicitis aguda reactiva: se presenta como consecuencia de procesos inflamatorios de órganos intraabdominales vecinos tales como útero y anexos, íleon terminal, vesicular biliar, estomago, páncreas, etc.

Apendicitis aguda complicada: es aquella en la que se involucran órganos vecinos pero con presencia de patologías independientes pero consecuentes al cuadro apendicular como la necrosis del ciego, ileon, trompas de Falopio, etc, o infección intrabdominal grave y disfunción orgánica múltiple.

Apendicitis crónica: a pesar que durante décadas se ha puesto en tela de duda su existencia, actualmente es aceptada ante la evidencia histopatológica y la desaparición de la sintomatología dolorosa recurrente de fosa iliaca derecha después de una apendicetomía con hallazgos de adherencias laxas e infiltrado inflamatorio crónico microscópico.

Caballero (citado por Santana, 2002), clasifica a las apendicitis en tres estados que son: edematosa, supurativa y perforada; las cuales las identifica por grados:

Grado I: catarral, cuando predomina el fenómeno de hiperemia y congestión.

Grado II: flegmonosa, cuando aparecen erosiones de la mucosa con supuración de exudados fibrinopurulentos.

Grado III: gangrenosa, cuando hay necrosis de la pared del apéndice.

Grado IV: perforada, cuando hay perforación del apéndice.

El aumento de la vascularización en la embarazada permite el desarrollo acelerado de la inflamación apendicular y este, asociado al desplazamiento hacia arriba y posterior al útero, hacen retrasar el diagnóstico haciéndolo confundir con signos de afección vesicular. En las pacientes embarazadas el dolor en el cuadrante inferior derecho es el hallazgo más frecuente, independientemente de la edad gestacional.

El cuadro doloroso es un síntoma primordial y alarmante, que en muchas ocasiones puede decidir la intervención quirúrgica, pero también puede hacer sospechar de linfadenitis mesentérica, divertículo de Meckel complicado, enfermedad inflamatoria pélvica y absceso tuboovárico, torsión de ovario, folículo ovárico hemorrágico, infecciones urinarias y litiasis, gastroenteritis, invaginación intestinal, enfermedad

inflamatoria intestinal (ileítis regional de Crohn, colitis ulcerativa o inespecífica, entre otras), púrpura de SchönleinHenoch, diabetes, entre otros (Noa, 2015)

Durante la gestación, el diagnóstico de abdomen agudo se torna más difícil debido a que se producen cambios anatómicos y fisiológicos que modifican los síntomas y los signos de algunas enfermedades causantes de esta entidad.

El útero, a partir de la 12 semanas, deja de ser intrapélvico y su crecimiento paulatino en el curso de la gravidez (por causas fetales y de los anexos ovulares), desplaza hacia arriba, afuera y lateralmente las vísceras abdominales, comprime las vías urinarias y provoca separación progresiva del peritoneo parietal y visceral, por lo cual, al producirse una afección de cualquier órgano abdominal, hay menos probabilidades de que aparezcan los síntomas habituales por irritación parietal directa.

Consecuente con estos cambios anatómicos, en el organismo femenino también ocurren cambios fisiológicos en todos los sistemas de órganos, debido a la acción de las hormonas propias del embarazo como los estrógenos y especialmente los niveles elevados de progesterona sérica que provocan relajación del músculo liso, con disminución en la velocidad del tránsito intestinal, afectaciones en el sistema hepatobiliar y del funcionamiento del resto de los órganos intraabdominales. Todo ello, unido a la distensión mecánica de la pared abdominal, hace que la exploración física durante el embarazo sea más difícil y confusa (Rodríguez, 2019).

Debido a la versatilidad de las manifestaciones clínicas que acompañan la apendicitis aguda en el embarazo hacen frecuente el retraso diagnóstico y terapéutico, dando lugar a un incremento en la incidencia de abortos espontáneos y partos prematuros, y elevando la tasa de muerte fetal hasta el 30% en los casos de apendicitis perforada, la cual no excede un 5% en los casos de apendicitis no complicada. Por todo ello, la paciente gestante con sospecha de apendicits aguda debe ser intervenida sin demora, con independencia de su edad gestacional. Esta actitud da lugar a una importante cifra de exploraciones quirúrgicas negativas, que puede llegar hasta el 35-50% durante el tercer trimestre de embarazo, período en el que la evaluación abdominal es realmente compleja (Laffita, 2018) y (Balestena, 2002)

En cuanto al diagnóstico de la apendicitis en el embarazo se aborda en la literatura diferentes criterios:

Edad materna. Se comporta de forma variada, se estima que coincide con las edades en ciclo reproductivo donde la mujer tiene mayor actividad sexual, alrededor de 25 a los 34 años de edad.

Edad gestacional. Diversos estudios evidencian que durante el embarazo la incidencia de la apendicitis aguda disminuye a lo que se le atribuye el efecto protector de las hormonas femeninas sobretodo en el tercer trimestre de la gestación; sin embargo en los hallazgos de Persianinov y Perucca citado por Nora y colab. (2014), reportan una mayor incidencia durante el 3er. trimestre de la gestación coincidiendo con su estudio, y asumen el criterio de que es debido a un mayor desplazamiento de las estructuras abdominales y una mayor compresión del útero sobre el apéndice y, por ende, mayores posibilidades de apendicitis, también se refirió que este cuadro iba antecedido por un cuadro sugestivo de apendicitis o proceso inflamatorio pélvico que habían producido

adherencias del apéndice cecal a los anejos o al útero, y el crecimiento uterino durante la gestación angulaban o torcían el apéndice cecal, facilitando así su obstrucción.

Síntomas y localización. Los signos y síntomas de la apendicitis aguda durante el embarazo no difieren en la mujer no grávida, pero pueden producir confusión en el diagnóstico debido a los cambios del organismo materno. El más frecuente es el dolor en el cuadrante inferior derecho independientemente de la edad gestacional o estado anatomo-patológico del apéndice puede estar acompañado de náuseas y los vómitos a pesar de presentarse con mucha frecuencia, no son específicos para el diagnóstico de apendicitis aguda y son de dudoso valor, pues son habituales durante el embarazo, especialmente en el 1er. trimestre. Después de este período cobran valor ya que en el primero puede confundir con una hiperémesis gravídica, por lo que el cirujano lo debe tener en cuenta a la hora de evaluar estos síntomas.

El apéndice conforme va creciendo el útero sufre variaciones de posición. Se produce un desplazamiento hacia arriba y lateral, al sexto mes está al nivel de la cresta ilíaca y al término de la gestación en el cuadrante superior derecho, aunque esto puede variar en dependencia de la fijación del ciego a la pared posterior (Laffita y autores, 2018).

Se debe realizar diagnóstico diferencial con los tumores de ovario, la apendicitis aguda y las complicaciones miomatosas que son los tres motivos más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico en el embarazo. (Laffita y autores, 2018).

Signos. Se informa en estudios realizados por Herrera Herrera citado por Nora Lores y colab. (2014)*,* que el apéndice cambia su posición conforme avanza el embarazo y los signos de apendicitis se pueden modificar, *así* durante el 1er. trimestre, el apéndice conserva su posición anatómica normal, por lo que el dolor se localiza en fosa ilíaca derecha. A las 24 semanas de gestación, el apéndice se moviliza hacia arriba, por encima de la cresta ilíaca derecha, y su punta rota medialmente hacia el útero, por lo que el dolor se localiza en flanco derecho (Laffita, 2018).

Al final del embarazo, el apéndice puede estar más próximo a la vesícula biliar que al punto de McBurney y en ocasiones en el hipocondrio derecho, por lo que el dolor se localiza en flanco e hipocondrio derecho. También citado por esta autora, *Bailey* plantea que la hipersensibilidad de rebote y contractura no son específicos, dada la gran laxitud de la pared abdominal conforme el útero aumenta de tamaño, el cual separa esta de los otros órganos abdominales y es difícil encontrar una contractura manifiesta o una hipersensibilidad de rebote de manera clásica, sobre todo si el apéndice se encuentra por detrás del útero grávido o en posición retrocecal, en este sentido, su diagnóstico dependerá de la experiencia del examinador, de la sospecha de la enfermedad y el tiempo de evolución del cuadro clínico.

En otros estudios se considera que la fiebre no es un signo para el diagnóstico de apendicitis aguda, refieren que la fiebre y la taquicardia, se presentan en cuadros apendiculares complicados con perforación o absceso apendicular, aunque en algunos casos pueden estar ausentes, y dan gran valor a la contractura abdominal (Casado, 2018).

Laffita (2018) en su casuística señalan que en la mujer embarazada existen una serie de signos y síntomas que cuando están presentes podemos hacer el diagnóstico clínico en más de un 90 % de los casos, estos son: dolor abdominal agudo, náuseas y/o

vómitos, contractura, reacción peritoneal y taquicardia; reportando que en otras afecciones pueden estar presentes que también hay que descartarlas que en su estudio fueron quistes de ovario complicados y 1 paciente con un vólvulo de ciego, inicialmente diagnosticados como una apendicitis aguda. El leucograma puede estar alterado aunque no se debe olvidar que es común una leucocitosis ligera durante la gestación, por lo que resulta más útil considerar la proporción de leucocitos polimorfonucleares, que por lo general sí se eleva casi de forma invariable cuando existe inflamación del apéndice

Tratamiento y complicaciones.

En cuanto al tratamiento de la apendicitis aguda durante el embarazo algunos autores señalan que la elección del tipo de incisión, depende de la edad en que se encuentre la gestación. En el 1er. trimestre se debe realizar incisión vertical media o para mediana derecha. Se debe tener presente que pueden encontrarse procesos pélvicos o abdominales por cirugías previas o enfermedad pélvica inflamatoria. En el 2do. y 3er. trimestres la mejor exposición del apéndice se obtiene con una incisión en el punto de máxima sensibilidad, separando los músculos, consideran incluso una transrectal.

La incisión de McBurney puede ser realizada en cualquier trimestre siempre que se esté seguro del diagnóstico y la zona de máxima sensibilidad esté ubicada en este lugar.

Actualmente se plantea la realización de apendicectomía laparoscópica como segura y eficaz cuando son realizados por personal con adiestramiento y experiencia en cirugía tradicional y endoscópica, para tratar apendicitis en gestantes sobre todo en los primeros trimestres. *Walsh* plantea que la apendicectomía por técnica convencional abierta resultaría ser la vía más segura en pacientes embarazadas, con una tasa de pérdida fetal inferior a la apendicectomía videolaparoscópica. (Laffita, 2018)

Junto con los beneficios generales aportados por la apendicectomía laparoscópica, el abordaje mínimamente invasivo en la gestante permite disminuir la exposición fetal a fármacos anestésicos, reduce la manipulación uterina, limita el uso de analgesia postoperatoria y disminuye el riesgo de accidentes tromboembólicos, lo cual es especialmente importante ya que el embarazo es considerado un estado de hipercoagulabilidad. Sin embargo, también existen desventajas como son los efectos del neumoperitoneo en la fisiología fetal y la posibilidad de dañar el útero grávido durante la cirugía (Balestena, 2002).

Las complicaciones de la apendicitis aguda pueden afectar tanto la integridad materna como la fetal. La mortalidad materna es una complicación rara, que se incrementa a mayor edad gestacional y está relacionada con la gravedad de la infección y la peritonitis resultante de un diagnóstico tardío, además se señala una disminución de la función del epiplón mayor para localizar y contener la infección. La mortalidad materna ha disminuido considerablemente, del 40 % en 1908 al 0,5 % en las últimas tres décadas.La antibioticoterapia es aconsejada precozmente ante la sospecha de esta entidad. Es recomendable que ante la sospecha clínica se opere de urgencia, es preferible que se extirpe un apéndice normal durante el embarazo, lo que ocurre en el 30 % de los casos, a dejar evolucionar una apendicitis aguda que incrementa el riesgo para la vida de la madre y el feto y que representa una tasa de mortalidad materna del 5 al 10 %. (Laffita, 2018).

Todavía existen situaciones en que el abordaje laparoscópico es motivo de controversia, como es el manejo de la patología quirúrgica no ginecológica durante el embarazo. Los teóricos efectos del neumoperitoneo sobre el feto, la ocupación del espacio de trabajo por el útero grávido y la posibilidad de pérdida fetal, en el contexto de un procedimiento quirúrgico no estandarizado, han hecho que el embarazo se haya considerado como una contraindicación absoluta para la utilización del abordaje laparoscópico. Sin embargo, la reciente y progresiva aparición de literatura al respecto, sugiere que esta opción terapéutica es segura en la paciente grávida.

Con respecto a los procedimientos quirúrgicos no ginecológicos en este grupo de pacientes, disponemos de numerosa bibliografía sobre colecistectomía laparoscópica. Sin embargo, llama la atención la experiencia tan limitada que existe con otras patologías frecuentes, como es el caso de la apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda. (Balestena, 2002).

En un estudio realizado por Moreno y colaboradores (2005), se describe la apendicectomia realizada a embarazadas por vía laparoscópica, el cual debe ir precedido de la realización de dos ecografía uno no ginecológico y otro obstétrico para descartar problemas en el curso de la gestación determinar la edad gestacional y verificar la vitalidad fetal, los principales resultados estuvieron relacionados con la minimización del tiempo quirúrgico, no se detectaron alteraciones hemodinámicas ni gasométricas durante los procedimientos, no fue necesario administrar medicación tocolítica en ningún caso, el alta hospitalaria fue dentro de las primeras 48 h postoperatorias, sin que se registraran complicaciones quirúrgicas durante este período ni durante el seguimiento posterior, el parto tuvo lugar a término, excepto en una paciente en la que se produjo una rotura prematura de membranas en la semana 36 de gestación, todos los recién nacidos presentaron un peso adecuado para la edad gestacional y parámetros de bienestar satisfactorios al nacimiento.

La utilización profiláctica de fármacos tocolíticos no está indicada y su administración se debe hacer siguiendo criterios obstétricos cuando existe dinámica uterina y riesgo de parto prematuro, tal y como se desprende del análisis de los casos recogidos en la literatura, se sugiere en algunos casos la utilización de glucocorticoides en estadios de gestación avanzados con el fin de acelerar la maduración pulmonar en previsión de un parto prematuro.

En cuanto a la morbilidad fetal, existe un incremento en el riesgo de crecimiento intrauterino retardado, de bajo peso al nacimiento y de prematuridad en las gestantes sometidas a una apendicectomía, con independencia de la vía de abordaje utilizada, sin poder precisar si estas alteraciones se encuentran en relación con la patología origen de la cirugía, con la anestesia o con la técnica.

La inflamación del apéndice puede inducir una serie de complicaciones, tanto relacionadas con la propia intervención, como de índole perinatal, entre las que se encuentran los abortos y los partos pretérmino. Algunos autores plantean una alta frecuencia de mortalidad, tanto materna como perinatal, influyendo en los maternos factores como la edad gestacional, la gravedad de la infección y la mayor o menor demora en la realización del diagnóstico. (Laffita, 2018).

Labler, (citado por Monzon, 2017) y Balestena (2002), en 1908 escribió las siguientes palabras, que hoy en día tienen plena vigencia, “la mortalidad de la apendicitis aguda durante la gestación es la mortalidad de la demora”, el diagnóstico de apendicitis aguda durante la gestación debe tenerse siempre presente en toda gestante que consulte por dolor abdominal difuso, para así mantener disminuidos los indicadores de morbimortalidad materna y perinatal.

CONCLUSIONES

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de los cuadros del abdomen agudo quirúrgico durante la gestación, su evolución y tratamiento dependerá del diagnóstico precoz y la valoración de la embarazada por un equipo multidisciplinario por lo que se considera un verdadero reto para la obstetricia contemporánea, dada la versatilidad de los síntomas y signos presentes y a los cambios que ocurren en el organismo materno se adoptan conductas y protocolos de actuación muy específicos que permita minimizar el riesgo de complicaciones que garantice el adecuado bienestar materno-fetal.

REFERENCIAS

Alanis, B., Abraham, L., Silva, MC. (2016). Hiperbilirrubinemia como factor predictivo de apendicitis perforada. *Revista Medica del IMSS* [Internet]. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=117972115&lang=es&site=ehost-live

Balestena, JM. (2002). Apendicitis aguda durante la gestación. *Rev Cubana ObstetGinecol* 28(1) 24-28. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000100004&lng=es

Brooks, STC., Pérez, AC., Pérez, SC., de la Cruz, K., Revé, JP. (2015) Apendicitis aguda: aspectos esenciales. *Revista Información Científica* [Internet]. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=125788340&lang=es&site=ehost-live

Casado, PR., Santos, RS., Rosabal, JE, Méndez, O., Ferre, CE., Trevín, G. (2018). Aplicación de la escala RIPASA en historias clínicas de pacientes egresados con diagnóstico de apendicitis aguda. *Rev. Cub. Cir.* [Internet]. 14;56(4) Recuperado de: http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/609

Fernández, . (2018). Consideraciones vigentes en torno al diagnóstico de la apendicitis aguda. *Revista Cubana de Cirugía* [Internet]. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=135050219&lang=es&site=ehost-live

Laffita, W., Rodríguez, I., Jiménez, W., Jeremías, E. (2018). Abdomen agudo quirúrgico en el embarazo. *Rev.Inf. Cient*. [Internet]. 97(6): 1076-1087. http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601076&lng=es

Monzón, M., Hernández, Y., Sed, A. (2017) Apendicitis epiploica en una embarazada. Presentación de un caso. *Medisur* 15(3): 409-413. http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2017000300016&lng=es

Morales, R., Vargas, F., Rosabal, F., Cendán, RM. (2002). Apendicitis aguda durante el embarazo. *Rev Cubana ObstetGinecol* [Internet]. 28(1): 29-33. http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000100005&lng=es

Moreno, C., Pascual, A., Picazo, J., Corral, MA., Marcello, M., Seoane, J. (2005). Laparoscopicappendicectomy and pregnancy. Personal experience and review of theliterature. *CirugiaEspanola* 78(6):371–6. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=16420864&lang=es&site=ehost-live

Noa I, Laffita, W., Jay, CO., Romero, F., Galano, N., Hernández, B. (2014) Apendicitis aguda en la embarazada. *Revista Cubana de Cirugía* [Internet]. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=115427892&lang=es&site=ehost-live

Noa I., Laffita, W., Jay, O., Romero, F., Galano, N., Hernández, B. (2015). Comportamiento de la apendicitis aguda en la embarazada. *Rev. Cub. Cir*. 53(4) http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/190

Rodríguez, Z. (2019). Tratamiento de la apendicitis aguda. *Rev. Cub. Cir*. 14];58(1) http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/737

Santana, O., Mederos, O., Santana, N., Iglesias, O., Mederos, OL., Delgado, A., Palacios, P. (2009). Comportamiento de la apendicitis aguda en el embarazo. *Rev Cubana ObstetGinecol* http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000100004&lng=es

EL AMOR A LA PROFESION EN LA FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL MÉDICA

THE LOVE TO THE PROFESION IN THE FORMACION OF THE PROFESSIONAL IDENTITY TREATS

Damarys Cuscó González damarisc@ltu.sld.cu

Mirna León Acebo tunas@ltu.sld.cu

Julio César Vázquez Silva @ltu.sld.cu

RESUMEN

Una importante cualidad en las concepciones actuales de la universidad como institución social es la formación integral; formación de valores y sentimientos en los profesionales de forma más plena, dotándolos de cualidades de alto significado humano, implica también la necesidad de lograr un profesional creativo, amable, independiente, preparado para asumir su autoeducación durante toda la vida. La Educación Médica Superior no solo enfrenta el reto de formar un número de profesionales considerablemente superior a etapas anteriores, sino que el trabajo de formación de valores y sentimientos como el amor a la profesión ha tenido que atemperarse a las características de la Universidad Médica actual. En la actualidad se hace necesario formar un médico cargado de amor, de afecto, cariño, que se identifique con su profesión, preocupado por el otro, conciencia del otro, dedicado a su profesión y al paciente. Por lo que este trabajo aborda el sentimiento amor como elemento esencial de la identidad profesional médica, autores que han abordado estas importantes categorías, y su importancia en la formación del médico.

PALABRAS CLAVES: formación; amor a la profesión; identidad profesional médica

ABSTRACT

An important quality in the current conceptions of the university as social institución is the integral formación of values and feelings in the professionals of form but full, by endowing those ofqualities of high human meaning, implies contradiction tambiens the need of achieving a creative, kind, independent profesional, prepared to asume your autoeducación during the whole life.The Educacion treats single superior meets face to face the challenge of forming a number of considerably superior professionals to previous stages, but that the work of formación of values and feelings as the love to the profesión to have to calm down to the caracteristicases of the university treats current. At present does necessary form a treat dancing step of love, of affectionate, feel blue, that identifies oneself with your profesión and to the patient. For which this work puts into port the love feeling to the profesión as become muddled main of the profesional identity it treats, authors that it have put into port these important categoriases and your importance in the formación of the treat.

KEY WORDS: training; love to the profession; medical professional identity.

INTRODUCCIÓN

Una importante cualidad en las concepciones actuales de la universidad como institución social es la formación integral; formación de valores y sentimientos en los profesionales de forma más plena, dotándolos de cualidades de alto significado humano, capaces de comprender la necesidad de poner sus conocimientos al servicio de la sociedad en lugar de utilizarlos solo para su beneficio personal.

Implica también la necesidad de lograr un profesional creativo, amable, independiente, preparado para asumir su autoeducación durante toda la vida; formado de manera íntegra, profesionalmente comprometido, competente, con preparación científica para aceptar los retos de la sociedad moderna y con un amplio desarrollo humanístico para vivir en la sociedad de esta época y servirla con sencillez modestia, con los valores y sentimientos como el amor a la profesión como pilar fundamental de su formación.

La Educación Médica Superior no solo enfrenta el reto de formar un número de profesionales considerablemente superior a etapas anteriores, sino a la formación integral de los futuros profesionales de la salud de Cuba y otras nacionalidades, el perfeccionamiento de los recursos humanos ya formados, 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 .

Por lo en el modelo del profesional en el componente ético humanista plantea que el profesor desarrollara un sistema de valores que le permitan demostrar una clara concepción de su papel como profesional concepción de su papel como profesional al servicio del pueblo, dispuesto a tratar a los demás sin distinción como seres humanos en cualquier parte del mundo que sean necesarios.

La formación del amor a la profesión como componente de la identidad Profesional Médica.

La formación del amor a la profesión es tarea de todos los elementos que intervienen en el proceso de socialización. El colectivo pedagógico sin excepción debe estar presente de una forma permanente durante el desarrollo de todo el proceso docente y en todos los momentos de integración alumno – profesor, debe tener como premisa esencial el ejemplo personal del educador que lo convierte en paradigma para sus estudiantes, la práctica ha demostrado la necesidad de atender de forma sistemática la marcha integral de la labor educativa, siendo de vital importancia la responsabilidad en el control y en la coordinación de esta tarea que debe ser realizada por el profesor guía, así como la formación de valores durante un largo periodo de su formación.

Fernández (2003), y Sánchez (2007), Manes (2014), y Sternberg (2016), definen el amor desde diferentes posiciones desde lo filosófico, psicológico, religioso, pero todos suelen asociarlo con el amor romántico, el amor familiar, y también en un sentido más amplio se habla de amor hacia Dios, la naturaleza, la humanidad en su conjunto.

De estos autores se tomaron elementos que están presentes en el mismo como el acercamiento, comunicación, entrega, emociones profundas, simpatía, unión afectiva,

conciencia del otro, tolerancia, fuente de alegría, que son de utilidad en esta investigación.

Desde lo pedagógico, Arteaga (2016) en su libro La Filosofía de la Educación desde la obra martiana, aporta ideas sobre el amor a través de la obra martiana, Fuentes (2009) considera el amor como una de las cualidades esenciales del sujeto; como cualidad humana suprema; Cuscó (2009) argumenta el amor al trabajo como componente del valor patriotismo, Regueira (2008) ofrece una definición de amor y lo trabaja como un recurso pedagógico para contrarrestar la violencia escolar, Báxter (2007) considera el amor como el principio que crea y sustenta las relaciones humanas con dignidad y profundidad, es el catalizador para el cambio, el desarrollo y los logros.

Ideas martianas sobre el amor, “El amor es el lazo de los hombres, el modo de enseñar, y el centro del mundo”, (Martí, T.13, p.188), La única verdad de esta vida, y la única fuerza es el amor (Martí, T5, p.21), “sin pan se vive, sin amor no” (Martí, T.21, p.130), “Por el amor se ve. Con el amor se ve” (Martí,T.21, p.419), citados por Arteaga (2016).

Los autores referenciados argumentan el amor desde diferentes posiciones, como cualidad humana suprema, como recurso pedagógico, como un valor, pero todas aportan rasgos que son de gran utilidad para la definición de amor a la profesión.

El Diccionario soviético de filosofía (1965, p.11), define el amor al trabajo, y a la profesión inseparables del afán de poseer conocimientos científicos y técnicos. Por su parte, González (2000), presenta el amor a la profesión como uno de los valores esenciales reguladores de la actuación de un profesional competente, pero no lo argumenta.

Alarcón y Gómez, (2006), declaran que el amor a la profesión y al ser humano como parte del indicador Identidad profesional; la tesis de maestría de Morales, sobre la formación del valor amor a la escuela, en la escuela primaria, y elabora una definición del mismo; de la Gómez y Morales (2009), señalan el amor a la profesión como uno de los valores más esenciales y reguladores de la actuación de un profesional competente en las carreras de la salud, asumido de González (2000), pero sin dar argumentos al respecto.

Fundamentar el proceso de formación del amor a la profesión como componente de la identidad profesional médica demanda la separación de las partes del todo para conocer los componentes que lo integran.

Varios son los autores cubanos que han investigado la formación de valores identitarios, de la Torre (2001) en su obra profundiza en las múltiples identidades que se forman en el sujeto, desde la psicología. También la formación de valores desde una concepción identitaria Acebo (2005), identifica fases en la formación de la identidad; las tesis de maestría de Cano (2009) trabaja el fortalecimiento del valor identidad profesional en el preuniversitario; Ortiz (2009) refiere el fortalecimiento del valor identidad profesional pedagógica en el área de Ciencias Naturales, mientras que Romero (2013) ofrece el modo de actuación solidario que contribuye a la formación de la identidad profesional pedagógica del maestro primario.

Por su parte, Caballero (2013) propone la formación del valor responsabilidad desde una concepción identitaria y Best (2014) estudia la formación del componente caribeño

de la identidad cultural tunera, la formación del valor patriotismo se constituye en reafirmación del valor identidad escolar. Esta relación se identifica y argumenta en la tesis doctoral de Morales (2015) y Merino (2015), al abordar la formación de la identidad musical local en los instructores de arte de música en formación inicial. Martínez (2017), identifica y argumenta el valor identidad audiovisual pedagógica como uno de los fundamenta los valores a formar en relación con los medios audiovisuales y el modo de actuación asociado a este.Estos autores locales aportan valiosas referencias teóricas sobre la formación de valores identitarios, que fueron de gran utilidad en la investigación.

También han sido de gran importancia los resultados del proyecto de investigación, Identidad y valores en la escuela de la anterior Universidad de Ciencias Pedagógica Pepito Tey, relacionado con proyectos participativos para contribuir a la formación de valores identitarios.

Otros autores definen a la identidad profesional, Rubalcaba, (2011; Epstein O Balduzzi y Egle (2010), (citados por Mulone, 2016), pero no la abordan como un valor, ni el amor a la profesión como un componente de la misma.

León (2012), define la identidad profesional médica como un valor y asume las fases de la identidad y aporta los respectivos niveles para la formación de la identidad profesional médica, pero en esas fases y niveles, no identifica, ni argumenta el papel que desempeña el amor a la profesión en la formación de la identidad profesional médica

Para León (2012) identidad profesional médica como:

> (…) la identificación y concientización de significados positivos que realiza el estudiante de medicina como resultado de las vivencias adquiridas en la Atención Primaria y Secundaria de Salud durante el proceso de enseñanza-aprendizaje en la Carrera de Medicina que sirven de guía y objetivo para su proyecto de vida profesional (León, 2012, p.58).

Aunque las vivencias forman parte del proceso formativo general del médico, al cual contribuyen los procesos de enseñanza- aprendizaje de todas las asignaturas, y estas se forman.

De lo anteriormente expresado la autora de esta investigación define la identidad profesional médica como “ la identificación y concientización de significados positivos que adquiere el estudiante de medicina como resultado de las vivencias formadas durante el proceso formativo general del médico, al cual contribuyen los procesos de enseñanza- aprendizaje de todas las asignaturas, y el vínculo con los profesionales médicos durante la educación en el trabajo, en los espacios formativos del médico”.

León (2012) es del criterio que en el ciclo básico el estudiante de medicina comienza la identificación con su futura profesión a partir del intercambio en las áreas de trabajo con pacientes, líderes de la zona y profesionales de la salud en las que se va familiarizando con habilidades profesionales en la prevención y tratamiento de enfermedades que afectan a la comunidad.

Argumenta además qu,e finalizando el ciclo básico y/o en el ciclo clínico, se inicia la fase de concientización identitaria y es cuando la profesión médica empieza a ser

significativa para él. Comienza a formarse, en el estudiante de medicina, el valor identidad profesional médica al constituir esta fase la dimensión axiológica de la identidad profesional médica. Por lo que considera denominarlas como fases de la formación del valor identidad profesional médica. La segunda fase en la formación de este valor se manifiesta, en el estudiante de medicina, a través de: modos de actuación acorde con los principios de la ética médica, la adquisición de niveles superiores en la formación de sentimientos de amor hacia la profesión y en la relación médico, familia y comunidad, así como la sensibilidad ante los problemas de salud de la comunidad.

El tránsito por las fases de identificación y concientización identitarias tiene peculiaridades diferentes en cada estudiante ya que algunos de ellos inician la segunda fase finalizando el ciclo básico de la Carrera y otros necesitan más tiempo y la inician de forma particular en diferentes momentos del ciclo clínico.

Es necesario señalar que la autora señalada argumenta e identifica la identidad profesional médica pero no argumenta, el amor a la profesión como un componente esencial de la misma.

Visto desde el plano pedagógico y en relación con las ideas antes señaladas en esta investigación defino que el amor a la profesión: componente de la identidad profesional médica, posición positiva ante las tareas asignadas, sentimiento que expresa la satisfacción del estudiante al realizar sus actividades y que se manifiesta en el modo de actuación. Algunos de los rasgos que identifican al amor a la profesión y deben ser incorporados en el estudiante de medicina son:

Poseer sólidos conocimientos médicos

Compromiso profesional.

Sensibilidad ante los problemas de sus compañeros y pacientes.

Respeto, solidaridad, confianza, con sus compañeros y profesores.

Mantener buena comunicación y relaciones con los compañeros y profesores y pacientes.

La ternura y entrega a la profesión.

Sentimientos de apego hacia la profesión.

Sacrificio personal y familiar.

CONCLUSIONES

El médico debe caracterizarse por su espíritu de abnegación, sacrificio, sensibilidad ante el dolor ajeno, elevado sentido de la responsabilidad, sencillez, desinterés, comprometido con su profesión, humanista y con mucho amor para dar a sus pacientes, compañeros, para así ser mejores personas, y mejores profesionales.

La Universidad Cubana actual tiene la misión de la formación integral de los futuros profesionales de la salud de Cuba y otras nacionalidades, 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, por lo que es necesario formarlos en el amor a su profesión.

REFERENCIAS

Acebo, M y Leon, M. (2016) La formación de valores de identidad. Experiencias de un proyecto de investigación. En Capítulo de libro en coedición Editorial Redipe-Editorial Académica, del Simposio Internacional de Educación y Pedagogía, *Apropiación, Generación y Uso Solidario del Conocimiento*.

Arteaga, F. (2016). *La Filosofía de la educación desde la obra martiana*. Las Tunas: Editorial Académica Universitaria.

Báxter, E. (2007). *Educar en valores*. La Habana: Pueblo y Educación.

Cuscó, D. (2009). Actividades para fortalecer el amor al trabajo en los estudiantes de primer año de la especialidad de contador, desde el proceso de enseñanza-aprendizaje de la Cultura Política. (Tesis en opción del título académico de Máster en Ciencias de la Educación).Universidad de Las Tunas, Las Tunas, Cuba.

De la Torre, C. (2001). *Las identidades. Una mirada desde la psicología*. Centro de investigación y desarrollo de la cultura cubana Juan Marinello. La Habana.

Diccionario sovietico de filosofía enciclopedias & diccionarios. (2017). http://www.filosofia.org/enc/ros/amor.htm. .

Fernández, L. (2003). *Pensando en la personalidad, Selección de lecturas*. La Habana: Félix Varela.

Fuentes, H. (2009). *La concepción científica holística configuracional: una alternativa en la construcción del conocimiento científico su aplicación en la formación de los profesionales de la educación superior en la contemporaneidad*. (Informe final de presentación de resultados en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias). La Habana.

González, V. (2001). *Psicología para educadores.* Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación.

Sánchez, L.C. **(**2007). *El amor, un sentimiento que mueve al mundo*. Recuperado de: http://es.wikipedia.org/wiki/Amor.

Sternberg, R. (2017). La teoría triangular del amor. Recuperado de: https://es.wikipedia.org/wiki/. Teor%C3%Ada_triangular_del_amor.

Ruvalcaba, J y otros (2011). Identidad e identidad profesional: acercamiento conceptual e investigación contemporánea. *Revista CEP Psicología* 4(2) julio- diciembre pp. 82-102. ISSN 2011-3080. Universidad de Colima, México.

Horruitiner, P. (2006). *La Universidad Cubana: El modelo de formación*. La Habana: Félix Varela.

León, M. (2012).*Didáctica de educación en el trabajo para contribuir a la formación del valor identidad profesional médica. (*Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas). Universidad de Ciencias Pedagógicas Pepito Tey, Las Tunas, Cuba.

Manes, F. (2014) *El origen de emociones y sentimientos como el amor está en el Cerebro.* <http://www.clarin.com/edicion-impresa/origen-emociones-sentimientos-amor cerebro_0_HkBLkf09vQg.html>.

Mendoza, I. (2013).*El arte de amar tu profesión*, UTEL Editorial.

Morales, A. (2009). *Acciones participativas dirigidas a formar el valor amor a la escuela en los escolares primarios*. (Tesis en opción al Grado Científico de Máster de la Educación). Universidad de Las Tunas, Las Tunas. Cuba..

Mulone, MV. (2016). *Revista Iberoamericana de Educación Superior*. 7(19).

Regueira, K. (2008). *Estrategia educativa para la prevención de la violencia escolar en la formación inicial intensiva del Profesor General de Secundaria Básica*. (Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas). Universidad Pedagógica Oscar Lucero Moya. Holguín, Cuba.

Turner, L y Pita, B. (2002). *Pedagogía de la ternura*. La Habana: Pueblo y Educación.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ELEVAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MUJERES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN UN CONSULTORIO MÉDICO DE LA FAMILIA

EDUCATIVE ACTING TOELEVATE THE LEVEL OF KNOWLEDGE IN WOMENOF PRECONCEPTION RISK OF A THE CLINIC

Daniela Tailyn Gómez Núñez tailin.gn@nauta.cu
Mirna Sierra Pérez mirnasp@ltu.sld.cu
Marianela Andaya vdd.maj@ltu.sld.cu

RESUMEN

El artículo describe un estudio de intervención (antes-después) sin grupo control, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento de las mujeres, que se encontraban dispensarizadas como riesgo preconcepcional en el Consultorio No. 3 del Policlínico “7 de noviembre”, a través de la aplicación de una intervención educativa durante el período de noviembre de 2018 a mayo de 2019. El universo de estudio lo constituyeron las mujeres entre 15 y 49 años de edad dispensarizadas como riesgo preconcepcional. La información se obtuvo del registro de dispensarización y un cuestionario aplicado. El procesamiento se realizó utilizando el procesador estadístico SPSS 11.5 para Windows, con un grado de confiabilidad del 95%. Al finalizar la investigación se concluyó que el grupo de edad de 35 a 39 años fue el de mayor incidencia, en relación a su estado civil predominaron las mujeres solteras y la enfermedad crónica más frecuente fue la Hipertensión Arterial. La intervención educativa implementada fue efectiva pues se logró elevar el nivel de conocimiento de las mujeres.

PALABRAS CLAVES: intervención educativa, riesgo preconcepcional, dispensarizadas.

ABSTRACT

The article describes an intervention study (before-later) without group control, with the objective of elevating the level of the women's knowledge that you/they were dispensed like preconception risk in the Clinic number 3 of the polyclinic November 7, through the application of an educational intervention during the period of November from 2018 to May of 2019. The information was obtained of the dispensing registration and of the applied instrument (questionnaire). The prosecution was carried out using the statistical processor SPSS 11.5 for Windows, with a grade of dependability of 95%. When concluding the investigation you concluded that the age group of 35 to 39 years was that of more incidence, the single women prevailed in relation to its civil state and the most frequent chronic illness was the Arterial Hypertension. The level of the women's knowledge on the consultation of preconception risk in the Doctor's of Family Clinic (CMF) number 3 were low, impacting the drop perception of the same one. The implemented educational intervention was effective because it was possible to elevate the level of the women's knowledge.

KEY WORDS: educative acting, preconception risk, dispensed.

INTRODUCCIÓN

La promoción y desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción. Los principales instrumentos para lograr este fin son la educación para la salud y el manejo del concepto del riesgo reproductivo.El Riesgo Preconcepcional (RPC) se aplica a mujeres en edad reproductiva, entre 15 y 49 años, no gestantes, que de acuerdo con la presencia de condiciones y factores de riesgos, tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños. Esta probabilidad no es igual para todas las mujeres aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja.

> (…) Los factores de riesgo reproductivo preconcepcional son todos aquellos elementos o circunstancias precondicionantes o desencadenantes de morbilidad o mortalidad relacionados con el proceso reproductivo, tanto para la pareja como para el producto. Este concepto se extiende más allá de la esfera biológica y cobra significación en la esfera psíquica y en el contexto social, aplicado a la más amplia definición de salud. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social y ambiental, y estos factores pueden recibir influencias de otros. (Rodríguez, Gonzáles, Giménez, 2016.p.2).

Según la organización mundial de la salud (OMS), la salud reproductiva, concibe la capacidad de disfrutar, procrear y la libertad para decidir hacerlo o no y con qué frecuencia. Reconoce el derecho de la pareja a recibir servicios adecuados de atención a la salud sexual y reproductiva que permita los embarazos y los partos sin riesgo y den a la pareja las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En Cuba, la salud de la madre y su hijo se enmarca en uno de los programas priorizados, el programa materno infantil (PAMI). En él se incluye todas las acciones que deben llevarse a cabo para garantizar la buena salud de la madre y el niño. En el mismo se establecen un conjunto de indicadores que son controlados de manera sistemática para evaluar el cumplimiento de las acciones programadas.

Constituyen indicadores claves a evaluar en las áreas de salud la mortalidad y morbilidad materna e infantil, así como el índice de bajo peso al nacer, entre otros, y cuando estos presentan alguna irregularidad se toman las medidas necesarias al fin de obtener resultadosmejores. La prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de la salud reproductiva. El enfoque de riesgo reproductivo debe empezar antes de la concepción y es a esta etapa la que se denomina preconcepcional. (Portales, Cabrera y Ricardo, 2016).

Factores de riesgo más relevantes para dispensarizar las mujeres como riesgo preconcepcional

Condiciones biológicas

Edad materna**:** según la mayoría de autores consultados, la edad óptima para la procreación varía, según diferentes criterios, de 20 a 29, de 20 a 24 y de 25 a 29 años de edad. Se consideran de riesgo para el embarazo las mujeres muy jóvenes, pero igualmente no existe coincidencia en sus rangos (<12 años, <18 años, <20 años), y las mayores de 35 años.

Desnutrición materna grado III-IV**:** la desnutrición constituye otro factor de riesgo para el embarazo debido a que se establece una relación entre la masa corporal de la madre y el desarrollo de la masa corporal del producto, ésta puede causar: mortalidad del feto, bajo peso, retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), mortalidad materna, anemia, entre otros.

Talla inferior a 150 cm. La talla es otro de los factores asociados al RPC, pues se establece una relación entre la talla de la madre y la talla del producto. “Dentro de los efectos que se le atribuyen a la baja talla con el embarazo se encuentran el bajo peso y la morbilidad materna secundaria al incremento de operación cesárea” (Rigol, 2012, p.23).

Antecedentes obstétricos

Abortos a repetición: según la literatura revisada, varios autores (11,12) coinciden en que el aborto es más frecuente en los primeros 2 ó 3 meses. Las probabilidades de un nuevo aborto crecen de acuerdo con el número de los ocurridos anteriormente. Si se produjo un aborto previo, se tiene 20% de probabilidad de riesgo para un segundo aborto; si ya ha habido 2 abortos, el riesgo sube a 38% y cuando han ocurrido 3, el riesgo llega a 75%.

Multiparidad: hay consenso en que la multiparidad es un factor de riesgo (5 embarazos o más), pues produce desgaste del aparato reproductivo y aumenta el riesgo en proporción al número de nacimientos.

> (…) El período intergenésico corto, es el lapso de tiempo entre el fin de un embarazo o aborto y el inicio de un nuevo embarazo. La consideración del riesgo varía según los diferentes autores: menores de 18 meses, menores de 2 años, menores de 3 a 4 años y de 2 a 5 años.El organismo materno necesita recuperarse; pues en la gestación la madre disminuye sus propios recursos biológicos y nutritivos, a causa del crecimiento del feto; después del parto se necesita recuperar lo perdido y prepararse para el nuevo embarazo. Estas necesidades aumentan cuando se lacta. (Reguera, Rodríguez y Brizuela, 2012, p.15).

Condiciones socio-ambientales

Bajo nivel de escolaridad: datos derivados de la investigación británica sobre mortalidad perinatal, demuestran que el riesgo de letalidad fetal es el doble en mujeres que tienen un nivel primario terminado, comparado con un nivel escolar superior, pues son más receptivas y cumplen a cabalidad las orientaciones médicas.

Madres solteras: los que algunos llaman producciones independientes, embarazos que no son reconocidos y/o respaldados por el padre, la mujer enfrenta sola el embarazo, cuidado y atención del futuro bebé, lo que afecta elsistema neuropsíquico e influye sobre el desarrollo del embarazo y posterior desarrollo del niño.

Hábitos tóxicos

Tabaquismo: algunos autores lo consideran factores de riesgos solo cuando se fuman más de 10 cigarrillos, para otros, no importa la cantidad.

Existe una asociación significativa entre el consumo del tabaco durante el embarazo, el CIUR y la prematuridad. Aquí la causa parece ser el exceso de dióxido de carbono en la sangre materna, el cual provoca un aumento de la contractilidad uterina y un efecto

vasoconstrictor e hipoxia crónica, debido a la alteración en la curva de disociación de la hemoglobina y la baja capacidad destoxificadora hepática para el cianógeno del tabaco en el feto.

Alcoholismo, drogas: La capacidad del alcohol y las drogas de disminuir la incorporación de aminoácidos a la proteína puede explicar la relación que se le atribuye a los embarazos de madres con adicción al alcohol u otras drogas y la prematuridad, el RCIU y la alta mortalidad fetal. (Águila, 2015).

Afecciones asociadas

Según Álvarez (2014), las Enfermedades Crónicas No Transmisibles como la Hipertensión Arterial (HTA), el Asma Bronquial, las Endocrinopatías, Neuropatías, Nefropatías, Cardiopatías, Sicklemia, Epilepsia y las Afecciones Psiquiátricas, constituyen una sobre carga para el organismo, que afecta todos los sistemas, de ahí que exista una mayor probabilidad de descompensación de las enfermedades. Lo que le atribuye a los embarazos de madres con antecedentes con enfermedades crónicas una elevada morbilidad perinatal así como mortalidad materna e infantil.

Comportamiento de algunas variables en las mujeres dispensarizadas

Tabla 1: Distribución de las mujeres dispensarizadas como RPC de acuerdo al nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	**No**	**%**
Primaria	2	3,5
Secundaria	26	50,8
Preuniversitario	13	26,3
Universitaria	11	19,2
Iletrada	-	-
Total	**52**	**100,00**

Fuente: Cuestionario.

Tabla 2: Distribución de las mujeres dispensarizadas como RPC de acuerdo al estado civil.

Estado civil	**No**	**%**
Soltera	25	50,8
Casada	6	10,5
Acompañada	21	38,5

Total	**52**	**100**

Fuente: Cuestionario

Tabla 3: Distribución de las mujeres dispensarizadas como RPC de acuerdo a los hábitos tóxicos.

Hábitos tóxicos	**No**	**%**
Tabaquismo	22	11,4
Alcoholismo	6	3,1
Total	**28**	**14,5**

Fuente: Cuestionario.

Estudios realizados en Cuba muestran que la mortalidad materna se ve asociada a conductas de riesgos inadecuadas, entre las que se pueden mencionar el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas. (Clau, 2016). De la muestra estudiada (52), el 14,5 % de las mujeres tenían como factores de riesgo los hábitos tóxicos.

Tabla 4: Distribución de las mujeres dispensarizadas como RPC de acuerdo a las afecciones asociadas.

Afecciones asociadas	**No**	**%**
Hipertensión Arterial	27	47,4
Diabetes Mellitus	1	1,6
AsmaBronquial	7	12,2
Total	35	61,0

Fuente: Cuestionario.

La Hipertensión Arterial Crónica es un factor de riesgo preconcepcional que se identifica con mayor frecuencia en esta investigación y que concuerda con otros investigadores como Vicente, Peraza, Sánchez (2016).

Intervención educativa desarrollada

La muestra seleccionada se dividió en dos grupos.

A todas las mujeres se le aplicó el cuestionario para evaluar los conocimientos sobre aspectos relacionados con la consulta de RPC al inicio del estudio; posteriormente y una vez identificadas las necesidades de aprendizaje resultantes de la encuesta inicial, se realizó la intervención educativa con objetivos sustentados en la misma y al finalizar, se les aplicó nuevamente el instrumento inicial de manera que una vez evaluado el

mismo pudimos comparar los resultados obtenidos en ambos momentos (antes y después) de la intervención.

Se elaboró un Programa de Intervención Educativa con 16 sesiones de trabajo correspondientes a temas relacionados con la consulta de RPC. Se realizaron 2 sesiones semanales (lunes y viernes) para poder cumplimentar los temas. La investigación contó con tres etapas esenciales: diagnóstico, intervención y evaluación.

Etapa diagnóstico:

Para la ejecución del estudio se estableció la comunicación con la enfermera de la consulta de riesgo preconcepcional con el objetivo de lograr la participación de todas las pacientes en edad fértil que se encontraban dispensarizadas como RPC, quedando validado a través de un (consentimiento informado), que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el mismo. Se aplicaron los objetivos del estudio y se aplicó en este momento inicial el cuestionario que permitió caracterizar la muestra de estudio y conocer las necesidades de aprendizaje.

Etapa de intervención:

Para dar cumplimiento a la segunda etapa de la investigación se impartió un Programa Educativo prediseñado sobre el tema y que tuvo como objetivo fundamental abordar los temas que salieron a la luz en el cuestionario aplicado (antes) y sobre los que se observó que los conocimientos no eran los adecuados. Los aspectos sobre los que se enfatizó en la intervención estuvieron dirigidos a:

La consulta de Riesgo Reproductivo Preconcepcional.

Dispensarización y riesgo preconcepcional. Factores relacionados. Seguimiento y control de la paciente en consulta.

La asesoría o consejería preconcepcional. Responsabilidad de la pareja ante el o los riesgos presentes y sobre la utilización de la anticoncepción.

Etapa evaluación:

En la sesión final del programa educativo se aplicó nuevamente el instrumento inicial con las mismas características que en la primera etapa para comprobar los conocimientos adquiridos como resultado de la intervención educativa.

CONCLUSIONES

Como ideas finales destacamos que la mayor cantidad de las pacientes procedentes del RPC pertenecían al grupo de edad de 35 a 39 años, con relación a su estado civil predominaron las solteras y en cuanto a la escolaridad el nivel medio. El factor asociado al RPC de mayor frecuencia fue el hábito de fumar y la enfermedad crónica más común la Hipertensión Arterial. En el Consultorio No. 3 la intervención educativa implementada fue efectiva pues se logró elevar el nivel de conocimiento de las mujeres dispensarizadas en el RPC.

REFERENCIAS

Águila, SI. (2015). Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. *Revista Cubana Obstétrica Ginecológica* 38(2): 281-9. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php.

Álvarez, R. (2014). Salud Reproductiva. En Carmen Garrido Riquenes, *Medicina General Integral*, (pp.515-518). La Habana: Ciencias Médicas.

Clau, A. (2016). Situación de Salud en Cuba. Indicadores Básicos. Recuperado de: http://www.sld.cu/sitios/dne/verpost.php/vol14-3-01.

Portales A., Cabrera, A., Ricardo, M. (2016). El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. *Revista Cubana de Medicina General Integral* Jun 14];32(3):1–15. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126279108&lang=es&site=ehost-live.

Reguera, J.L., Rodríguez, R. y Brizuela, S. (2012). Comportamiento del riesgo preconcepcional. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 4(4)13-18.

Rigol, R.O. (2012). *Obstetricia y Ginecología I. Riesgo Reproductivo*. (pp. 31-46). La Habana: Ciencias Médicas.

Rodríguez, A., Gonzáles, A., Giménez. (2016). Riesgo Reproductivo y preconcepcional. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3). La Habana. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol32-3-02.

Vicente, E., Peraza, G., Sánchez, LO. (2016). *Diagnóstico y Tratamiento*. La Habana: Ciencias Médicas.

FACTORES DE RIESGO DE HTA EN ADOLESCENTES. POLICLÍNICO DOCENTE "7 DE NOVIEMBRE" MAJIBACOA

RISK FACTORS OF HBP IN TEENEGERS. "7 OF NOBEMBER POLYCLINIC" OF MAJIBACOA

Danielly Cruz Ricardo

Alexander Guerrero Concepción alejosandro@.ltu.sld.cu

Marianela Andaya Pozo

RESUMEN

El presente artículo es resultado de un estudio de intervención educativa realizado con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial en adolescentes (peso corporal elevado, sedentarismo, hábitos dietéticos inadecuados, antecedentes familiares de Hipertensión arterial), de 45 adolescentes del policlínico docente: 7 de noviembre. Se aplicó un cuestionario antes y después de la intervención, del mismo se obtuvieron los datos que se procesaron y dieron lugar a la información, además fueron revisadas las historias clínicas individuales y familiares y la medición de las cifras de tensión arterial. Las principales técnicas utilizadas fueron el conversatorio, charlas educativas, conferencias y lluvia de ideas.

PALABRAS CLAVES: Hipertensión arterial, factores de riesgo, adolescentes, intervención educativa.

ABSTRACT

This article is the result of an educational intervention study carried out with the objective of elevate a knowledge of HBP and the risk factors (high weight levels, sedentary habit, inadequate alimentary habits, family antecedent of hypertension) in the 45 teenagers of the 7 of November University Teaching Polyclinic. A questionnaire was applied before and after the intervention, the data that were processed and gave rise to the information were obtained, the clinical history and family registration books were reviewed, and tensional values were obtained. The main techniques used were the discussion, educational talks, conferences and brainstorming.

KEY WORDS: Arterial hypertension, risk factor, teenagers, educational intervention.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida en sí misma, y no un periodo de transición de un estado a otro, en la ocurren cambios profundos y complejas transformaciones fisiológicas, anatómicas, psicológicas y sociales que culminan en la transformación de quienes hasta ahora fueron niños y conducen al individuo hacia la madurez del adulto. (Alvaré, 2014).

Se considera TA normal en la adolescencia, una presión arterial sistólica (TAS) o una presión arterial diastólica (TAD) inferiores al percentil 90 (< P90) para una determinada edad, sexo y talla. Se define la HTA como aquellos valores de TAS y/o TAD ≥ P95 para una determinada edad, sexo y talla, en al menos 3 determinaciones separadas y la prehipertensión en niños por unos valores de TAS o TAD ≥ P90 pero < P95. En los adolescentes, al igual que en los adultos, una TA ≥ 120/80 mm Hg debe ser

considerada prehipertensión. En la actualidad está muy bien definido el criterio de que la HTA esencial del adulto tiene su origen en la niñez, lo que ha determinado la necesidad de tomar la TA al niño a partir de los 3 años de edad en el consultorio según *Kavey (2013*).

En la actualidad el aumento de expectativa de vida junto con los cambios demográficos y los cambios de estilo de vida están ocasionando un aumento de enfermedades no trasmisibles entre ellas las enfermedades cardiovasculares, las cuales están condicionadas por diferentes factores de riesgos. (Dueñas, 2014).

Estudios realizados han demostrado que los factores de riesgo para la hipertensión arterial (HTA) en adolescentes son: tabaquismo, dislipidemias (aumento del colesterol total con aumento de colesterol LDL y/o disminución de colesterol HDL), diabetes mellitus, obesidad e historia familiar de HTA y enfermedad coronaria prematura. Asimismo, se considera a la alta ingesta calórica y el sedentarismo, causantes de obesidad (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Respecto al uso del tiempo libre los niños y adolescentes reemplazan cada vez más la actividad física por otras actividades como mirar televisión, videojuegos y el uso de computadoras. Estudios realizados coinciden en caracterizar a la adolescencia como el período en que se establece un estilo de vida sedentario y poco saludable. (Blanco, 2013).

La HTA en niños y adolescentes, antes de la década de los 70 en el mundo, se consideraba un hecho raro. Trabajos posteriores cambiaron este criterio y hoy se comparte la opinión de que “la hipertensión arterial constituye un excelente modelo de incorporación de sistemas preventivos de enfermedades cardiovasculares del adulto en el ejercicio diario del pediatra” (Sorof, 2015, p.3).

El estudio sistemático de las cifras tensionales en niños y adolescentes llevado a cabo en Estados Unidos por la TaskForce, permitió detectar un grupo de pacientes que tenían cifras tensionales por encima del percentil 90, correlacionando estas cifras con la edad, peso y talla. Posteriores investigaciones han podido ahondar más en la dimensión de la HTA en niños y adolescentes, habiendo demostrado que las cifras tensionales altas guardan relación con lo que sucede en la edad adulta, según Waeber (2014).

En la provincia de Las Tunas en el año 2015 se reportó un total de 119 532 personas con HTA, para una prevalencia de 51606 (43.17%) en el sexo femenino y 67926 (56.82%) para el masculino, con una incidencia de 2226 (54.85%) para el sexo femenino y 1832 (45.14%) para el masculino, de ellos se reportó una prevalencia de 290 (0.24%) adolescentes, 185 (63.79%) masculinos y 105 (36.20%) femeninos, con una incidencia de 65, masculinos 43 (66.15%) y femeninos 22 (33.84%) según Guerrero y Pupo (2017) .

En el municipio Majibacoa se reportó una prevalencia de 831, en el sexo masculino 359 (43.20%) y para el femenino 472 (56.79%). Los adolescentes con prevalencia de 26 (3.12%), femeninos 16 (61.53%) y masculinos 10 (38.46%), la incidencia fue de 10, masculinos 6 (60%) y femeninos 4 (40%) según Guerrero y Pupo (2017). Siendo este un problema de salud que necesita atención fundamentalmente de la atención primaria de salud.

Es por ello que el presente artículo se encamina hacia el análisis de los factores de riesgo de HTA, que más incidieron en los adolescentes del Policlínico Docente Universitario 7 de noviembre, a los que podían estar expuestos para así elevar su nivel de conocimiento y contribuir a la prevención de la Hipertensión arterial.

Factores de riesgo de HTA en adolescentes

Se realizó un estudio de intervención educativa en adolescentes sobre factores de riesgo del Policlínico 7 de noviembre, municipio Majibacoa, el universo estuvo constituido por 150 adolescentes y la muestra de estudio fue de 45 adolescentes pertenecientes al consultorio 19. Se les explicó a los padres y adolescentes de manera detallada los objetivos de la investigación y las características de la misma. Los procedimientos utilizados para la realización de la investigación fueron entrevistas individuales, encuestas para recoger la información, dinámica de grupos focales, conferencias relacionadas con el tema, revisión de las historias clínicas individuales y familiares y examen físico de todos los adolescentes de la muestra (medición de la tensión arterial), la entrevista fue el método mediante el cual se obtuvo información de las fuentes primarias. Se expuso un sistema de acciones para un proceso correctivo-educativo para contribuir a la educación de los adolescentes seleccionados en el estudio.

Tabla 1. Distribución según estado nutricional de los adolescentes.

Estado nutricional	**No**	**%**
Desnutrido.	1	2,2
Delgado.	3	6.6
Normopeso.	36	80.2
Sobrepeso.	2	4.4
Obeso.	3	6.6
Total	45	100

Fuente: historia clínica individual.

Después de la relación peso talla de los adolescentes estudiados, en el cuadro 1 se muestra la distribución según estado nutricional, observándose que el mayor número estuvo en la clasificación de normopesos con 36 casos, para un 80.2%, mientras que los sobrepesos representaron el 4.4% y los obesos el 6.6 % del total.

En un hospital de Centro Habana existió sobrepeso corporal en 75 pacientes (75 %), de los cuales eran obesos 57 y 18 tenían sobrepeso, además hubo 25 pacientes (25 %) sin obesidad ni sobrepeso. (Ferrer, 2015).

Es bien conocida la asociación de obesidad e hipertensión como factores de riesgo, y que los niños obesos tienen 3 veces más posibilidades de riesgo de hipertensión que los no obesos. Además, el riesgo de hipertensión en los niños se incrementa con el aumento del índice de masa corporal (Vargas, 2009).

La diferencia de este estudio con el presente puede estar en relación con las diferencias socioeconómicas que existen entre municipios de la capital y un municipio de la región oriental, lo que conlleva también a estilos de vida diferentes.

Tabla 2. Distribución según factores de riesgo de los adolescentes.

Factores de riesgo.	**No**	**%**
Sedentarismo	5	11.1
Malos hábitos dietéticos	37	82.2
Hábitos tóxicos	2	4.4
Antecedentes de familiares con HTA	15	33.3

Fuente: cuestionario.

En relación con los factores de riesgo, se puede destacar que los malos hábitos dietéticos estuvieron presentes en un 82.2%, los antecedentes familiares de HTA en el 33.3 % de los casos, la disminución de la actividad física en un 11.1% y los hábitos tóxicos en un 4.4%.

Numerosos estudios han demostrado la relación entre los factores de riesgos y la HTA, como el realizado por LLapur y colaboradores (2009), los cuales estudiaron a 745 adolescentes, para examinar la influencia de la historia familiar de hipertensión, con la presión arterial sistólica y la masa ventricular izquierda en los jóvenes.

Otro estudio, realizado en México evidenció un estilo de vida con disminución en la actividad física en 133 adolescentes (73.8%), lo que no se corresponde con este estudio, pensamos debido a que el anterior fue realizado en México y este estudio en Cuba donde se potencia la actividad física en todas las edades; mientras que 146

(81.1%) comían en forma excesiva según Aregullin (2015), presentando cifras cercanas al estudio actual.

El estudio de factores de riesgo, en Centro Habana, arrojó la presencia de tres o más FRCV en el 80 % de los familiares de los adolescentes, de uno a dos en el 18 % y sin FRCV sólo en el 2 %, realizaban ejercicio físico de 6 a 7 veces por semana el 15 % de los pacientes, de 3 a 5 veces el 10 %, 1 a 2 veces por semana el 45 % y no realizaban ejercicio físico alguno el 30 %. Es decir, que el 75 % de los pacientes no realizaban ejercicio físico o lo hacían con una frecuencia semanal menor a 3 veces por semana. Se encontró una agrupación de 3 o más factores de riesgo personales en el 89 % de los pacientes, de 1 a 2 factores en el 11 % y ninguno de los casos estudiados carecía de factores de riesgo relacionados a la hipertensión según Ferrer (2015). Estos resultados dan la medida de la influencia de la familia en el estilo de vida de los adolescentes, lo que se refleja en el grupo de estudio, con varios factores de riesgo presentes.

Tabla 3. Distribución según diagnóstico de HTA de los adolescentes.

Diagnóstico de HTA	No	%
Normotenso.	39	86.7
Pre hipertenso.	5	11.1
Hipertenso.	1	2.2
Total	45	100

Fuente: Historia clínica individual.

En la tabla 3, se observa que según diagnóstico de HTA predominó la clasificación de normotensos, con 39 casos siendo el 86.7% del total, seguido por los prehipertensos que representaron un 11.1% y es necesario señalar que se clasificó un caso como hipertenso que representó el 2.2%.

Similares resultados se obtuvieron en un estudio realizado en el municipio Plaza según Ferrer (2015), la mayoría de los niños tuvieron cifras de presión arterial en el rango de la normalidad 278 (89,7 %), 13 (4,2 %) prehipertensos y 19 (6,1 %) hipertensos.

En opinión de los autores el mayor número de hipertensos y prehipertensos en el estudio habanero se debe al estilo de vida de las ciudades, con más sedentarismo, mas comida chatarra, entre otros factores de riesgo.

Tabla 4. Distribución según nivel de conocimiento de los adolescentes y familia.

	Antes		Después	
Nivel de conocimiento.	#	%	#	%
Adecuado	7	15.5	43	95.6
No adecuado	38	84.5	2	4.4
Total	45	100	45	100

Fuente: Cuestionarios.

En la tabla 4, aparece representado el nivel de conocimiento de los adolescentes y sobre la HTA, en la que podemos ver que solo el 15.5% tenían un conocimiento adecuado antes de la intervención educativa, sin embargo, este aumentó significativamente después de la intervención, a un 95.6%.

El hecho de que se presente desde las primeras etapas de la vida la HTA, es un llamado de alerta, que implica tener una actitud activa en la pesquisa de la presión arterial en los niños y adolescentes, no esperar a realizar estudios poblacionales, sino medir la presión arterial a partir de los 3 años de edad sistemáticamente en las consultas de puericultura, al igual realizar la evaluación antropométrica (Silverstein, 2015).

CONCLUSIONES

Con la aplicación de la intervención educativa se elevó considerablemente el nivel de conocimiento en el grupo estudiado, con lo que se logró tuvieran una mejor percepción de los con factores de riesgo de la HTA en la adolescencia.

REFERENCIAS

Alvaré, L.E. (2014). *Conversando íntimamente con los adolescentes*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

Aregullin, EO., Alcorta., MC (2015). Prevalencia y factores de riesgo de hipertensión arterial en escolares mexicanos: caso Sabinas Hidalgo. *Salud Pública México;* 51:14-8.

Blanco, L. (2013) Prevalencia de hipertensión arterial en alumnos de 4° básico a 1° medio en un colegio de Santiago (Chile). (Spanish). Salud Uninorte 29(2): 214-225.

Cangas, SR., Hernández, S., García, A., Prat, I., González, M. (2013) Pesquisaje de hipertensión arterial en los adolescentes. *Rev Ciencias Médicas* 15(1):103-115. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000100009&lng=es.

Dueñas, A. (2014). Hipertensión Arterial: El riesgo comienza antes. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 10*(3), 305.

Ferrer, M., Fernández-Brito, JE., Piñeiro, R., Carballo, R., Sevilla, D. (2015).Obesidad e hipertensión arterial: señales ateroscleróticas tempranas en los escolares. *Rev Cubana Pediatr* 82(4):20-30.

Guerrero, A., y Pupo, L. (2017) Estrategia educativa dirigida a elevar conocimiento sobre Hipertensión arterial y sus factores de riesgo (tesis inédita). Universidad de Ciencias Médicas, Las Tunas.

Kavey, RE. (2013) American Heart Association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. *J Pediatr 142:368-72.*

Llapur, R., González, R., Betancourt., A, Rubio, Y. (2011) Hipertrofia ventricular izquierda y factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes hipertensos. *Rev Cubana Pediatr* 81(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034

Organización Panamericana de la Salud (2014). La hipertensión arterial como problema de salud comunitaria. En: *Manual de normas operativas para un programa de control en los diferentes niveles de atención* (2014). Washington, Estados Unidos.

Silverstein, DM., Champoux, E., Aviles, DH., Vehaskari, VM. (2015). Treatment of primary and secondary hypertension in children. *Pediatr Nephrol*; 21:820–827.

Sorof, J., Daniels, S., (2015) Obesity hypertension in children: a problem of epidemic proportions. *Hypertension*.; 40: 441-447.

Vargas, N., Martínez, T., García, R., Reyes, M., Soto, M. (2009). Hipertensión arterial en el escolar con antecedente de macrosomía o alto peso al nacer. (Spanish). *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* 28(2): 1-9. Disponible de: MedicLatina.

Waeber, B. y Bruner, HR. (2014) The multifactorial nature of hypertension: the great challenge for its treatment. *J Hypertens Supply*. 19(3):9-16.

MEJORANDO EL CONOCIMIENTO SOBRE LAS HIPERLIPIDEMIAS EN EL POLICLÍNICO MARIO POZO OCHOA

INPROVIN THE KNOWLEDGE ABOUT HYPERLIPIDEMIAS IN MARIO POZO OCHOA POLYCLINIC

Darlenys A. Domínguez Hernández darlenysdh@gmail.com

RESUMEN

Según Aude, Aguilar, Villa, Cruz y Aguilar (2009) "Las dislipidemias son un conjunto de enfermedades generalmente asintomáticas, caracterizadas por concentraciones anormales de lipoproteínas séricas; algunas de ellas son de los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes y de pancreatitis. El riesgo que confieren es modificable con el tratamiento" (p.15). Este trabajo persigue exponer cómo mejorar el conocimiento sobre las hiperlipidemias en los pacientes portadores de estas en el consultorio de Arroyón. Para la realización de este trabajo se realizó un estudio de corte transversal de tipo longitudinal educativo-explicativo sobre las hiperlipidemias en la comunidad de Arroyón. La información se recopiló mediante el método de encuestas a través de las entrevistas médicas, y la revisión de las historias clínicas individuales y familiares. Las variables de estudio son: edad, sexo, práctica de ejercicio físico y factores de riesgo modificables. En los resultados existe un predominio de pacientes con hiperlipidemias del sexo femenino y fundamentalmente de los pacientes mayores de 60 años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron el sedentarismo y los malos hábitos alimentarios. La intervención educativa fue evaluada como satisfactoria ya que fue alcanzado un alto nivel de conocimiento.

PALABRAS CLAVES: hiperlipidemia, práctica de ejercicio físico, factor de riesgo modificable.

ABSTRACT

According to Aude, Aguilar, Villa, Cruz and Aguilar (2009) "Dyslipidemias are a set of generally asymptomatic diseases, characterized by abnormal concentrations of serum lipoproteins; some of them are the most frequent cardiovascular risk factors and pancreatitis. The risk they confer is modifiable with treatment. " With this work we managed to improve the knowledge about hyperlipidemias in patients with them at Arroyon's doctor's office. To carry out this work, a cross-sectional study of an educational explanatory longitudinal type on hyperlipidemias was carried out in the community of Arroyón. The information was collected through the survey method through medical interviews, and the review of individual and family medical records. The study variables are: age, sex, physical exercise practice and modifiable factors risk. Patients' predominance with hiperlipidemias was from feminine sex and fundamentally of the patient elders of 60 years. The most frequent risk factors were sedentary lifestyle and bad food habits. The educational intervention was evaluated as satisfactor y because a high level of knowledge was caught up.

KEY WORDS: hyperlipidemia/ physical exercises practice/ modifiable factors risk.

INTRODUCCIÓN

La hiperlipidemia consiste en la presencia de niveles elevados de los lípidos en la sangre. Existen evidencias de que las dislipidemias constituyen uno de los principales factores de riesgo para la instauración y desarrollo de la aterosclerosis y están asociadas con un incremento de los trastornos cardiovasculares. “El alto contenido de grasa en la sangre a menudo proviene de los alimentos que comemos, pero otros factores, como los genéticos, las enfermedades hormonales y ciertos medicamentos, también pueden contribuir a esta afección” (Hormone Health Network, 2012).

Así, la aterosclerosis deviene como:

> (…) la causa principal de un grupo de afecciones denominadas enfermedades cardiovasculares. Su origen es multifactorial, con gran dependencia genética, familiar y susceptible de agravarse según el estilo de vida y la influencia del medio ambiente; sus consecuencias orgánicas principales son la isquemia, el infarto de los tejidos distales, como miocardio, cerebro y extremidades; y la formación de aneurismas, con su posible rotura. Existen evidencias de que las dislipidemias constituyen uno de los principales factores de riesgo para la instauración y desarrollo de la aterosclerosis y están asociadas con un incremento de trastornos cardiovasculares. (Morgado, 2015, p.7).

Un estilo de vida inadecuado, la baja percepción de riesgo por parte de la población y el poco apego al tratamiento juegan un papel fundamental en el desarrollo y futuro desenlace de esta enfermedad.

En América Latina estas enfermedades se han convertido en una epidemia y se registra que causan el 47% de las muertes. Nuestro país siendo subdesarrollado, exhibe estadísticas comparables a las de los países del primer mundo y así mismo comparte una de sus principales causas de morbilidad y mortalidad.

En Cuba, la primera causa de muerte son las enfermedades del corazón, que en el 2016 alcanzaron las 24 423 muertes y en el 2017 alcanzaron las 27 176 muertes, 2753 muertes más que el año anterior; de este tipo de enfermedades la principales causas fueron las enfermedades isquémicas del corazón que en 2016 fueron 16350 y en 2017 fueron 1278 más que en el año precedente. De estas enfermedades isquémicas del corazón por causa de Infarto agudo del miocardio (IMA) ocurrieron 7124 en el 2016 y 7982 en el 2017, 856 IMA más que el año anterior. En nuestra provincia por enfermedades del corazón ocurrieron 1186 muertes en el 2017 (Ministerio de Salud Pública [MINSAP, 2018).

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen la tercera causa de muerte en nuestro país, en el 2016 ocurrieron 9 456 muertes por esta cusa y en 2017 ocurrieron 457 muertes más que el año anterior; en el 2017 de estas 9913 muertes por enfermedades cerebrovasculares 3679 fueron de causa oclusiva. En nuestra provincia por enfermedades cerebrovasculares ocurrieron 345 muertes en el 2017 (MINSAP, 2018).

En las Tunas en el 2017 fueron dispensarisados 14493 pacientes con Cardiopatía isquémica, de ellos 1034 sufrieron un IMA; y en Jesús Menéndez fueron dispensarisados 1323 pacientes de los cuales 61 sufrieron un IMA. En ese mismo año fueron dispensarisados con enfermedades cerebrovasculares 1489 y 78 respectivamente (MINSAP ,2018).

En nuestra provincia en el 2017 fueron dispensarisados con Hipercolesterolemia 6276 pacientes y en nuestro municipio 343 pacientes y en nuestro CMF fueron dispensarisados 36 pacientes con hiperlipidemias (MINSAP ,2018).

Analizando estas estadísticas se puede observar que las muertes por este tipo de causas han ido en aumento y estas, están sumamente relacionadas con la hiperlipidemia ya que esta es la principal causa de Aterosclerosis y esta a la vez de enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares.

En la actualidad contamos con una gran variedad de medicamentos hipolipemiantes los cuales siempre deben de ir acompañados de un cambio en el estilo de vida. Una dieta balanceada y la práctica sistemática de ejercicio físico constituyen de los pilares fundamentales en el tratamiento de estas entidades.

Resultados de los estudios realizados

Tabla. Distribución de los pacientes con hiperlipidemias según grupo de edades.

Grupo de Edades	No	%
45-49	2	7.40
50-54	3	11.11
55-59	7	25.93
60 y más	15	55.56

Fuente: Encuesta.

En el estudio pude comprobar que según va aumentando la edad, aumenta el número de pacientes que presentan trastornos de los lípidos, el grupo de edad en donde es más frecuente la hiperlipidemia es en los pacientes mayores de 60 años con un 55.56 % del total de pacientes estudiados, seguido del grupo de 55-59 años con un 25.93 % lo cual demuestra que el aumento del nivel de los lípidos es directamente proporcional al aumento de la edad, lo cual se ve reflejado en otros estudios sobre el tema como en el estudio “Dislipidemia en personas mayores de 60 años” (López y Villar,2005). También coincide con el estudio “Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica” (Calvo, et al., 2004).

Tabla. Distribución de los pacientes con hiperlipidemias según sexo.

Sexo	#	%
Masculino	5	18.52
Femenino	22	81.48
Total	27	100

Fuente: Encuesta.

En el estudio pude comprobar que según el sexo , existe una mayor incidencia en el sexo femenino constituyendo el 81.48% del total de pacientes estudiados, datos que coinciden con el estudio “Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica” (Calvo, et al., 2004).En donde el sexo más afectado resulta ser el femenino, lo cual coincide con nuestros resultados en los que predominó el femenino, lo que podemos atribuir a que en la muestra que estudiamos la mayoría de los pacientes son de más de 50 años, que es cuando empieza a aumentar la morbilidad en la mujer por el déficit hormonal que ocurre a estas edades.

También coincide con el estudio: “Incidencia de las dislipidemias y su relación con la cardiopatía isquémica en la población del Policlínico ¨Héroes del Moncada¨”, (Cabalé, et al., 2005). En este el sexo que predomina es el femenino.

Tabla. Distribución de los pacientes según la práctica de ejercicio físico.

Práctica de ejercicio físico	Pacientes	%
Si	6	22.22
No	21	77.78
Total	27	100

Fuente: Encuesta.

> (…) En América Latina se ha lanzado un llamado de alerta sobre la importancia de la realización de ejercicios físicos para mantener niveles óptimos de salud, ya que según importantes estudios, la actividad física se está viendo solo como un asunto deportivo y no se interpretan la inactividad o el sedentarismo como un problema que menoscaba la salud de las personas y que hay que combatir (Vives, Reyes y Vergara, 2013, p.43).

En el presente estudio se puede observar como 21 pacientes, el 77.78% no realizan ejercicio físico lo cual coincide con el estudio *Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía* (Calvo, et al., 2004).

En este estudio se constata que la mayoría de los pacientes con este tipo de afecciones no realiza la practica ejercicio físico de manera sistemática.

Tabla. Distribución de los pacientes según los factores de riesgo modificables.

Factores de riesgo modificables	Pacientes	%
Estrés	14	51.85
Abuso de bebidas alcohólicas	1	3.70
Tabaquismo	0	0
Sedentarismo	21	77.78

Obesidad	11	40.74
Malos hábitos alimentarios	20	74.07

Fuente: Encuesta.

En el estudio se constató que el factor de riesgo más frecuentemente encontrado en nuestra población fue el sedentarismo, presentado en un 77.78% de los pacientes lo cual coincide con el estudio *Comportamiento de los factores de riesgo de la enfermedad aterosclerótica en un consultorio médico* (Arocha, et al., 2004).

En orden de frecuencia encontramos como los malos hábitos alimentarios constituyen el segundo factor de riesgo que más incide en nuestros pacientes, representando un 74.07% de estos. En nuestro país los hábitos de alimentación deficientes han provocado un aumento marcado en las enfermedades que tienen estrecha relación con los mismos, sobre todo las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales han elevado el índice de morbimortalidad fundamentalmente en la población adulta. Según Vives, Reyes Y Vergara (2013) “La dieta habitual de la mayoría de la población es poco variada e incluye un número reducido de alimentos y preparaciones culinarias que no son precisamente las más saludables para nuestro organismo” (p.43).

Tabla. Evaluación del nivel de conocimientos de los pacientes sobre la hiperlipidemia antes y después de la intervención.

Conocimientos	ANTES		DESPUÉS	
	No.	%	No.	%
Alto	0	0	24	88.89
Medio	12	44.44	3	11.11
Bajo	15	55.56	0	0

Evaluamos el nivel de conocimiento de los pacientes estudiados antes y después de la intervención educativa, y pudimos observar que antes del estudio ningún paciente alcanzaba niveles altos de conocimiento sobre el tema y 15 pacientes, el 55.56%; tenían conocimientos bajos, resultado que refleja el poco conocimiento sobre el tema lo cual impide una mejor recuperación y aumenta el riesgo de padecer complicaciones producto de una baja percepción de riesgo de los pacientes por desconocimiento sobre el tema. Después del estudio se reflejo un aumento de conocimientos de los pacientes con 24 evaluados para un nivel alto, para un 88.89%, 3 fueron evaluados de nivel medio para un 11.11% y ninguno fue evaluado de nivel bajo, lo cual demuestra que la intervención fue satisfactoria pues se logró mejorar el nivel de conocimiento de los pacientes.

CONCLUSIONES

En la comunidad de Arroyón, municipio Jesús Menéndez existe un predominio de pacientes con hiperlipidemias del sexo femenino, fundamentalmente de los pacientes

mayores de 60 años, en los cuales es baja la práctica de ejercicio físico y los factores de riesgo modificables fundamentales encontrados en estos pacientes fueron en primer lugar el sedentarismo y en segundo lugar los malos hábitos alimentarios. Se realizó una encuesta a los pacientes antes y después de brindarles información sobre las hiperlipidemias y se evaluó la intervención educativa como satisfactoria ya que fue alcanzado un alto nivel de conocimiento sobre el tema por parte de los pacientes objeto del estudio.

REFERENCIAS

Arocha LE., Machín, L., González, VM., Guerrero, LG., Ruibal, A. y Hernández, M. (2004). Comportamiento de los factores de riesgo de la enfermedad aterosclerótica en un consultorio médico. *Rev Cubana Med Gen Integr, 20*(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Aude, O., Aguilar, G., Villa, A., Cruz, I. y Aguilar, C. (2009). El diagnóstico de hiperlipidemia basado en el fenotipo. *RevMed IMSS 47*(2):121-8. Recuperado de: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=96bdb27a-729a-45e9-87ee-1ec1988c8975%40sessionmgr4008

Cabalé, MB., Meneau, X., Núñez, M., Miguélez, R., Ferrer, M. y Rodríguez, L. (2005). Incidencia de las dislipidemias y su relación con la cardiopatía isquémica en la población del Policlínico ¨Héroes del Moncada¨. *Rev Cubana Med Gen Integr 21* (5-6). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Calvo, A., Fernández, LM., Guerrero, L., González, VM., Ruibal, A.J. y Hernández, M. (2004). Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. *Rev Cubana Med Gen Integr, 20*(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Hormone Health Network (2012) Hiperlipidemias (Exceso de grasa en la sangre).Hoja Informativa enero 2012. Recuperado de: https://www.hormone.org/~/media/hormone/files/spanish/questions-and-answers/heart-health/fs_cmd_hyperlipidemia_sp-612.pdf

López, JE. y Villar, AL. (2005). Dislipidemia en personas mayores de 60 años. *Rev Cubana Med Gen Integr, 21*(3-4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2017, La Habana.

Morgado, E., Madariaga, Y., Román, R., Toledo, D., Machado, F. y Montalván, C. (2015). Evaluación del potencial hipolipemiante de Cymbopogoncitratus S. en un modelo de hiperlipidemia aguda. *Medicentro Electrónica 19*(1):2-12. Recuperado de: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=00ddaeae-18f3-4519-b6dd-8f26f925d74f%40sessionmgr4009

Vives, AE., Reyes, RB. y Vergara, JL. (2013). Ateromatosis de la aorta abdominal y su relación con el estilo de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr 29*(4): 288-*300.* Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000400003&lng=es.

ESTRATEGIA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA ELEVAR NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INTENTO SUICIDA EN EL CMF 21

EDUCATIONAL DENTERVENCION STRATEGY TORAISE THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF THE SUICIDE ATTEMPT IN THE CMF21

Dayanai Brito Puig dayanai@nauta.cu

Iris Maria Peña Pérez

RESUMEN

Se estima que la depresión será el problema de mayor impacto en la salud de la población de países en vías de desarrollo en el año 2020, y constituye la sicopatología más importante como precondición para un futuro intento de suicidio en jóvenes, pues figura como una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida. Con el objetivo de caracterizar a los pacientes con riesgo de intento suicida del Consultorio Médico Familia de comunidad de Vedado 3, Policlínico Mario Pozo, Jesús Menéndez, Las Tunas, se realizó un estudio explicativo, de corte transversal, de octubre del 2017 a mayo del 2019. Resultados: predominó la edad entre 15-18 años, del sexo femenino con baja escolaridad, el estado civil de las solteras, con antecedentes de conducta suicida en un miembro de la familia, el hecho fue más frecuente en el hogar a través de la ingestión de tabletas, por conflictos familiares y de pareja. Incidieron en la clasificación de las familias incidieron las disfuncionales. Después de aplicada la intervención educativa fue notable el nivel de conocimiento alcanzado por los pacientes y las familias.

PALABRAS CLAVES: intento suicida, factores de riesgo, intervención educativa.

ABSTRACT

He/she is considered that the depression will be the problem of more impact in the population's of developing countries health in the year 2020, and it constitutes the most important sicopatología as precondición for a future suicide intent in young, because it figures like one of the main causes of death in this stage of the life. To characterize the patients with intent risk commits suicide of the Clinic Medical Family of community of Preserve 3, Policlínico Mario Well, Jesus Menéndez, The Tunas. The universe was constituted by 70 patients with intent risk he/she commits suicide and the sample for 25 that showed interest and cooperation of participating in the investigation. It was used as measures of frequencies the (percentage). The age prevailed among 15-18 years, of the feminine sex with low escolaridad, the civil state of the single, with antecedents of suicidal behavior in a member of the family, the fact was more frequent in the home through the ingestion of pills, for family conflicts and of couple.

KEY WORDS: I attempt he/she commits suicide, factors of risk, educational intervention

INTRODUCCIÓN

El intento suicida 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. Todas estas consideraciones nos obligan a enfrentar esta etapa de la vida de manera diferente, acorde a la política trazada por nuestro

estado en el que se prioriza la salud en este grupo poblacional, siendo esta una de las principales motivaciones al realizar este estudio. (MINSAP, 2014)

El primer informe de carácter epidemiológico en Cuba se realizó en 1940, en un estudio del Pineda, Aliño (2012) analizó y procesó datos sobre suicidio desde 1902 hasta 1971 encuentra una mayor incidencia en hombres de edad avanzada. Los hombres prefieren el ahorcamiento y las mujeres, suicidio por fuego. (Rodríguez, 2014).

Se estima que la depresión será el problema de mayor impacto en la salud de la población de países en vías de desarrollo en el año 2020, y constituye la sicopatología más importante como precondición para un futuro intento de suicidio en jóvenes, pues figura como una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida. (Ramos, 2011).

Los intentos suicidas tienen muchos significados y sea cual sea su grado de letalidad deben tenerse en cuenta seriamente, por lo que va de la magnitud del problema y la posibilidad de actuar conociendo los factores asociados a la conducta suicida. (Macías, 2015). Teniendo en cuenta la magnitud de la problemática, la existencia de factores de riesgo sobre los que se puede actuar oportunamente, en su mayoría modificables y que en nuestro municipio existen en el periodo estudiado un total de 201 casos de los cuales 25 pertenecen al CMF en estudio y que es un caso frecuente en las consultas y los cuerpos de guardia , nos motivamos a realizar esta investigación por la alta incidencia que aunque sabemos no nos dará la problemática que existe en nuestro medio, nos ayudará a conocer esta.

Análisis de los resultados

Es obvio que el intento suicida es un problema de salud serio, razón por la cual resulta importante que el médico de familia enfatice en la atención integral de cada uno de estos pacientes llevando a cabo la intervención y aplicación con estricto cumplimiento del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida en nuestro país. (Morales, Chávez, Ramírez, Sevilla, Yock, 2013).

En la literatura médica revisada Prado (2013) da a conocer que el intento suicida predominó en el sexo femenino, coincidiendo con otros estudios realizados en el país por (Charon, Vargas, Mesa, 2010). A lo largo de los años la mujer ha ido poco a poco emancipándose y tomando un papel de liderazgo en la sociedad que conlleva a un aumento de la seguridad y autoestima en contraste con algunas cuya vida social se basa únicamente en las relaciones del hogar sin tener un medio social diferente que pudiera servir como un apoyo para equilibrar los problemas cotidianos, personales y del hogar. (Lejoyeux, 2014).

Generalmente los pacientes con intentos suicidas, según (Barrientos, 2013), poseen un nivel cultural bajo, carente de las herramientas psicológicas para poder actuar frente a un problema determinado.

Al analizar estos resultados donde se utilizó medicamentos se piensa en que quizás es porque no produce sufrimiento o dolor momentáneo, en ocasiones no hay una intención seria de morir sino de llamar la atención para recibir ayuda, este método ha ido en incremento sustituyendo a los métodos duros, autores como (Veliz, Díaz, Armas De, y Barro, 2013) describen el uso de armas de fuego, el ahogamiento y el fuego.

Al estudiar el nivel de conocimiento de la enfermedad en pacientes con intento suicida antes y después de aplicada la estrategia de intervención educativa. Esto nos demuestra la importancia del estudio que realizamos y que se debe seguir trabajando desde los Consultorios Médicos de la Familia en la implementación de nuevas técnicas para lograr un mejor conocimiento sobre el intento suicida. (Veliz et al., 2013)

Discusión

Es necesario apreciar el sentido de la conducta y saber distinguir entre gesto e intento; la mayoría de las investigaciones señalan la importancia de la detección precoz de los síntomas de depresión, que en muchas ocasiones pasan inadvertidos ante los familiares.

Para el diseño de la estrategia de intervención se utilizó la metodología que nos brinda la planificación estratégica, que parte con el momento explicativo, donde se hizo una descripción cualitativa y cuantitativa del intento suicida en la comunidad de Vedado 3 del área de salud Jesús Menéndez.

Al comenzar el análisis de los resultados que obtuvimos en nuestra investigación en pacientes con intento suicida durante el año 2017- 2019, encontramos que de los 25 pacientes evaluados el grupo de edad más afectado fue el comprendido entre 15-18 años con 18 pacientes Este se asemeja a estudios anteriores donde el grupo más frecuente es el infantojuvenil ya que la adolescencia constituye un período de la vida en el que se producen toda una serie de cambios biofisiológicos, psicológicos, intelectuales y sociales, que ponen al individuo ante una nueva forma de vivenciarse a sí mismos y a todo aquello que lo rodea; sin embargo no se deben descuidar las acciones de prevención y promoción de salud con los demás grupos. (Lejoyeux, 2014).

Es necesario que cada médico de la familia y psicólogo del área continúen intensificando el trabajo con estos pacientes, identificando los factores de riesgo presentes en cada paciente que pudieran llevar al mismo a un intento suicida y a otros intentarlo por más de una ocasión. Algunos factores de riesgo son fácilmente identificables pues en algunos pacientes existe un intento suicida anterior, depresión por cualquier naturaleza, ideación suicida o amenazas de suicidio, personas en crisis con psicopatología en su cuadro clínico y niños y adolescentes sometidos a violencia familiar. (OMS, 2013)

El método suicida utilizado y la preferencia del mismo según género pudieran estar influidos por la disponibilidad inmediata del mismo y los patrones culturales de crianza, donde en algunos países se espera un comportamiento agresivo y autoafirmado del hombre (machismo) y, en las mujeres un comportamiento delicado y no agresivo (marianismo). (Leyva, Castillo, Perdomo, García, 2012).

Quedó diseñada una estrategia de intervención utilizándose la metodología de la planificación estratégica con el Programa de Educativo que se estableció, con un cronograma de encuentros durante doce semanas en el horario de la tarde, con una duración aproximada de una hora cada uno. Se combinó la capacitación a través de las clases sencillas y práctica individual; partiendo de que cada paciente tiene sus propias necesidades de aprendizaje, inquietudes y maneras de responder al mensaje educativo, además las exigencias varían según la edad, nivel de escolaridad, y el conocimiento que tienen relacionado con el tema.

CONCLUSIONES

En el estudio realizado predominó el sexo femenino y la edad entre 15-18 años, la baja escolaridad, el estado civil de los padres solteros, con antecedentes de conducta suicida en un miembro de la familia, el hecho fue más frecuente en el hogar a través de la ingestión de tabletas, por conflictos familiares y de pareja. Una vez analizada la funcionabilidad familiar llegamos a la conclusión de que existe un predominio de las familias disfuncionales.Después de aplicada la intervención educativa fue notable el nivel de conocimiento alcanzado por los pacientes en familias disfuncionales.

La edad más frecuente fue la comprendida entre 15-18 años y predominó el sexo femenino. La mayoría de los intentos suicidas lo realizaron pacientes con una baja escolaridad. El estado civil de los padres que predominó fue el de los solteros. Dentro de los antecedentes de intento suicida de padres y otros integrantes de la familia predomino este último. La mayor incidencia del lugar de ocurrencia fue el del hogar. El método empleado fue la ingestión de tabletas. Las principales causas o factores de riesgos fueron los conflictos familiares y de pareja. La mayoría de los intentos suicidas lo realizaron los adolescentes de familias disfuncionales. Quedó diseñada una estrategia de intervención utilizándose la metodología de la planificación estratégica.

REFERENCIAS

Barrientos, G. (2013). *Prevención y control de la conducta suicida: guía para el diseño e implementación de programas locales*; MINSAP.

Cuba. Ministerio de Salud Pública (MINSAP 2014). *Anuario Estadístico de salud.* Ciudad Habana.

Charon, M., Vargas, E., Mesa, L. (2010). Análisis Comparativo de la Conducta Suicida en un Área de Salud. *Rev. Cub. Enfemer*, *17*(1):51-5. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=scieartext&pid=SO864-03192001000100009&lng=es&nrm=ISO>.ISSN0864-0319

Lejoyeux, M. (2014). *Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide.* Encephole.

Leyva, M., Castillo, L., Perdomo, A., García, L. (2012). Caracterización de algunos factores socio-psicológicos en adolescentes con intento suicida en el municipio Morón. *Mediciego* *18*(2). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl2_2012/articulos/t-1.html

Macías, L. E. (2012). *Suicidio en adolescentes*. (Monografía en Internet). Recuperado de: http://http://www.monografias.com/trabajos12/suiad/suiad.shtml 13

Morales, A., Chávez, R., Ramírez, W., Sevilla, A., Yock, I. (2013). *Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil*. p. 2-3

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). *El suicidio y los intentos suicidas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Prado, R. (2013). *Factores de riesgo en la conducta suicida y las estrategias de prevención.* (Monografía en Internet). Recuperado de: http://http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0204/hph02804.htm 15

Pineda, P.S., Aliño, S,M. (2012). El concepto de adolescencia. En. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud del adolescente*. (p.13-20). La Habana: Ministerio de Salud Pública.

Rodríguez, M.O. (2014). Suicidio. En. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia.* (p.140-143). La Habana: MINSAP.

Ramos, A. (2011). Informaciones. Bibliomed sobre depresión e intento suicida. Recuperado de: http://http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_11/mgi21111.htm12

Véliz, M.I., Díaz, H.R., Armas De, A. y Barro, A.B. (2013). Caracterización de la conducta suicida en adolescentes. *Multimed, 17*(3) Recuperado de: http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2013/v17-3/02.html

INTERVENCION DE ALCOHOLISMO EN PACIENTES MENORES DE 35 AÑOS EN EL CMF DE SIRVEN

INTERVENTION OF ALCOHOLISM IN YOUNGER PATIENTS OF 35 YEARS IN THE CMF OF SIRVEN

Diana Rosa Quiñones Benítez dianarosaqb@nauta.cu

Félix Enrique Rodríguez Núñez

RESUMEN

El alcoholismo es un trastorno que afecta la salud. Se realizó un estudio de intervención educativa de Alcoholismo en pacientes que pertenecen al CMF de Sirven, Jobabo, Las Tunas durante el periodo de septiembre 2017 a junio 2018, con el objetivo de evaluar los conocimientos sobre Alcoholismo en menores de 35 años. El universo estuvo constituido por 120 y la muestra por 52 pacientes. El grupo etario de más incidencia de 25 a 35 años con 23 pacientes para un 44.2%, el sexo que predominó el masculino con 17 casos para un 32.7%, estado civil más representado el casado con 22 casos para un 42.3 %, el nivel escolar de mayor cantidad el secundario con 20 casos para el 32.5%, se logró incrementar el nivel de conocimiento sobre alcoholismo al 100% de la muestra. El nivel de funcionamiento familiar que predominó fue el bueno con 35 familias para un 67.3%.

PALABRAS CLAVES: alcoholismo, trastorno, incidencia..

ABSTRACT

Alcoholism is an upset that affects the health. Alcoholismo's study of educational intervention in patients came true that they belong to Sirven's CMF, Jobabo, The Prickly Pears during the period of September 2017 to June 2018, for the sake of evaluating the knowledge on Alcoholism in minors of 35 years. The universe was composed of 120 and you show her for 52 patients. The group etario of more incidence of 25 to 35 years with 23 patients for a 44,2 %, the sex that the masculine with 17 cases predominated for a 32,7 %, civil status more represented the married with 22 cases for a 42,3 %, the school level of bigger quantity the secondary with 20 cases for the 32,5 %, incrementing the level of knowledge on alcoholism to 100 % of the sign achieved himself. The level of family functioning that predominated was the good with 35 families for a 67,3 %.

KEY WORDS: alcoholism, upset, incidence

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es un padecimiento que genera una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestándose a través de varios síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingestión. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo, que va en aumento a medida que se desarrolla tolerancia a esta droga. Se considera como una enfermedad crónica, progresiva y mortal por la Asociación Médica Estadounidense al igual que otras drogodependencias.

Aunque el término alcoholismo fue acuñado por Magnus Huss en 1849, cuando Suecia sufría el mayor consumo de alcohol del mundo, durante mucho tiempo fue considerado un vicio propio de débiles morales y no fue hasta 1960 que Jellinec, el gran impulsor del concepto de alcoholismo, en 1960 se incluyó la ingestión anormal de alcohol en la categoría de enfermedad, se señaló que solo podría considerarse adicción alcohólica cuando los sujetos tuviesen tolerancia física, pérdida de control o incapacidad para abstenerse de beber.

Según la definición del Comité de Expertos de Alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el alcoholismo es un trastorno conductual crónico, manifestado por repetidas ingestas de alcohol excesivas respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, y que acaban interfiriendo en la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor” (Capote, 2009, p.5).

> (…) El alcoholismo constituye en la actualidad la más relevante toxicomanía a nivel mundial por su prevalecía y repercusión biopsicosocial; las abundantes evidencias científicas y la realidad social no dejan lugar a dudas sobre el potencial de riesgo, para la salud, y el bienestar humano individual y colectivo, que genera el consumo cotidiano de bebidas alcohólicas (Capote, 2009, p.5).

Salvo algunos países de cultura hindú o islámica donde el consumo de alcohol es menor como consecuencia de tradiciones o influencias religiosas, alrededor del 70 % de la población, por encima de los 15 años, ingiere alcohol en determinada cantidad, del 3 al 5 % son dependientes y, de ellos, el 10 % se convertirán en bebedores problemas en algún momento de su vida.

Actualmente España ocupa el 4to lugar mundial en el consumo de alcohol después de Francia, Luxemburgo y Alemania. Cada español consume por término medio 108 litros de alcohol al año, casi el 4 % de la población española (1 600 000 personas) consume diariamente más de 100 g. Se considera que existe un incremento de consumo de alcohol de alrededor del 30 % en los países desarrollados durante los últimos 20 años, índice muy superior al esperado por el aumento de la población en esta etapa.

En Cuba, 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 en nuestro país, que 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.

Se calcula que el alcoholismo puede incidir hasta en el 40 % en los ingresos de los servicios de urgencia y que el 2 % de los enfermos que ingresan en los servicios médicos hospitalarios sufren de una enfermedad causada o agravada por el abuso de alcohol.

El consumo de alcohol en el mundo occidental es aceptado y valorado socialmente. En Estados Unidos el 51 % de las mujeres y el 72 % de los hombres lo consume y más de 700 000 personas han recibido tratamiento debido a la dependencia del alcohol alguna vez en sus vidas. En el 2002, 15,9 millones de estadounidenses

fueron considerados bebedores pesados (consumo de cinco o más bebidas alcohólicas en un día, cinco o más veces durante los últimos 30 días); 4 en la actualidad aproximadamente 17,6 millones de adultos en Estados Unidos son alcohólicos o tienen problemas con el alcohol. 8 En adultos colombianos esta cifra alcanza el 90 %.

En Cuba, el 45,2 % de la población consume bebidas alcohólicas con un índice de prevalencia del 6,6 % que la sitúa entre los países de más bajo índice de Latinoamérica; aunque en los últimos 15 años el consumo de alcohol ha aumentado notablemente (MINSAP, 1997). Así, entre el 20 y el 25 % de las muertes por accidentes en Cuba están vinculadas a la ingestión de bebidas alcohólicas, además una tercera parte de los hechos delictivos y violentos están relacionados con el consumo de estas bebidas (MINSAP, 1997).

En Las Tunas el alcoholismo también constituye un dilema en estudio, debido a la gran incidencia y prevalecía que esta enfermedad mantiene, reportándose poblaciones donde el 80,6% ingieren el tóxico y el 25,3% son alcohólicos. Datos estadísticos evidencian que en el municipio de Jobabo existen 1850 personas que padecen de alcoholismo, es decir, aproximadamente el 8% de la población mayor de 15 años dispensarizada en el 2012, y particularmente en el consultorio médico de familia de Sirven existen 76 alcohólicos, lo que representa el 11.8 % de la población del área de salud y a nivel de municipio representa el 4.1 %. Por lo que nos podemos dar cuenta que es una enfermedad que va en aumento, provocando más muertes cada año ya sea por el consumo directo e indirecto del alcohol, por eso creo que es importante educar a la población de manera constante sobre este tema para tratar de reducir el alcoholismo en nuestra población (Zaldívar, 2008, p.6)

Todas estas reflexiones nos motivaron a realizar este estudio con el objetivo de modificar el nivel de conocimiento del alcoholismo en pacientes menores de 35 años el CMF de Sirven, evaluar el nivel de conocimiento sobre el alcoholismo antes y después de la itervención y caracterizar la muestra estudiada según las variables de interés. Para esto se realizó un estudio de intervención educativa con el fin de contribuir a la prevención del alcoholismo en el CMF Sirven, Policlínico 14 de Junio del municipio de Jobabo durante el período comprendido desde septiembre 2017_2018,donde el universo estuvo constituido por 120 pacientes mayores de 15 años y la muestra quedó constituida por un total de 47 personas que se identificaron como consumidores de riesgo de bebidas alcohólicas mediante el cuestionario AUDIT y que cumplieron con los criterios de inclusión (Centro Municipal de Estadística Jobabo, 2009).

Resultados obtenidos

La tabla no 1 representa las variables sexo edad observándose que el grupo etario mayor representado fue el de 30-35 años con 23 pacientes para el 44.2%,donde predomina el sexo masculino con 17 pacientes para el 32.7% no siendo así el sexo femenino donde tuvo menor representatividad con 6 pacientes para un 11.5%,seguido del grupo de 25-30 años con 17 pacientes para el 32.7% respectivamente .A modo de resumen esto representa que existe un predominio por el consumo de bebidas alcohólicas por el sexo masculino sobre el sexo femenino en nuestra localidad , se

puede atribuir según los estudios realizados que esta afección se hace cada vez más frecuente en personas jóvenes debido a mayor exposición a los factores de riesgo , por lo que se puede asociar a factores como la independencia temprana en el sexo masculino ,hogares disfuncionales ,tendencia al poder ,machismo y otros patrones impuestos por la sociedad acerca del hombre y en especial al adulto joven sobre los cuales se plantea que practican este mal hábito.

Tabla 1.Distribucion de los pacientes según edad y sexo .CMF Sirven.

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	no	%	no	%	no	%
15-25	9	17.3	3	5.7	12	23.1
25-30	12	23.1	5	9.6	17	32.7
30-35	17	32.7	6	11.5	23	44.2
Total	38	73.1	14	26.8	52	100

Fuente: Encuesta

La tabla no 2 representa el estado civil , en la misma se observa que hubo predominio en los casados con 30 pacientes para el 57.7% y 22 para el estado civil solteros para un 42.3%.Por lo que se evidencia que el estado civil les da mayor independencia a las personas.

En estudios realizados por Domínguez e Ibarra, Mustelier, se observó similitud con esta investigación ya que hubo predominio en los casados sobre los solteros al igual que en esta investigación donde se plantea que las causas fundamentales se atribuyen a aspectos relacionados con el mantenimiento del hogar y factores psicosociales los que genera una amplia necesidad y ansiedad de ingerir alcohol .de manera general ,nos podemos percatar que el alcoholismo esa estrechamente relacionado con antecedentes de familia de esta afección, el estrés, conflictos interpersonales en el matrimonio, desempleo, baja percápia económica, enfermedades, depresión, entre otros factores que contribuyen a una dependencia física del consumo del mismo.

Tabla 2.Distribución de los pacientes según Estado Civil.CMF Sirven.

Estado civil	No	%
Soltero	22	42.3
Casado	30	57.7

Total	52	100

Fuente: Encuesta

En la tabla no 3 se observa el nivel cultural de los pacientes, existiendo un predominio en el nivel secundario con 20 pacientes para el 38.5% seguido del nivel preuniversitario con 17 para el 32,7% .Este aspecto tiene relación con la investigación realizada Parodi C.por donde hubo similares resultados a los de esta investigación, dónde se refleja que entre más alto el índice educacional existe menor tendencia a la adicción por lo que estos pacientes con bajo nivel cultural no tiene la misma percepción del riesgo sobre esta enfermedad. En el análisis ellos no ven el alcoholismo como una patología que pone en riesgo su vida personal, sino que alcohol es para ellos más bien un vicio que no es muy fácil abandonarlo.

Tabla 3.Distribucion de los pacientes según Nivel Cultural.CMF Sirven.

Nivel escolar	no	%
Secundaria	20	38.5
Preuniversitario	17	32.7
Universitario	15	28,8
Total	52	100

Fuente: Encuesta

La tabla 4 muestra el funcionamiento familiar ,siendo el más representativo el evaluado de bueno con 35 pacientes para el 7,3%,seguido del regular con 10 para el 19.2%.Esta variable no guarda relación con la investigación realizada por la Organización Mundial de la salud donde se plantea un funcionamiento familiar malo en la mayoría de los pacientes .esta enfermedad no solo afecta al bebedor ,sino también a su familia y a la sociedad en que vive.

El primer signo de alarma lo percibe la familia, por lo que los desajustes que observa en el bebedor ,empieza un cambio en el seno en que vive ,desacuerdo conyugal sin motivo aparente ,malos tratos a los hijos y a la pareja ,pérdida de amigos y de la estimación de todos, lo cual ocasiona que el bebedor, poco a poco se margine ,no percibe los cambios por su enfermedad ,insiste en que posee la misma capacidad del trabajo y de enfrentar los problemas familiares ,pero ocasionalmente se producen deficiencias temporales de las funciones cerebrales y del control de sí mismo ,que promueven agresividad y lo hace más vulnerable a los accidentes.

Tabla 4 .Distribución de la muestra según funcionamiento familiar.CMF Sirven.

Funcionamiento Familiar	no	%
Bueno	35	67.3
Regular	10	19.2
Malo	7	13.5
Total	52	100

Fuente: Encuesta.

En relación a la ocupación laboral de los pacientes, la tabla 5, ofrece mayor representatividad en los trabajadores agrícolas con 14 casos para el 2.7%. Este dato se ajusta a la investigación realizada por Domínguez donde su muestra estaba representada en esta ocupación. Por lo que se atribuye a las diferentes profesiones que cursan con exposición a los factores desencadenantes .Además, estos pacientes están enfocados principalmente en la creencia de que el alcohol es un método estimulante para el trabajo o que contribuye al empleo cotidiano en horario laboral, ya que viven en una zona rural lo que favorece como factor de riesgo a que utilicen el alcoholismo como método recreativo.

Tabla 5.Distribucion de la muestra según ocupación.CMF Sirven.

Ocupación	No	%
Trabajador agrícola	14	27
Técnicos	10	19.2
Profesionales	11	21.2
Amas de casa	2	3.8
Estudiantes	9	17.3
Jubilados	0	0
Sin empleo	6	11.5
Total	52	100

Fuente: Encuesta.

La tabla 6 muestra el nivel de conocimiento de los pacientes sobre alcoholismo el cual fue bajo en la fase inicial del estudio ,evidenció que solo 12 pacientes para un 23.1% presentaban conocimiento sobre el tema, esto se modificó al calificativo de alto luego de aplicado el programa educativo ya que los pacientes elevaron el nivel de conocimiento sobre este tema a un 100% ,durante el desarrollo de esta sección ,algunos expresaron sus experiencias, en estudios realizados coinciden con este donde destacan la importancia de continuar impartiendo charlas o actividades de capacitación por las áreas de salud, resultados similares fueron comprobados por Sandoval quien además añade que coinciden con estudios que evidencian mundialmente un bajo nivel de información sobre efectos nocivos del alcohol. Después de intervenir la población en estudio incrementó el nivel de información sobre los efectos nocivos del alcoholismo, siendo la situación favorable para disminuir el alcoholismo en esta población estudiada.

Tabla 6 .Distribución de la muestra según conocimiento sobre alcoholismo antes y después de la intervención .CMF Sirven .Jobabo 2017-2018.

Conocimientos Sobre alcoholismo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Sí	12	23.1	52	100
No	40	76.9	0	0
Total	52	100	52	100

Fuente: Encuesta.

CONCLUSIONES

El grupo etario de mayor predominio fue el de 30xa 35 años. El estado civil más representado fue el casado. El nivel escolar de mayor representatividad fue el secundario. El funcionamiento familiar fue bueno en la mayoría de las familias. Mayor número de trabajadores agrícolas. Mejorado el nivel de conocimiento de todos los pacientes.

REFERENCIAS

Bolet, M. (2011). La prevención del alcoholismo en los adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 16(4): 405 – 9.

Capote, C. (2009). Mensajes familiares sin alcohol. *Periódico Trabajadores.* Abril 2009.p.4

Cisneros, L. (2009). Comportamiento Clínico Epidemiológico del Alcoholismo en el Municipio Colombia. Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en MGI.

Domínguez, L., Ibarra, L. (2003). Juventud y proyectos de vida. Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. Selección de lecturas. La Habana: Félix Varela.

Escalona, G. (2012). *Alcoholismo en la comunidad. Programa de intervención*. (Trabajo para optar por el Título de Especialidad de Primer Grado en MGI).

Fernández, P., Louro, I., Hernández, P. (2009) Elaboración de una estrategia de intervención educativa para la familia del alcohólico. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 13 (4): 330 – 9.

Guibert, W., Grau, J., Prandes, H. (2008) ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? *Rev Cubana Med Gen Integr*; 15(2): 176 – 83. Recuperado de: http:\\Alcoholismo\El Médico Interactivo Aula Acreditada-asmaestrategia.htm

Llu, IC., Blazer, RF., Lacomo, WG. (2004). Family transmisión and haradability of externamalising disorders: a twin-family study arch-gen *Psichiatry* 9(61).

MINSAP. (2009). Centro Municipal de Estadística, *Datos sobre Alcoholismo*, Jobabo.

Otaño, Y., Valdés, Y. (2009). Algunas reflexiones sobre el alcoholismo en la comunidad. *Rev Cubana Enfermer*; 20 (3).

ParodiC. (2001). El lenguaje de los proyectos. Gerencia social. Diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales. Lima: Universidad del pacifico

Pérez, M.C. (2008) Cuestionario para detectar el alcoholismo y su repercusión social en 2 consultorios del área Agramonte. Trabajo de Investigación para optar por el Título de Especialidad de Primer Grado en MGI.

Rodríguez, O., Baldo, R., Cardoso, S. (2008) Consumo de alcohol. Alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 16 (3): 255 – 9.

Rodríguez, C. (2010). Alcoholismo, familia y Salud. *Periódico Trabajadores*. Julio 2010.

Sandoval, J., (2008). Alcohol, alcoholismo, comunidad y salud. *Rev Cubana Med Gen Integr;* 13 (2).

Sandoval, JE. (2008). Tras las puertas del alcohol. *Periódico Trabajadore*s. Septiembre 2008.p.5

Sandoval, J., Lanigan, ME., Gutiérrez, L. (2011). Conocimientos y actitudes de la población acerca de alcohol y el alcoholismo. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 16(1): 13 – 7.

Taboada, O., Alberdí, J. (2008). *Alcoholismo. Guías Clínicas*.

Young, A. (2008). *Estrategia de intervención educativa terapéutica al paciente alcohólico en los consultorios médicos de la familia*.

Zaldívar, DF. Un problema de todos. *Periódico Trabajadores*. Marzo 2008.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ADULTOS MAYORES SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

EDUCATIVE ACTING IN ELDERLY ABOUT THE ARTERIAL HYPERTENSION

Dianelis Tamayo Diaz ddb74@nauta.cu
Reynaldo Morales Pozo vdd.maj@ltu.sld.cu
Yaima Rodrigues Perez vdd.maj@ltu.sld.cu

RESUMEN

El artículo describe los resultados de una investigación de intervención educativa que evalúa la eficacia de un programa educativo sobre el nivel de conocimientos de la Hipertensión Arterial, en pacientes del Consultorio Médico de Robotham, municipio Majibacoa, Las Tunas durante el período de noviembre del 2018 a mayo 2019, sin antecedentes en la investigación científica. El análisis de la situación de salud que arrojó que existen 149 adultos mayores y que de estos 82 padecen de hipertensión arterial para un 57.7 % del total de adultos mayores, representando una prevalencia de 31 %, la cual se encuentra por encima de la media nacional, que es de 28 a 30 %. Se utilizaron métodos científicos, teóricos, empíricos y estadísticos. Se comprobó que es posible accionar con este grupo poblacional, a través de acciones de prevención y promoción de salud para modificar estilos de vida, así como el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones para mejorar de la calidad de vida y prolongar los años productivos y así garantizar su participación en el proceso de desarrollo integral de la población.

PALABRAS CLAVES: intervención educativa, hipertensión arterial, estilos de vida.

ABSTRACT

The article describes the results of an investigation of educational intervention that it evaluates the effectiveness of an educational program on the level of knowledge of the Arterial Hypertension, in patient of the Medical Clinic of Robotham, municipality Majibacoa, county The Tunas during the period of November of the 2018 to May 2019. Scientific, theoretical, empiric and statistical methods were used. The data were processed and represented through squares of distribution of frequency and starting from them he was carried out the analysis and discussion of the results. In carried out studies he/she has been proven that it is possible to work with this populational group, through actions of prevention and promotion of health to modify lifestyles, as well as the control of the chronic illnesses not transferable and their complications to improve of the quality of life and to prolong the productive years and this way to guarantee their participation in the process of the population's integral development.

KEY WORDS: educational intervention, arterial hypertension, lifestyles.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no trasmisibles constituyen el principal obstáculo en la prolongación de la vida. Una de ellas, la hipertensión arterial (HTA), está considerada la más frecuente en la comunidad, por lo que se le concibe como un padecimiento casi generalizado. En los últimos años se ha estado produciendo un incremento

considerable en el número total y en la proporción de personas que arriban a los 60 años de edad. Las causas principales de este fenómeno son la reducción de la fecundidad y la prolongación de la vida humana.

> (…) El envejecimiento es un término de carácter general que puede definirse en relación con fenómenos fisiológicos, de conducta, sociológicos o cronológicos. En sentido estrictamente médico designa el declive de la capacidad y las funciones fisiológicas, que influyen en los factores sociológicos y de conducta y es modificado a su vez por ellos (MINSAP, 2010)

Según las proyecciones, para el 2020, por primera vez habrá más adultos mayores que niños en Cuba. Predicción que posiblemente se adelante, como lo hizo la del decrecimiento poblacional. Para el 2025, Cuba con un cuarto de su población con 60 años y más, será el país más envejecido de América Latina y a penas veinticinco años después, en el 2050, ya no sólo será el más envejecido de América Latina, sino uno de los más envejecidos del mundo y su proporción de población con 60 años y más, superará la media de los países considerados como desarrollados en el mundo, así lo fundamentan Tuder, Lee, Cool, Ochoa y Novel (2015).

La presión arterial aumenta, claramente, con la edad y la prevalencia es igual en hombres que en mujeres. Además, su estudio indica que la población negra presenta mayor riesgo que el resto de grupos étnicos, debuta con frecuencia en edades tempranas, de más severidad y mayor susceptibilidad a la lesión en los “órganos dianas”, que además se establece precozmente. Asimismo, en la población general, la hipertensión arterial está presente en el 2,4 % de los individuos de 30 a 60 años, en el 12,6% de los de 70 y en el 23,6% en los de 80 años. Se estima que en el mundo existen 691 millones de personas que padecen de hipertensión arterial, y de 15 millones de muertes de causas circulatorias aproximadamente 7,2 millones son de enfermedades coronarias y casi 4,6 millones por enfermedades cerebrovasculares, en los cuales el factor común ha sido dicha entidad según Gorden (2013).

El control de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones para mejorar de la calidad de vida y prolongar los años productivos y así garantizar su participación en el proceso de desarrollo integral de la población. (Bustos, Mesa, López y Gutiérrez, 2011).

Diversos investigadores declaran que la hipertensión arterial es el mayor factor de riesgo en la enfermedad coronaria, vascular cerebral y vásculo-renal. En la cohorte de Framingham, se reporta que el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria aumenta progresivamente a medida que se incrementa las cifras de presión arterial sistólica y diastólica, tanto en el hombre adulto como en el anciano. Este patrón se observa no sólo en los países desarrollados, sino también en los encaminados hacia el desarrollo. Es por esto que la hipertensión arterial es considerada actualmente como uno de los problemas más importantes de salud pública a nivel mundial. (Alacena y otros, 2013).

El envejecimiento poblacional, la dieta, la obesidad se encuentra entre los factores culpables de la incidencia de hipertensión arterial en el mundo. Autores como Domínguez recuerdan que el estilo de vida es fundamental para prevenir esta enfermedad, y recomiendan la práctica de ejercicios, la dieta sana y el control del peso. (Martínez y Martínez, 2014).

Un trabajo publicado en Estados Unidos sobre hipertensión arterial, señala que:

> (…) su prevalencia se sitúa en estos momentos en una cifra más elevada en su población y que la tasa ha aumentado en un tercio durante la última década y estiman que al menos 65 millones de estadounidenses presentan hipertensión. Es decir, casi una tercera parte de los adultos del país es hipertensa (Rodríguez, Gualla, Banegas, Rey, 2010, p.14.)

De ahí que la hipertensión arterial sea considerada como el nivel de presión capaz de producir lesión cardiovascular en un paciente determinado. Se considera que este umbral está por encima de 135/85 mmHg (milímetros de mercurio). Por otra parte es obligatorio hacer una valoración global de riesgo para cada persona, enferma o no, para calcular las cifras de presión que deberían considerarse «seguras» para ella. (MINSAP, 2013).

En síntesis, para cada paciente existiría una cifra umbral para diagnosticar «hipertensión». Dicho nivel estará dado por la evidencia científica disponible con relación a su perfil individual, en especial evidencia proveniente de estudios, observacionales, epidemiológicos o de experimentos clínicos controlados. El envejecimiento poblacional, la dieta, la obesidad se encuentra entre los factores culpables de la incidencia de hipertensión arterial en el mundo.

Algunos autores insisten en preservar un estilo de vida saludable, lo cual es fundamental para prevenir esta enfermedad, y recomiendan la práctica de ejercicios, la dieta sana y el control del peso. Por todo ello realizamos esta investigación con la finalidad de mostrar los resultados de una intervención educativa que evalúa la eficacia de un programa educativo en adultos mayores sobre el nivel de conocimientos de la Hipertensión Arterial.

La Hipertensión Arterial como problema de salud

La clasificación de la HTA para adultos de 18 años se basa en las cifras o valores de presión arterial, tiene el propósito de identificar individuo con riesgos de padecer hipertensión arterial (pre hipertensión), así como facilitar una guía práctica para el tratamiento de los ya enfermos o hipertensos.

Cuando las cifras de presión arterial sistólica o diastólica caen en diferentes categorías la más elevada de las presiones es la que se toma para asignar la categoría de clasificación. Según el tipo de hipertensión, se clasifican en sistólica, diastólica y sistodiastólica. (Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. MINSAP, 2013).

Según su etiología, la HTA se clasifica en primaria y secundaria. El 95 % de los hipertensos corresponden a la variedad primaria, idiopática o esencial. El 5 % obedece a hipertensiones secundarias. Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial, estos han sido clasificados de acuerdo a su posibilidad de intervención, en factores de riesgo modificables y no modificables para facilitar su identificación e intervención.

Los factores de riesgo no modificables son inherentes al individuo (sexo, raza, edad, herencia), y los factores de riesgo modificables pueden ser evitados, disminuidos o eliminados. Factores de riesgos no modificables: la edad, las personas mayores de 65

años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica. El sexo: la hipertensión es más frecuente en mujeres menopáusicas. El origen étnico, la hipertensión arterial se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra. La herencia: la presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta 2ª grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la presencia de enfermedad cardiovascular. (Suárez, 2015).

Factores de riesgos

Existen factores de riesgos modificables:

El tabaquismo: los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer hipertensión, el alcohol, el consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg, y la PAD en 0.5 mmHg.

El sedentarismo: la vida sedentaria aumenta de la masa muscular (sobrepeso), aumenta el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.

Nutricional: el elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder eterogénico que incrementa los niveles de colesterol.

Psicológico: el estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión.Factores biológicos.

La obesidad: el exceso de peso, está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer hipertensión arterial, al igual que un IMC > de 27. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mmHg y la PAD de 1-3 mmHg.

El estudio de Framingham demostró que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e hipertensión. La diabetes mellitus aumenta de dos a tres veces el riesgo de Hipertensión. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad. (Florat, García, Hernández y García, 2015).

Intervención Educativa

Etapa de diagnóstico.

En la primera etapa de nuestra investigación una vez obtenido el consentimiento de los adultos mayores implicados en la intervención, y dando salida al objetivo 1 y 2, se realizó un listado con los nombres, apellidos y direcciones de todos los pacientes y durante una visita al hogar se les explicaron las características del estudio. A los que deseaban participar se procedió a la aplicación de un cuestionario diseñado por los autores a través de la cual se obtuvieron los datos generales de cada paciente y permitió identificar las necesidades de aprendizaje.

Una vez aplicado el cuestionario se procedió a la evaluación de las respuestas para determinar el nivel de conocimiento de los pacientes de la siguiente forma:

2 – 3 errores Evaluación de Bien

4 – 5 errores Evaluación de Regular

6 o más errores Evaluación de Mal

Además se tomaron en cuenta y evaluaron algunos factores como sexo, edad, raza, nivel de escolaridad, dieta, actividad física y tratamiento para posterior análisis de su comportamiento.

Etapa de intervención educativa.

En la segunda etapa y sobre los resultados obtenidos se procedió a trazar la intervención educativa a partir de un programa elaborado a tal efecto, con el objetivo de incrementar el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial en los adultos mayores.

Para facilitar la aplicación del programa educativo se dividió el grupo en dos subgrupos de 19 personas. Se cumplieron las leyes de trabajo de grupo. Se utilizaron las siguientes técnicas educativas: lluvia de ideas, charla educativa y discusión grupal.

Teniendo en cuenta que cuando informamos, simplemente transmitimos conocimientos, pero cuando educamos, vamos mucho más allá pues implicamos en ello los tres niveles de aprendizaje necesarios para la interiorización de los mensajes: el cognitivo (conocimiento), el afectivo y el comunicativo.

Etapa de evaluación:

Al finalizar el proceso de capacitación de cada grupo, y dando cumplimiento a la tercera etapa del trabajo, se procedió a la evaluación de los conocimientos obtenidos por los sujetos de la investigación. A los 3 meses de realizada la intervención se aplicó nuevamente el cuestionario inicial; esta vez sin incluir los datos generales, para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención.

El nivel de conocimiento fue evaluado por el cuestionario. Los pacientes debían marcar con una X solamente la opción que consideraban correcta en cada pregunta. El resultado de la encuesta fue evaluado de igual forma que la anterior.

Además se mantuvo el chequeo de la presión arterial de estos pacientes mediante consultas y terrenos 1 o 2 veces al mes, para valorar la eficacia de la aplicación de la intervención educativa, teniendo en cuenta el comportamiento de las variables: dieta, actividad física, tratamiento y control de la hipertensión arterial, teniendo en cuenta los criterios para considerar un paciente hipertenso controlado que se recogen en el Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión.

Con alguna similitud también aparecen los estudios realizados por autores cubanos como Álvarez;Farreras a su vez plantea que la frecuencia aumenta progresivamente con la edad y llega a alcanzar cifras superiores al 50% entre los individuos de más de 65 años.(Álvarez, Pozo, Valle, Peinado, 2015)

Referente al sexo predominó a su vez el masculino con 23 pacientes que representa un 60.5%. No existe contradicción con los estudios realizados por Álvarez y Sellen quienes plantean que la mayoría de los hipertensos son hombres. Estudios realizados por autores cubanos como Martínez y Fernández, en su trabajo *Anciano y Salud* obtuvieron resultados similares al nuestro, pues el mayor número de pacientes fue entre los 60 a 70 años y a predominio del sexo masculino.

En la literatura se recoge que todos los pacientes deben ser debidamente estimulados y convencidos de la importancia de la terapéutica no farmacológica porque es la principal medida a emprender en todo caso y en la mayoría es la terapia más apropiada. Un estudio realizado por autores cubanos Santana, García y González, con la colaboración del peruano Taboada acerca de los efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteraciones en la medicación, plantean que el tratamiento higiénico dietético es el tratamiento más recomendado en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión y la Diabetes Mellitus, que con el cumplimiento del mismo se reducen los tratamientos farmacológicos y con este todos los inconvenientes de él, como son la toma del medicamento varias veces al día y el costo elevado de los mismos. (Bravo, Delgado, Díaz, 2014).

CONCLUSIONES

Prevalecieron los adultos mayores hipertensos incluidos en el estudio entre 60-69 años de edad. Predominó el sexo masculino, la raza negra y el nivel escolar primario. El nivel de información sobre hipertensión arterial antes de la intervención educativa era regular y posterior a esta de bien. Se modificaron los conocimientos sobre las variables en cuanto a: consumo de dietas saludables, la actividad física sistemática y un tratamiento combinado efectivo, así como un mejor estilo de vida. El nivel de conocimiento alcanzado sobre la hipertensión arterial, posterior a la intervención fue de bien. La intervención educativa aplicada demostró ser eficaz en lo que se refiere al incremento del nivel de conocimientos y al control de la tensión arterial del adulto mayor hipertenso.

REFERENCIAS

Alacena, M., Juan, J. (2013). Fisiopatología Hipertensión Arterial Sistemática servicio de cardiología, (21):1-24. htpp://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple1/suple2.html.

Álvarez, L., Pozo, E., Valle, M., Peinado, M (2015). Control del paciente hipertenso. Área de salud “Pedro Borras”. *Rev Cubana Med* 12 (5): 129-32.

Bravo, F., Delgado, M., Díaz, LM. (2013). Caracterización funcional de los ancianos de la comunidad rural Lagunillas. Enero-marzo. *Medisur* 3(1). Recuperado de: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/81

Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial (2013). *Revista Cubana Medicina* 38(4):219-46. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol38-4-99/medsu499.htm

Cuba. Ministerio de Salud Pública (2010). Comisión Nacional del Programa de HTA. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Ciencias Médicas.

García, F., García, Fernández, R., Hernández, D., García, D. (2015) Crisis Hipertensiva. *Rev Cub Cardiol Cir Cardiovasc* 14(2): 81- 93. Recuperado de: http://www.sld.cu/sitios/revcardiologia/

Gorden, HW. (2013). Vasculopatía hipertensiva. En: Harrison, Principios de la medicina interna, 14 a. *Ed. Mc Graw Hill.* I(246) 1574-78.

Guía para la Prevención, Diagnóstico, y Tratamiento .Hipertensión Arterial. La Habana: Ciencias Médicas.

Martínez, C., Martínez, C. (2014). La hipertensión geriátrica, una prioridad en la atención primaria de salud. *Revista Cubana Medicina General Integral*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000300004&lng=es&nrm=iso

Rodríguez, F., Gualla, P., Banegas, JR., Rey, J. (2010). Variación geográfica en las hospitalizaciones y en la mortalidad por insuficiencia cardíaca congestiva en España. *Revista Especial de Cardiología*; 53:776-82.

Saldaña, Rl., Mesa, A., Bustos, A., Bustos, R., López, G., Gutiérrez, H. (2010). Hipertensión arterial en el paciente anciano del occidente de México. *Rev. Cubana Medicina General Integral*; 20(5-6).Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

Suárez, F. (2015). Patología de la 37. Hipertensión arterial en pacientes ancianos. *Revista Cubana* (3):169-73.

Tuder, RM., Lee, SD., Cool, CC., Ochoa, R., Novel, M. (2015). La búsqueda en una longevidad satisfactoria desde la perspectiva de enfermería. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*; 7(4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci

TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS CON ALBAHACA MORADA

TREATMENT OF DIABETES MELLITUS WITH PURPLE BASIL

Dianelis Andraín Cuenca dianelis.ac@nauta.com.cu

Onay Rosello Pereira

Izandra Hidalgo Pineda

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención sobre pacientes diabéticos para precisar eficacia del tratamiento con albahaca morada con la aplicación de medicina natural según el Manual para la Práctica de la Medicina Natural y Tradicional, con los objetivos de distribuir la muestra según variables sociales de edad y sexo, identificar las complicaciones más frecuentes en los pacientes y las diferentes modalidades de tratamiento, precisando el comportamiento glucémico antes de iniciar el tratamiento y en su seguimiento e identificar las reacciones adversas presentadas. La utilización de albahaca morada en una muestra de diabéticos con predominio del sexo masculino y edad entre 40 y 49 años predominantemente, con complicaciones como retinopatía y neuropatías diabética, donde las modalidades de tratamiento predominante eran normo-hipoglicemiantes orales y los comportamiento glucémico antes de la intervención eran no deseado, logrando después de la intervención con el fármaco durante 10 meses la categoría deseado sin reportan reacciones adversas.

PALABRAS CLAVES: Albahaca morada/diabetes mellitus, Albahaca morada/comportamiento glucémico

ABSTRACT

An intervention study was carried out on diabetic patients to determine the efficacy of purple basil treatment with the application of natural medicine according to the Manual for the Practice of Natural and Traditional Medicine, with the objectives of distributing the sample according to social variables of age and sex , identify the most frequent complications in the patients and the different treatment modalities, specifying the glycemic behavior before starting the treatment and in its follow-up and identify the adverse reactions presented. Concluding that the use of purple basil in a sample of diabetics predominantly male and aged between 40 and 49 years predominantly, with complications such as retinopathy and diabetic neuropathies, where the predominant treatment modalities were normo-hypoglycemic agents and glycemic behavior before of the intervention were unwanted, achieving after the intervention with the drug for 10 months the desired category without reporting adverse reactions.

KEY WORDS: basil purple, diabetes mellitus, basil purple, comportamiento glucémico

INTRODUCCIÓN

El hombre por su esencia social se diferencia radicalmente de otros seres vivos. Esto obliga a enfocar la salud de las personas no sólo desde posiciones biológicas, sino considerando las características sociales.

> (…) Ninguno de estos dos elementos (biológicos y sociales) actúa sobre el hombre y su salud por separado. Todas las leyes biológicas y sociales en conjunto, condicionan los factores que determinan los estados de salud de la población, constitutivo de una unidad dialéctica donde puede predominar un tipo u otro de ley en diferentes momentos. (OPS, OMS; 1992, p.16)

En el marco del 6to congreso del Partido Comunista de Cuba, en su capítulo VI (política social), referido a la salud en su artículo 158 somos llamados a: "prestar la máxima atención al desarrollo de la medicina natural y tradicional". (Lineamiento-159, 2011, p.24).

La investigación en plantas, así como la utilización de los recursos del medio ambiente, bajo condiciones de racionalidad: mínimo costo y alto grado de satisfacción social, se han convertido, actualmente, en una premisa fundamental que debe ser considerada como lineamiento para orientar el desarrollo para la incorporación, sistemática, de los conocimientos científicos y tecnológicos a las actividades económicas, sociales y culturales, pues a pesar de la gran utilización de las plantas medicinales por la población, cada vez en aumento, pocas de ellas han sido estudiadas siguiendo métodos científicos válidos y atendiendo a las normas éticas establecidas internacionalmente, ya que si bien el uso popular es un indicador importante, no es garantía de la actividad terapéutica.(Castañeda, 2008).

Así mismo, es necesario comprobar el potencial de toxicidad de una planta para su posible aceptación como medicamento, además de garantizar su efecto específico, evaluando la relación riesgo/beneficio, en la especie humana, siguiéndolas normas éticas. La experimentación animal debe preceder a la evaluación de la planta medicinal en la especie humana, aunque éste sea el objetivo final de la validación.

En cuanto a la especie humana, es preciso considerar la susceptibilidad individual a los fármacos, la reacción a los placebos y a la capacidad de autosugestión, para que puedan ser debidamente evaluados los efectos de una planta medicinal, utilizada como medicamento. Asociando estas variables a las enfermedades, de intensidades diferentes, o de causas diferentes, es fácil imaginar que el tratamiento humano con una planta, sin control de calidad y sin la determinación de su actividad farmacológica, puede llevar a cualquier resultado ineficaz o hasta tóxico.

En la Atención Primaria de Salud en los países en desarrollo hasta un 80%de la población se basa en la Medicina Tradicional, ya sea por tradiciones culturales o porque no existen otras opciones, en los países ricos muchas personas recurren a diversos tipos de remedios naturales porque consideran que *natural* es sinónimo de inocuo. (Álvarez, 2014).

La medicina verde o plantas medicinales, fitoterapia, como suelen llamarse, son tan antiguas como la humanidad y se han trasmitido de generación a generación. Las plantas han sido usadas para tratar todo tipo de enfermedades. La aparición de las drogas sintéticas determinó su declinación a mediados de este siglo, sin embargo, en los últimos tiempos hay una motivación hacia los valores y la poca nocividad de las plantas medicinales, no sólo en Cuba, sino a nivel mundial. (Pargas, 2005)

La MNT se ha ido incorporando dentro de la medicina cubana durante las últimas décadas,permite al profesional de la salud ampliar el horizonte científico de forma integradora, constituye una especialidad más, brinda un enfoque médico que permite dar orientaciones preventivas de las enfermedades, ofrece herramientas terapéuticas y derehabilitación para muchos problemas de salud y tratamientos fáciles de aplicar, los que se pueden emplear también en situaciones de contingencia.

> (…) La Medicina Tradicional y Natural en Cuba es una disciplina de perfil amplio integrada al Sistema Nacional de Salud que ha incorporado convenientemente un grupo de modalidades terapéutica: fitoterapia, apiterapia, medicina tradicional asiática, ozonoterapia, homeopatía, terapia floral, hidrología médica, helio talasoterapia y orientación nutricional naturista, legalizadas mediante la Resolución 261 del año 2009; estas tienen como objetivo realizar acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación con el propósito de contribuir a mejorar el estado de salud de la población. (Álvarez, 2014, p.15).

La medicina tradicional herbolaria, medicina verde o fitoterapia es una rama de la medicina tradicional que utiliza las plantas o sus partes (ya sea su forma natural o preparada de diversas maneras) con la intención de curar o aliviar diferentes síntomas y enfermedades.

Fitoterapia, significa etimológicamente “terapéutica con plantas” y se define como “la ciencia que estudia la utilización de los productos de origen vegetal con finalidad terapéutica, ya sea para prevenir, para atenuar o para curar un estado patológico”. (Concepción, Ortega y Martínez y Álvarez, 2013, p.16)

La Diabetes Mellitus (DM) constituye en la actualidad un grave problema en la salud pública mundial con un elevado índice de morbimortalidad, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, en 1994 había cien millones de diabéticos en el mundo, y en el 2000, ciento sesenta y cinco millones, se calcula que para el año 2025 habrá trescientos millones. Con tales datos se justifica por tanto calificarla de pandemia mundial.

Los tratamientos a base de fármacos para combatir la diabetes por lo general conllevan consecuencias secundarias, por tal razón es aconsejable, en aquellos casos en los que esta posibilidad sea oportuna, tomar ventaja de plantas medicinales para la diabetes. Las hierbas medicinales son siempre más seguras para una variedad enorme de aflicciones. Pese a que la diabetes está catalogada como una dolencia crónica, es posible recuperar la salud valiéndose de dichas plantas. (Russo, 2018).

Las plantas medicinales con actividad antidiabética, pueden constituir una fuente importante de nuevos compuestos orales hipoglicemiantes, ya sea como compuestos de primera línea, en el tratamiento de la diabetes, o como coadyuvantes de las terapias existentes. Para ello es muy importante validar científicamente la efectividad y la seguridad (relativa inocuidad) de estas plantas para garantizar su uso, a bajo costo, por la población de pacientes diabéticos; lo que justifica, ampliamente, la realización de estudios de este tipo.

Las terapias a base de plantas medicinales que han demostrado en dichos estudios tener propiedades anti-diabéticas incluyen: la bauhiniaforficata, coccinia indica, el ajo,

las hojas de higo, el ginseng, la momordicacharantia, albahaca morada, el nopal y el cardo mariano.

La Albahaca Morada es una planta medicinal para la diabetes empleada en prácticas holísticas tradicionales, los expertos predicen que la hierba podría mejorar el funcionamiento de las células beta, y facilitar el proceso de secreción de insulina.

Investigaciones modernas proponen que la albahaca morada contiene antioxidantes poderosos y que puede brindar protección al hígado. También, los estudios clínicos preliminares están investigando los efectos de la albahaca en las úlceras y niveles del azúcar en la sangre de los enfermos con diabetes tipo 2.

En Cuba hay una larga tradición del uso de las plantas con esta actividad; entre las más utilizadas se encuentra la albahaca morada (Ocimunsanctun L.), la cual la población diabética le atribuye con mucha frecuencia una mejoría subjetiva a su afección.

En nuestra provincia la característica epidemiológica es muy parecida al resto del país donde la mortalidad y la morbilidad por diabetes o sus complicaciones tienen una alta incidencia y prevalencia.

En el Consultorio Médico de Familia # 25 tenemos una cifra de 34 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus y existe una alta morbilidad por descompensación de esta, así como de sus complicaciones, por lo que nos motivamos para aplicar la albahaca morada para control de los pacientes por los efectos revisados en bibliografías.

Teniendo en cuenta los elementos enunciados anteriormente, donde se pone de manifiesto el estado de invalides bio-psico-social que le proporciona al paciente la enfermedad, nos proponemos realizar esta investigación con el propósito de precisar la eficacia del tratamiento con albahaca morada en pacientes diabéticos, y de este modo realizar un adecuado manejo a través de intervenciones individuales y comunitarias.

De esta manera sería menor el número de pacientes que acudiría a nuestras consultas en la fase avanzada de la enfermedad, minimizando así las repercusiones que ello trae consigo; lograríamos por tanto disminuir modestamente el gasto económico que implica para la familia las frecuentes descompensaciones de la enfermedad. Por sobre todas las cosas aliviaríamos el sufrimiento de estos pacientes proporcionándoles una vida más plena.

¿Qué es la Diabetes?

> (…) La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad de etiología múltiple caracterizada por hiperglicemia crónica con trastornos del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas a causa de la deficiencia en la secreción de insulina por la destrucción de las células beta de los islotes del páncreas y la consecuente ausencia de la hormona o de su acción (por el aumento de la resistencia periférica a la insulina debido a una variedad de causas, no todas conocidas) o de ambas. (Roca, 2002, p.211).

¿Cómo se diagnostica?

Se considera que una persona tiene DM, cuando uno de los siguientes criterios bioquímicos está presente: Glucemia en ayunas igual o mayor a 7 mmol/l (126mg/dl), Glucemia posprandial igual o mayor a 11,1mmol/l (200mg/dl), cuando la realización de

una PTG-O, la glucemia en ayunas es igual o mayor a 7mmol/l (126md/dl) y/o a las dos horas es igual o mayor a 11,1 mmol/l (200mg/dl). Para el diagnóstico de la enfermedad en una persona con síntomas clásicos de DM se requiere solo uno de los criterios bioquímicos anteriores, en caso de estar asintomático es esencial tener un resultado adicional de glucemia igual o mayor a las anteriormente expuestos.

Clasificación.

Diabetes tipo 1; Diabetes tipo 2; Otros tipos de diabetes y Diabetes Mellitus Gestacional. (15)

Factores de riesgo:

Sedentarismo, familiar de primer grado, grupo étnico de alto riesgo (amerindios, hispanos, afroamericanos, asiáticos-americanos, isleños del pacífico), madre con macro feto o diabetes gestacional, hipertensión arterial, Tolerancia a la Glucosa Alterada o la Glucemia en Ayunas Alterada previa (en estos casos la búsqueda debe ser anual), historia de enfermedad cardiovascular, criterio clínico de insulina resistencia (acantosis nigricans, síndrome de ovario poli quístico, síndrome metabólico), y bajo peso al nacer.

Síntomas y signos:

Poliuria, polidipsia, polifagia, astenia, pérdida de peso, visión borrosa e infecciones superficiales como vaginitis y micosis y relacionados con las complicaciones crónicas (parestesias, calambres, hipoparestecia, ausencia de pulsos periféricos y grado variable de retinopatía diabética.

Complicaciones:

Deshidratación, la hiperosmolaridad, la cetoacidosis, el coma y la muerte, si el déficit de insulina es lo predominante o hacia complicaciones crónicas con aceleración de la ateroesclerosis, (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro vascular, y enfermedad vascular periférica), aparición de microangiopatia (enfermedad renal diabética, retinopatía diabética) y la neuropatía en los casos que evolucionan durante largo tiempo, donde el déficit relativo de la acción de la insulina y su resistencia es progresivo.

El tratamiento en la DM debe individualizarse, por existir múltiples factores capaces de modificarlo, tales como: sexo, peso corporal, nivel intelectual, tipo de actividad física o laboral, hábito de vida, presencia de complicaciones o enfermedades intercurrentes y, por supuesto, el tipo de diabetes.

Dado que la Diabetes Mellitus es una enfermedad de gran impacto social y sanitario por su elevada prevalencia, crecimiento constante, complicaciones crónicas y alta mortalidad se hace necesario establecer planes para la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta y sus complicaciones; se debe establecer además un programa de educación terapéutica de forma tal que las personas con esta enfermedad crónica participe activamente en su tratamiento, aprendan a convivir con las posibles limitaciones y se motiven para afrontarla día a día.

Análisis y discusión de los resultados

Distribución de la muestra de estudio según edad y sexo en pacientes diabéticos tratados con albahaca morada.

Grupos edades.	*M*	*%*	*F*	*%*	*Total*	*%*
20-29	-	-	-	-	-	-
30-39	*1*	*11,1*	*0*	*0*	*1*	*6,6*
40-49	*4*	*44,4*	*3*	*50*	*7*	*46,6*
50-59	*2*	*22,3*	*1*	*16,6*	*3*	*20*
60-69	*1*	*11,1*	*1*	*16,6*	*2*	*13,4*
70y más.	*1*	*11,1*	*1*	*16,6*	*2*	*13,4*
Total	*9*	*60*	*6*	*40*	*15*	*100*

Fuente: Historia Clínica Individual.

Se distribuyó la muestra según edad y sexo, resultó ser el sexo masculino el que predominó con el 60%, en cuanto a grupo de edad fue el de 40-49 años el más frecuente con el 46,6%. En ambos sexos predomina este mismo grupo de edad.

Complicaciones más frecuentes encontradas en los pacientes estudiados.

Complicaciones	*Número.*	*Porciento*
Cardiopatía isquémica.	*0*	*0*
Enfermedad cerebro vascular.	*0*	*0*
Enfermedad vascular periférica.	*0*	*0*
Enfermedad renal diabética.	*0*	*0*
Retinopatía diabética	*2*	*13,4*
Neuropatías.	*3*	*20*

Fuente: Historia Clínica Individual. *N= 15*

Las complicaciones más frecuentes diagnosticadas en los pacientes estudiados donde solo retinopatías y neuropatías fueron detectadas, afectando 5 pacientes de ellos 2 por retinopatías que representan el 13,4% y 3 con neuropatías el 20%.

Comportamiento del control glucémico antes del tratamiento con Albahaca Morada.

Metas de control glucémico.	*Número.*	*Porciento*
Deseada	*2*	*13,4*
Aceptable	*5*	*33,3*
Nodeseada	*8*	*53,3*

Fuentes: Historia Clínica Individual. N= 15

Nos muestra el comportamiento del control glucémico en los pacientes antes de iniciar el tratamiento con Albahaca Morada, resultaron ser las no deseadas las que predominaron con el 53,3%seguido de las aceptables.

La dieta habitual no favorece los controles glucémicos adecuado a lo que se le adiciona la baja percepción de riesgo de muchos pacientes, el estrés y el sedentarismo. Con esta atenuante en un gran porciento el control glucémico es elevado según los criterios de evaluación.

Comportamiento del control glucémico con el tratamiento de Albahaca Morada.

Control glucémico.	*Número.*	*Porciento*
Deseado.	*9*	*60*
Aceptable.	*4*	*26,6*
No deseado.	*2*	*13,4*

Fuente: Historia Clínica Individual. *N= 15*

Podremos evaluar la respuesta del tratamiento con Albahaca Morada, por control glucémico, obteniendo el 60% en la variable de deseado, seguido de aceptable.

Después de aplicado el tratamiento los valores de glucemia mejoran significativamente con relación a los de inicio de tratamiento con Albahaca Morada.

CONCLUSIONES

La utilización de albahaca morada en una muestra de diabéticos con predominio del sexo masculino y edad entre 40 y 49 años, complicaciones como retinopatía y neuropatías diabética, donde las modalidades de tratamiento predominante eran normo-hipoglicemiantes orales y los comportamientos glucémicos antes de la intervención eran no deseado, se logra después de la intervención con el fármaco durante 10 meses de tratamiento la categoría deseado y no se reportan reacciones adversas.

REFERENCIAS

Álvarez, T. (2014). Manual para la práctica de la Medicina Natural y Tradicional. La Habana: Ciencias Médicas.

Álvarez, R. (2014). Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 3 ed. Cap. 50, pág. 391.

Carpio, L., Momplet, V., Plasencia, M., San Gabino, Y., Canto, M., Pérez, O. (2016). Estrategia metodológica para incrementarlas investigaciones sobre Medicina Natural y Tradicional en Villa Clara. *EDUMECENTRO*; 8(sup.1): ISSN 2077-2874 RNPS 2234.

Castañeda, B. (2008). Estudio fitoquímico y farmacológico de 4 plantas con efecto hipoglicemiante. *Horizonte Médica*. 8(1):6-34. Recuperado de: http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/193/206

Concepción, M., Ortega, T., Martínez, JR. (2013). Mito sobre las plantas medicinales y el sobrepeso. Madrid: Centro de Investigación sobre fitoterapia.

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Docencia Médica Superior (1986). Sanidad y Salud. La Habana: Pueblo y Educación. 1(7). 16-8, 217,228-30,33.

Díaz, O. (2013). 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.

Fitoterapia.Tema10.http://www.sld.cu/galerías/doc/sitios/pdGuanabo/fitoterapiatema_10-11

García, R., Suárez, R. (2007). La Educación Terapéutica propuesta de un modelo teórico desde la experiencia del Programa Cubano de Educación en Diabetes. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de Salud. La Administración Estratégica. (1992). Washington, DC: OPS, OMS; 42 (HSD/SILOS-2)

Pargas, F. (2005) Enfermería en la Medicina Tradicional y Natural. La Habana: Ciencias Médicas.

Resolución sobre los lineamientos de la política económica y social del partido y la revolución.VI congreso del Partido Comunista de Cuba (2011). Política Social. Salud.159. Abril.

Roca, R. (2002). Temas de Medicina Interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 3t, 1815 p. (cap. 31, p. 211 -212).

Russo, S. (2018). Revertir la diabetes. Mundo diabetes Copyright 2018 (Mundo diabetes. org). https://mundodiabetes.org/revertir-la-diabetes.pdf.

Sherwin, R. (1996). Diabetes Mellitus – Bennett J, Plum F (editors). En: *Cecil Tratado de Medicina Interna*. 6ta. México ll. México DF: 1449-74.

CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS CON DEMENCIA

QUALITY OF LIFE IN THE ADULTS PATIENTS BIGGER THAN MORE THAN 60 YEARS WITH DEMENTIA

Dunia Garrido González yoennypg@ltu.sld.cu
Marianne Sims Rodríguez joanne71@ltu.sld.cu
Dolys Suárez Padilla yoennypg@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizará un estudio descriptivo, transversal para evaluar la calidad de vida en los pacientes con demencia del Consejo Popular 13, en el área de salud “Romárico Oro Peña” del municipio Puerto Padre desde enero a diciembre de 2019 con la finalidad de determinar los aspectos psicosociales que intervienen en la calidad de vida de los pacientes con demencia, identificar variables socio demográficas, y caracterizar la calidad de vida de los pacientes con demencia desde el punto de vista físico, social y económico. La población y muestra estará constituida por todos adultos mayores de más de 60 años, con diagnóstico de demencia, del Consejo Popular 13, durante el periodo descrito anteriormente. Sé revisarán bibliografías actualizadas sobre el tema. La información se procesará mediante métodos estadísticos. Esperamos que al culminar este estudio, se conozca con precisión los factores psicosociales que intervienen en la calidad de vida de los pacientes con demencia.

PALABRAS CLAVES: demencia, adulto mayor, calidad de vida.

ABSTRACT

It will be carried out a descriptive study, traverse to evaluate the quality of life in the patients with insanity of the 13th Popular Council, in the health´s area "Romárico Oro Peña" of the Puerto Padre´s municipality from January to December of 2019 with the purpose of determining the psycho-socials aspects that intervene in the quality of the patients' life with insanity, to identify demographic variable partner, and to characterize the quality of the patients' life with insanity from the physical, social and economic point of view. The population and sample will be constituted by all adults bigger than more than 60 years, with diagnostic of insanity, of the 13th Popular Council, during the period described previously. I know they will revise up-to-date bibliographies on the topic. The information will be processed by means of statistical methods. We wait that when culminating this study, be known the psycho-socials factors that intervene in the quality of the patients' life with insanity accurately

KEY WORDS: dementia, aged, quality of life.

INTRODUCCIÓN

Según Sánchez (2013) el aumento de la esperanza de vida derivado del desarrollo científico técnico es un fenómeno conocido como “envejecimiento del envejecimiento” que facilita el desarrollo de procesos neurodegenerativos como son las demencias. Los trastornos demenciales tienen una importancia de primer orden, desde las diferentes

perspectivas: epidemiológica, preventiva, clínica, diagnóstica, terapéutica y de investigación.

Cada tres segundos alguien en el mundo desarrolla una demencia, pero en la mayoría de los casos la enfermedad no se diagnostica ni los pacientes reciben apoyo. Unos 50 millones de personas están afectados por la demencia en el mundo, cifra que se estima se triplicará para el año 2050. Para la Asociación Mundial de Alzheimer, si los gobiernos actúan inmediatamente, «tenemos una oportunidad única de cambiar drásticamente la actitud hacia la demencia, pasando del miedo y la inacción a la respuesta, la comprensión, la inclusión y el apoyo» (Serdá, 2014, p.2).

La estimación de población anciana a nivel mundial (mayores de 65 años) para 2020 será de 9,7%y para 2050, 16,5%. La prevalencia de síndrome demencial en nuestro país se estima en 10,2 por cada 100 personas de 65 años y más, constituyendo la enfermedad de Alzheimer, su causa más frecuente. De acuerdo con las tasas de prevalencia reportadas, en Cuba aproximadamente 160 000 personas padecen esta enfermedad y este número se incrementará en 2,3 veces para el 2040, es decir a 300 000 personas con demencia, el 2,7 % de la población cubana, si no se logra alcanzar una cura efectiva para la enfermedad. La geriatría frente al modelo tradicional de atención plantea la llamada Valoración Geriátrica Integral, donde se estudia al anciano en varias dimensiones (física, social, funcional y psicológica), lo cual implica un equipo de trabajo interdisciplinario, según lo planteado por Cardona (2014).

Por ello, la demencia es considerada “un trastorno caracterizado por un deterioro cognitivo adquirido de suficiente gravedad como para afectar al funcionamiento social y/o profesional” (Rodríguez, 2015, p.6)

En este sentido se destaca que la prevalencia mundial de la demencia se calcula en 35,6 millones, con proyecciones futuras que superan los 100 millones en el año 2050. Retrasar un año el inicio de la demencia mediante estrategias de prevención puede reducir la prevalencia total en 9,2 millones en el 2050.

León (2010) reconoce que los cambios neuropatológicos sustrato de la demencia se desarrollan durante años antes de manifestarse la clínica. Por tanto, los estudios epidemiológicos de demencia deben realizarse desde etapas tempranas de la vida a fin de evaluar los factores de riesgo modificables que actúan en las etapas medias de la vida. Identificar estos factores facilitaría aplicar medidas de prevención primaria para reducir la prevalencia de demencia en las décadas siguientes.

A pesar de la gran atención que ha recibido el concepto calidad de vida, todavía no se ha logrado una definición consensuada del mismo dada su naturaleza multidimensional, dinámica y la diversidad de variables por las que se ve influida, según Crespo (2011). Sin embargo, en las definiciones propuestas citadas por diferentes autores se asume la de la Organización Mundial de la Salud por considerarla la más completa.

Sin embargo, Gómez (2012) plantea que entre las definiciones propuestas, la más completa está la que ofrece la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.

En enfermedades crónicas tendentes a la dependencia, como es la demencia, la promoción del bienestar y el mantenimiento de una buena calidad de vida resultan fundamentales. Es de señalar que los ancianos con diagnóstico de demencia no sólo se enfrentan a las pérdidas relacionadas con la enfermedad, sino también a las experiencias que acompañan a la vejez, como son el deterioro, la soledad y el aislamiento social, lo anteriormente expuesto ha sido planteado por Saiz (2011) y Vega (2014). En este sentido se plantea que:

> (…) Dado que no existe un tratamiento eficaz y curativo de la demencia, el cuidado y mantenimiento de la calidad de vida de personas que la padecen constituye uno de los objetivos sanitarios y retos sociales más importantes en la actualidad. Pese a los grandes avances registrados en los últimos años, todavía existen importantes desafíos en el estudio de la calidad de vida en la demencia, tanto en el terreno teórico como el metodológico" (Canciano, 2014, p.25).

León (2015), refiere que el tema de la calidad de vida encierra el propósito central y natural que toda persona persigue, e igualmente ocurre con la sociedad entera donde se proponen objetivos y metas para vivir mejor. Por su parte, Villar (2015) ha planteado que el origen de este concepto se remonta a la época de Aristóteles, ligado a connotaciones filosóficas sobre el bienestar y la satisfacción con la vida.

Desde el punto de vista semántico, la Real Academia Española de la Lengua –RAE- (2001) define calidad de vida como: "el conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida". Urzúa (2011) refiere que:

> (…) el término calidad de vida (CV) se utilizó por primera vez en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Urzúa, 2011, p.6).

Su uso extendido comienza partir de la década del 60 del pasado siglo, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV, recolectan información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda; estos indicadores económicos muchas veces fueron insuficientes, dado que sólo eran capaces de explicar un 15 % de la varianza en la CV individual, según plantea Urzúa (2011).

Frente a estos resultados, Urzúa (2011), plantea que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la CV de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50 % de la varianza.

Esta vinculación entre variables de diferentes ámbitos investigativos trajo como resultado que el término CV posea numerosas definiciones, las cuales ponderan uno u otro aspecto, según la línea seguida por su autor. A continuación, se presentan las que Urzúa (2011), considera como las más reconocidas por la literatura:

Shaw A (1977), define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: QL=NE x (H+S), en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.

Hornquist (1982), la define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.

Ferrans (1990), da la calidad de vida general como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.

Bigelow (1991), plantea que se trata de una ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.

Lawton (2001), propone la evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

Según Soto (2004), una de las definiciones más completas es la que ofrece la OMS:

> (…) la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y del sistema valórico en el que vive y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses. Diferentes aspectos de experiencias personales que dan a la vida su carácter humano y proporcionan la satisfacción que hace de la vida humana algo valioso. Una vez identificados y articulados, los aspectos diferentes de la experiencia subjetiva se transforman en indicadores de medición que señalan si los beneficios de las intervenciones médicas compensan las cargas. La calidad de vida incluye experiencias como placer, dolor, funcionamiento físico, autoconciencia, autonomía, relaciones, independencia financiera, etc. Calidad de vida personal, referida a la capacidad de poseerse a sí mismo y relacionarse libremente con seres humanos. Es una sensación subjetiva compleja y multidimensional pues admite muchas facetas, es relativa y dinámica, pues puede cambiar con las circunstancias de vida.(OMS, 2004).

Al tener en cuenta la transición demográfica hacia poblaciones envejecidas, el marcado envejecimiento a que se enfrenta el país y el hecho de que en el municipio de Puerto Padre se ha notificado un incremento en la incidencia de la demencia senil, se realizará este estudio con el objetivo de caracterizar la calidad de vida en los adultos mayores con demencia.

Tipo y diseño de estudio:

Se realizará un estudio descriptivo, transversal para caracterizar la calidad de vida en los pacientes con demencia del Consejo Popular 13, del área de salud, “Romárico Oro Peña”, del municipio Puerto Padre desde enero a diciembre de 2019.

Muestra, unidad de análisis y observación:

La población y muestra estará constituida por todos los pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de demencia según registro Historia de Salud Familiar (HSF) durante enero-diciembre 2019.

Criterios de inclusión:

- Mayores de 60 años.
- Demencia diagnosticada.
- Ambos sexos.
- Firmar y dar el visto bueno al consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Sujetos que no deseen participar en el estudio —criterio restrictivo—.

- Nivel cognitivo que impida responder a los cuestionarios—demencia moderada o grave —.

Operacionalización de las variables

Se identificarán variables socio demográficas como:

Edad. Variable cuantitativa discreta.

Se medirá para cada grupo en porciento y agrupadas con una amplitud de 5 años resultando ser:

60-64,65-69,70-74,75.79, 80-84,85 y más.

Para el sexo: (variable cualitativa nominal dicotómica): según biología en Masculino y Femenino.

Color de la piel: (variable cualitativa nominal politómica): según color de la piel en blanca, negra y mestiza según aparezcan en las HSF.

Estado civil: (variable cualitativa nominal politómica): se identificara casado (a), divorciado (a), viudo (a), soltero (a).

Número de hijos: (variable cualitativa ordinal): sin hijos, con un hijo, de 2 a 3, de 4 a 5 y más de 5.

Escolaridad: (variable cualitativa nominal politómica): según el nivel escolar alcanzado primario, secundario, preuniversitario y superior.

Comorbilidad: (variable cualitativa nominal politómica): se identificará por los problemas de salud asociados a estos pacientes; hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), tabaquismo, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica, alcoholismo, adicciones a medicamentos como las benzodiacepinas y otros, sedentarimsmo, obesidad.

Enfermerdad neurológica diagnosticada: (variable cualitativa nominal politómica): se identificara por los diferentes tipos de demencia; Demencia Senil, Enfermedad de Alzheimer, Demencia Vascular, Demencia por Cuerpos de Lewy, Demencia por Alcoholismo.

Ocupación antes de jubilarse: (variable cualitativa nominal politómica): Trabajo intelectual, ama de casa, obrero agrícola, maquinaria.

Cuidador principal: (variable cualitativa nominal dicotómica): si es un familiar o no.

Determinar aspectos psicosociales que intervienen en la calidad de vida de los pacientes con demencia.

Caracterizar la calidad de vida de los pacientes con demencia desde el punto de vista físico, social y económico.

Procedimientos

Para la obtención de la información se revisarán las HSF de los consultorios que pertenecen al Consejo Popular 13 del área de salud “Romárico Oro Peña” y el Análisis de la Situación de Salud de los mismos, del área y del municipio.

La información se procesará mediante métodos de estadística descriptiva, se utilizará una calculadora de mesa y una computadora los datos se almacenarán en una base de datos confeccionada por la autora con técnicas correspondientes. Los datos se resumirán en tablas de distribución de frecuencias y gráficos estadísticos.

Una vez obtenido los datos se confeccionarán cuadros de distribución de frecuencia y gráficos para la mejor comprensión y su posterior análisis y discusión de los resultados se compararán con bibliografía nacional e internacional consultada que permitirá arribar a conclusiones y recomendaciones al respecto.

Consideraciones éticas

Para la realización de la investigación los datos serán obtenidos de los registros antes mencionados; por lo que es necesario pedir el consentimiento institucional para la revisión de los mismos. Se tendrá en cuenta la confidencialidad de los datos personales de los pacientes, los cuales no se divulgarán.

CONCLUSIONES

Al culminar este estudio, se conocerá con precisión los factores psicosociales que intervienen en la calidad de vida de los pacientes con demencia, así como quede caracterizada la calidad de vida de los pacientes con demencia desde el punto de vista físico, social, económico y psicológico. Si este precepto se logra la meta más importante es mantener el trabajo para lo cual se trazarán tareas a cumplir.

REFERENCIAS

Bigelow, DA., McFarland, BH., Olson, MM. (1991). Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. *Community Ment Health* J; 27(1):43-55.

Canciano, E., Valdés, S., Sosa, S., León, López, E. (2014). Calidad de vida en los pacientes con demencia vascular post-ictus isquémico (estudio de cohortes). *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*; 4(1):7–13. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=95524073&lang=es&site=ehost-live.

Cardona, JA., Higuita, LF. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cubana Salud Pública*; 40(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0864-34662014000200003

Crespo, M., Hornillos, C., Bernaldo De Quirós, M., Gómez, MM (2011). La evaluación de la calidad de vida en personas con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 46(6):319–24. Recuperado de: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X11001740

Ferrans, CE (1990). Quality of Life: Conceptual Issues. *Semin Oncol Nurs*; 6(4):248-54.

Gómez, M., Gómez, J., Ado, M., Gómez, J (2012). Estudio del acuerdo entre las valoraciones sobre la calidad de vida de pacientes con la enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores. Alzheimer. *Real Invest Demenc*;51: 22-27.

Hörnquist JO (1982). The concept of quality of life. *Scand J Soc Med*; 10(2):57-61.

Lawton, M. (2001). Quality of life in chronic illness. *Gerontology* 45(4):181-3.

León, B. (2015). Calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas [tesis]. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología: Universidad Complutense de Madrid.

León, B., Martínez, P. (2010). Revisión de instrumentos de calidad de vida utilizados en personas con demencia: II. Instrumentos específicos. *Psicogeriatría* 2(2):69-81.

Real Academia Española-RAE (2001). Diccionario de la lengua española. Madrid: Espasa Calpe.

Rodríguez, C., Martín, S., Frades, B., París, MS., Martínez, I., João, M. (2015). Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizadas. *Rev Esp Salud Pública*; 89(1). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272015000100006&script=sci_arttext&tlng=3Des

Sáiz, O., Santamaría, M. (2011). La influencia de las variables socio demográficas en la calidad de vida analizadas con el whoqol-bref. *Rev Electr Ter Ocup*; 21(2). Recuperado de: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091786

Sánchez, JL., Torrellas, C., Fernández, MJ., Martín, J. (2013). Influencia de la reserva cognitiva en la calidad de vida en sujetos con enfermedad de Alzheimer. *Anal Psicol;* 29(3). Recuperado de: http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.138201

Serdá, BC. (2014). Calidad de Vida y Gerontología: Descripción de una línea de investigación. *Eur J investig health psycho educa*; 4(3):301-8.

Shaw, A. (1977). Defining the quality of life. *Hastings Center Report*; 7(11):12-9.

Soto, M., Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 11,505-514.

Urzúa, A., Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*; 30(1). Recuperado de: http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006

Vega, E., Menéndez, J., Rodríguez, L., Ojeda, M., Cardoso, N., Cascudo, N, et al (2014). Atención al adulto mayor. En: Álvarez Sintes P, editor. Medicina General Integral. *Salud y Medicina*. II. 3ra ed. La Habana: Ecimed; p. 488-517.

Villar, F., Vila-Miravent, J., Celdrán, M., Fernández, E. (2015). Assessing the well-being of patients with dementia: validity and reliability of the Spanish version of the Dementia Care Mapping (DCM) tool. *Stud Psychol*; 36(2). Recuperado de: http://10.1080/02109395.2015.1026124

BUPIVACAÍNA Y FENTANILO SUBARACNOIDEO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO PARA CIRUGÍA DE ABDOMEN INFERIOR.

BUPIVACAÍNA AND FENTANILO SUBARACNOIDEO IN THE GERIATRIC PATIENT FOR SURGERY OF INFERIOR ABDOMEN.

Dunior Pelaez Rodríguez.[1] duniorpelaez@gmail.com

Pedro Antonio Montejos Lopez.[2] pedromontejo81@gmail.com

Lisbe Duarte Nuez[3]

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal en 151 pacientes geriátricos, de ambos sexos operados electivamente de cirugía abdominal baja en el período de enero/2009- abril/2012, en el Hospital Provincial Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna, provincia Las Tunas. Recibieron anestesia subaracnoidea con Bupivacaína 0.5 % (isobárica) 12.5 mg (2.5 ml) y clorhidrato de fentanilo 25 mcg (0.5 ml). En el estudio predomina el sexo masculino y el grupo etario en 60 y 69 años, según el estado físico predomina los clasificados como ASA II, las intervenciones más frecuentes fueron de origen urológico entre ellas la adenomectomía prostática, predominaron los pacientes normotenso, con predominio de la hipotensión arteria como principal alteración, la frecuencia cardiaca normal, saturación periférica de oxígeno normal para el total de los casos. Comportamiento hemodinámico estable. Como efecto adverso predominó el prurito. Predominó como complicación postoperatoria la hipertensión arterial.

PALABRAS CLAVES: Bupivacaína, fentanilo, paciente geriátrico.

ABSTRACT

Was carried out an observational, descriptive study, longitudinal in 151 geriatrics patients, of both sexs operated electively of low abdominal surgery in the period of January/2009 - April/2012,at the Provincial Hospital Dr. Ernesto Guevara of Las Tunas. They received subaracnoidea anesthesia with Bupivacaína 0.5% (isobárica) 12.5 mg (2.5 ml) and hydrochlorate of fentanilo 25 mcg (0.5 ml). In the study it prevails the masculine sex and the group etario in 60 and 69 years, according to the physical state those classified as ASA II prevails, the most frequent interventions were of origin urológico among them the adenomectomía prostática, the patient normotenso prevailed, with prevalence of the hypotension artery like main alteration, the normal heart frequency, outlying saturation of normal oxygen for the total of the cases. Stable hemodynamic behavior. As adverse effect the pruritus prevailed. The arterial hypertension prevailed as postoperative complication.

KEY WORDS: Bupivacaína, fentanilo, Geriatric Patient.

[1] Especialista de primer grado en MGI , Especialista de primer grado en Anestesiologia y Reanimacion, Profesor instructor.
[2] Especialista de primer grado en MGI , especialista de primer grado en Anestesiologia y Reanimacion.
[3]Especialista de primer grado en y Anestesiologia y Reanimacion, Profesor instructor.

INTRODUCCIÓN

El imperio Inca brindó a la anestesia regional las plantas de Erythroxylum coca, de las que Albert Nieman aisló la cocaína en 1860, y Carl Köller en el verano de 1884 fue el primero en utilizarla como anestésico local con propósitos quirúrgicos. Desde entonces la historia moderna de la anestesia y analgesia regional ha sido especialmente marcada por momentos y descubrimientos fascinantes. Los primeros pasos se encaminaron al estudio y descripción de las diversas vías de administración de la cocaína para producir el bloqueo de los impulsos dolorosos producidos por el acto operatorio; la anestesia por infiltración descrita por Carl Schleich, los bloqueos en la proximidad de los nervios periféricos por William Halstedt, la vía epidural se ha atribuido con dudas a Corning, pero hoy sabemos con certeza que Fidel Pagés fue el primero en utilizarla en anestesia clínica en Madrid en 1921. La raquianestesia fue descrita por el profesor August Bier en 1898. Todos ellos y otros pioneros de esa época utilizaron cocaína y pronto se dieron cuenta de sus efectos nocivos, por lo que fueron introduciendo diferentes anestésicos locales hasta que en 1943, Löfgren describió la Lidocaína, paso gigantesco que habría de cambiar el futuro de la anestesia y analgesia regional. Mugabure B (2005)

La punción lumbar (PL) data del siglo XIX, cuando Heinrich Quincke en 1887 utilizó la técnica para disminuir la presión de una hidrocefalia, basándose en el “hecho anatómico y experimentalmente probado que el espacio subaracnoideo comunica con los ventrículos cerebrales. Attanassoff P.G (2008)

Las recomendaciones de que la punción lumbar podía ser utilizada con fines diagnósticos y terapéuticos llegaron en 1893 por parte de Von Ziemssen quien practicó la punción lumbar para el diagnóstico de meningitis epidémicas, tuberculosis, hidrocefalia, tumores. Correa Padilla(2012)

La historia de la anestesia espinal en Cuba su "rastro" se remonta al día 6 de diciembre de 1900, apenas dos años después de August Bier, en las manos del doctor Enrique Nuñez. Pero no es hasta 1901 que publica su artículo en El Progreso Médico. Después de estas primeras prácticas la anestesia espinal fue casi abandonada hasta la aparición de la estovaína, siendo practicada entonces por los doctores Enrique B. Barnet y Donato González Mármol. En el VI Congreso Médico Nacional efectuado en 1924, se le otorgó al procedimiento su verdadero valor y se concluyó que no podía constituirse en el método generalizado de anestesia porque no estaba exento de contraindicaciones y reacciones secundarias. Durante el Congreso Médico Nacional de 1927 se presentaron los trabajos del doctor Jaime de la Guardia, apareciendo reportes de su práctica en los pacientes pediátricos, obstétricas y de cirugía por los doctores Juan O. Hernández, Porfirio Verdes, Ricardo de la Flor, J Garciso, Cuervo, Pino y Castro. Jiménez Hernández (2010)

Desde su introducción en la práctica clínica, la anestesia subaracnoidea, al igual que la mayoría de otras técnicas anestésicas, ha disfrutado de varios grados de popularidad durante su primer siglo de existencia. Sus atractivos son fácilmente reconocibles: una pequeña cantidad de fármaco puede ser administrada por inyección dentro de un compartimiento corporal rápidamente identificable para producir anestesia profunda utilizando un método relativamente simple. La anestesia neuroaxial, es uno de los

pilares de la anestesia regional y actualmente ocupa por su frecuencia de uso, un lugar preponderante en la anestesia de nuestro tiempo. Delgado EP (2010)

A lo largo de más de 100 años los bloqueos subaracnoideos y epidurales incluyendo los bloqueos caudales, han sido practicados en forma amplia siendo el tipo de anestesia predominante por sus ventajas anestésicas y analgésicas, esta incluye tanto técnicas como drogas propias y se le reconoce un rol relevante en el manejo del dolor agudo postoperatorio y crónico. Pérez Reyes R(2004)

El objetivo de la anestesia subaracnoidea es brindar condiciones óptimas para la realización de una intervención quirúrgica, para ello una vez aplicada una solución anestésica en el espacio subaracnoideo se produce bloqueo de la transmisión nerviosa sensitiva, motora y simpática. Añazco González R (2007)

El bloqueo sensitivo se refiere a la interrupción de la señal dolorosa (analgesia) como también la señal de temperatura, tacto, presión y posición que viene de la periferia y el bloqueo motor consiste en la interrupción de la señal motora aferente que es responsable de la contracción muscular; sin embargo, la intensidad del efecto sobre las fibras sensitivas y motoras no es equitativa, y se puede obtener un bloqueo diferencial mediante la selección cuidadosa de agentes anestésicos según sus propiedades farmacológicas. Nilo C (2007)

Los anestésicos locales son aquellos que bloquean de forma transitoria la conducción nerviosa cuando se aplican localmente al tejido en una concentración apropiada que origina pérdida regional de la sensibilidad. Actúan sobre cualquier parte del sistema nervioso y cualquier tipo de fibra nerviosa. Su gran ventaja es su acción reversible, su uso esta seguido de recuperación total de la función nerviosa, sin prueba de daño estructural de las fibras o células nerviosas. (Dávila Cabo de Villa 2008 23)

El clorhidrato de Bupivacaína (Marcaína) es un anestésico local tipo amida. Fue sintetizado por Ekenstam y colaboradores en 1957 y usado en la clínica por Teluvio en 1963. Dávila Cabo de Villa (2008)

El nombre químico es clorhidrato de 1-n butil-li- piperidina- 2ácido carboxilo 2,6 dimetilamida. Su peso molecular es de 325, y su punto de fusión es de 258 grado Celsius. Dentro de sus propiedades físico-químicas tenemos que presenta alta solubilidad en lípidos, unión a las proteínas en un 95 % y un pKa (constante de disociación) de 8,2.La bupivacaína es un anestésico local de alta potencia y latencia intermedia. Su acción prolongada y su tendencia a producir bloqueo más sensorial que motor lo ha convertido en el agente preferido para producir anestesia prolongada y analgesia postoperatoria duradera. Dávila Cabo de Villa (2006)

La primera referencia incuestionable al opio se encuentra en los escritos de Teofrasto en el siglo III a.C. los médicos árabes estuvieron bien versados en los usos del opio; los comerciantes árabes introdujeron la droga al Oriente, donde se empleó principalmente para el control de disenterías. Durante la Edad Media, se apreciaron muchos de los usos del opio. Goodman & Gillman (2004)

¨Entre los remedios que el Dios Todo poderoso se complació en otorgar al ser humano para aliviar sus sufrimientos, ninguno es tan universal ni tan eficaz como el opio ¨ Sydenham (1680)

La primera reseña publicada de uso de opioides en una anestesia raquídea se debe a un cirujano rumano, Racoviceanu-Pitesti que presentó su experiencia en París en 1901. Behar y colaboradores publicaron el primer artículo sobre el uso de morfina epidural para tratamiento del dolor en “The Lancet” en 1979. Mugabure B (2005)

La administración de opioides intrarraquídeos se basa en la teoría de control de compuerta de Melzack y Walls que propone que las interneuronas del asta dorsal modulan la inervación nociceptiva. Ellos postularon que las compuertas se abren y se cierran por estímulos e inhibiciones a través de interneuronas en la médula espinal. La médula procesa la información dolorosa aferente y contiene receptores mu, delta y kappa. Tanto los receptores kappa como los mu inhiben el dolor visceral. Se piensa que la activación del receptor kappa inhibe la liberación de la sustancia P inhibiendo la entrada de calcio a las neuronas y la activación de los receptores mu y delta ocasionan hiperpolarización de las neuronas por aumento en la conducción del potasio. Martínez JE (2007)

El fentanilo es uno de los fármacos más usados para producir analgesia tras su administración intratecal, especialmente asociado a anestésicos locales. Reuben y cols. Estudiaron el dolor postoperatorio tratado con fentanilo intradural tras cirugía vascular de extremidad inferior, encontraron que la duración de la analgesia aumentaba a medida que incrementaban la dosis de opioide desde 5 µg (20 min), hasta 40 µg (300 min), sin notar mejoría con la dosis de 50 µg. La principal diferencia, respecto a la administración epidural, reside en la duración del efecto clínico, la velocidad de redistribución hacia los centros cerebrales y el mecanismo por el cual el fármaco alcanza dichos centros. Los fármacos opioides diluidos en el líquido cefalorraquídeo deben alcanzar el interior de la médula espinal para actuar sobre sus receptores específicos. Guevara Ortigoza (2007)

La disminución del dolor postoperatorio es la piedra angular en la evolución adecuada pues se ha observado que este hecho reduce problemas en diferentes órganos y sistemas, especialmente en el paciente anciano. La asociación de un opioide a la técnica neuroaxial mejora la calidad del bloqueo sensitivo sin prolongar la recuperación del bloqueo motor postoperatorio y disminuye la incidencia de efectos adversos. Fernández Ramos (2009)

El uso de opioides intradurales constituye una práctica clínica habitual para conseguir analgesia intraoperatoria y postoperatoria. Todas las técnicas regionales producen analgesia residual que se prolonga más tiempo que la anestesia general. La disminución del dolor postoperatorio es vital para una evolución adecuada ya que se observa que este solo hecho reduce problemas pulmonares, tromboembólicos, constipación, estados hiperadrenérgicos que pueden favorecer isquemia miocárdica. Whizar LV (2007)

La anestesia regional es bien tolerada en el paciente geriátrico, produce menos confusión y delirio postoperatorio que la anestesia general, lo cual también ha sido puesto en duda. Se han descrito diversos modelos de raquianestesia: bupivacaína

hiperbárica en dosis de 15, 12.5 o 10 mg, asociadas o no con fentanilo, proveen anestesia segura, disminuyen la intensidad de dolor posquirúrgico y preservan la función cognoscitiva. Las mini dosis con 4 mg de bupivacaína más 20 µg de Fentanilo proveen anestesia satisfactoria y reducen la hipotensión arterial, disminuyendo al máximo el uso de vasopresores. Tanto en dosis normales como en dosis bajas, es importante mantener la dosis de fentanilo por debajo de 50 µg para evitar depresión respiratoria. Mugabure Bujedo (2012)

Justus y colaboradores (1988), concluyeron que los procedimientos para cirugía traumato-ortopédica de miembros inferiores con bloqueo subaracnoideo con bupivacaína isobárica al 0,5 % en decúbito lateral en espacio L3-L4 fueron satisfactorios y prácticamente exentas de repercusiones hemodinámicas. Imbelloni y colaboradores 1992 recomendaron que una anestesia subaracnoidea con bupivacaína 0,5 % isobárica con dosis de 3-4 ml proporciona analgesia suficiente para cirugía infraúmbilical. Amancio G (2007)

Tipo y diseño de estudio:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal para caracterizar los pacientes geriátricos sometidos a cirugía de abdomen inferior con bupivacaína isobárica y fentanilo por vía subaracnoidea, en el período desde enero/2009-abril/2012, en el Hospital Provincial Docente Ernesto Guevara de la Serna, provincia Las Tunas.

Muestra, unidad de análisis y observación:

El universo estuvo constituido por la totalidad de pacientes operados de abdomen inferior y la muestra con 151 pacientes que cumplieron los siguientes criterios.

Los criterios definidos para la inclusión en el estudio fueron:

Criterios de inclusión:

- Edad mayor de 60 años
- Clasificación ASA I y II.
- Cirugía abdominal baja.

Criterios de exclusión:

- Contraindicaciones absolutas y relativas de la técnica subaracnoidea.

Operacionalización de las variables

Se identificarán variables socio demográficas como:

Sexo :(variable cualitativa nominal dicotómica): según biología en Masculino y Femenino.

Edad: Variable cuantitativa discreta.

Escala: Se confeccionaron grupos con una amplitud de 60-69, 70-79 y más de 80 años.

Indicador: por ciento de pacientes según grupo etario.

Para dar salida al Objetivo 2:

Estado físico (ASA): Cualitativa nominal politómica.Escala: ASA I. ASA II.

ASA I: Paciente que aparte de su patología quirúrgica no presenta ninguna otra alteración física.

ASA II: paciente con una enfermedad sistémica compensada demás de su patología quirúrgica.

Indicador: por ciento de pacientes según clasificación del estado físico.

Tipo de cirugía: cualitativa nominal politómica. Escala: Cirugía urológica, Cirugía general, Cirugía ginecológica.

Descripción: cirugía ginecológica (histerectomía y colporrafia), general (hernia inguinal o crural), urológica (Adenomectomia prostática)

Indicador: por ciento de pacientes según proceder quirúrgico realizado.

Tensión arterial: cualitativa nominal politómica. Escala: Hipotensión, Hipertensión y Normo tensión

Hipotensión: Cuando la tensión arterial sistólica en milímetros de mercurio (mmHg) descendió a 100 mmHg o menos.

Hipertensión: Cuando la tensión arterial sistólica en milímetros de mercurio (mmHg) ascendió a 140 mmHg o más.

Normo tensión: Cuando la tensión arterial sistólica se mantuvo entre 100 y 140 mmHg.

Indicador: por ciento de pacientes según escala de tensión arterial.

Frecuencia cardiaca (FC): Cualitativo nominal politómica. Escala: Taquicardia, Bradicardia y Frecuencia cardiaca normal.

Bradicardia: En los casos donde la frecuencia cardiaca (FC) fue menor de 60 latidos por minutos con respecto a valores preoperatorios básales.

Taquicardia: Cuando la frecuencia cardiaca (FC) fue mayor de 100 latidos por minutos con respecto a valores preoperatorios básales.

Frecuencia cardiaca normal. Cuando se mantiene entre 60 y 100 latidos por minuto.

Indicador: por ciento de pacientes según alteración en la frecuencia cardiaca.

Saturación periférica de oxigeno (SpO2).

Clasificación: Cualitativa politómica. Escala: Normal, Baja.

Normal con valores entre 90 y 100 % de saturación periférica de oxigeno.

Baja: Cuando los valores desciende al 90 % saturación periférica de oxigeno.

Estabilidad hemodinámica:

Clasificación: cualitativa nominal dicotómica. Escala: Estable, Inestable.

Estable: se consideró cuando los valores de tensión arterial no experimentaron incremento o disminución mayor del 30 % con respecto a los valores preanestésicos (Normotensión), Frecuencia cardiaca normal y saturación periférica de oxígeno normal.

Inestable: se consideró cuando los valores de tensión arterial experimentaron incremento o disminución mayor del 30 % con respecto a los valores preanestésicos

(hipotensión e hipertensión), alteración en la frecuencia cardiaca (taquicardia o bradicardia), y saturación periférica de oxígeno baja. Presentando dos o más de estas alteraciones.

Indicador: por ciento de pacientes según parámetros definidos.

Efectos adversos perioperatorios: cuantitativa nominal politómica.Escala: Náuseas. Vómito.Prurito. Depresión respiratoria. Otros.

Descripción: efectos adversos relacionados con los agentes administrados.

Indicador: por ciento de pacientes según efecto adverso.

Complicaciones postoperatorias: cualitativa nominal politómica. Escala: Hipertensión. Hipotensión. Bradicardia. Taquicardia. Otras.
Se recogieron solamente las que estuvieron en relación con los agentes administrados, excluyéndose las relacionadas con la cirugía.

Hipertensión arterial: Cuando las cifras de tensión arterial sistólica (TAS) ascendió a cifras mayores de 140 mmHg. Sobre valores basales preanestésicos.

Hipotensión: Cuando las cifras de tensión arterial sistólica (TAS) descendió a cifras menores de 100 mmHg. Sobre valores basales preanestésicos.

Bradicardia: En los casos donde la frecuencia cardiaca (FC) fue menor de 60 latidos por minutos con respecto a valores preoperatorios básales.

Taquicardia: Cuando la frecuencia cardiaca (FC) fue mayor de 100 latidos por minutos con respecto a valores preoperatorios básales.

Indicador: por ciento de pacientes según complicación

Procedimientos:

Los pacientes a participar en el estudio se seleccionaron cumpliendo con los criterios de inclusión.

Los pacientes fueron evaluados en consulta preoperatoria según lo normado donde se revisan los siguientes complementarios: Hemograma completo, creatinina, grupo y factor, glucemia, coagulograma, electrocardiograma y radiografía de tórax, determinando del estado físico según clasificación de la Sociedad Americana de Anestesia. (Anexo 1)

Todos los pacientes fueron recibidos en la sala de preoperatorio, donde se determinaron sus parámetros vitales: frecuencia cardiaca (FC) frecuencia respiratoria (FR), tensión arterial sistólica (TAS) y tensión arterial diastólica (TAD), temperatura, se canalizó vena periférica con cánula 16- 20 G, recibieron medicación preanestésica inmediata con Diazepan (ámp 10 mg/2 ml) 0.15 mg/kg, y Difenhidramina (20 mg/2 ml) 0.20 mg/kg, 30 minutos antes del traslado al quirófano según necesidades para producir sedación ligera. Una vez en el quirófano se administra oxígeno por catéter nasal, se inició la monitorización con tensión arterial no invasiva (TANI), electrocardiografía (EKG) derivación DII, oximetría de pulso (SpO2), frecuencia respiratoria (FR) y frecuencia cardiaca (FC), se administró infusión de Cloruro de Sodio al 0.9 % o Ringer Lactato a razón de 10 ml/Kg. Se colocó en decúbito lateral y luego de desinfección mediante lavado con agua y jabón se realizó antisepsia, en caso de que el

paciente negara alergia a la solución, con yodo povidona, se dejó actuar por espacio de 1 minuto, se retiró con alcohol al 70 %, se secó y seleccionó espacio intervertebral L4-L5 por vía media o paramedia, se infiltró la piel, tejido celular subcutáneo y espacio interespinoso, se realizó la punción lumbar en este, con trocar espinal (Quincke)hasta identificar el espacio subaracnoideo mediante la salida de líquido cefalorraquídeo por el pabellón del trocar.

Se administro, Bupivacaína 0.5 % (bbo 5ml, 5mg/ml) isobárica, 12,5 mg (2,5 ml) más Fentanilo (Clorhidrato de Fentanilo amp 3 ml, 0.05mg/ml) 25mcg (0.5 ml) subaracnoideo Se monitorizaron y anotaron los cambios en la TAS, TAD, FC y FR cada dos minutos en los primeros 10 minutos del proceder, cada cinco minutos hasta el final de la cirugía, igualmente se evaluó el nivel sensitivo con una aguja # 26 en la línea medio-clavicular en sentido ascendente cada minuto en los primeros cinco minutos, hasta lograr el nivel necesario para el acto quirúrgico. El grado de bloqueo motor se valoró utilizando la escala de Bromage cada minuto en los primeros cinco minutos. Se mantiene monitorización durante el transoperatorio donde se identifica alteraciones de la tensión arterial y se administra efedrina (amp 50mg/ml) dosis respuesta comenzando con 10 mg, previa administración de volumen si hipotensión arterial. Si hipertensión arterial se identifica si dolor tratamiento con opioides endovenoso como fentanilo (ámp 150 mcg/3ml) dosis de 50mcg. No dolor tratamiento con nitroglicerina (amp 5 mg/5ml) dosis de 0,25mcg/kg/minuto hasta 10mcg/kg/minuto evaluando respuesta del paciente. Si bradicardia tratamiento con atropina (amp 0,5 mg/ml) 0,02 mg/kg/ml. Las alteraciones electrocardiográficas (arritmias) son tratadas según su origen y característica de estas clasificadas como supraventriculares y ventriculares, tratadas con beta bloqueadores, lidocaína 2 %, y amiodarona respectivamente. Los efectos adversos como náusea, vómito, prurito y depresión respiratoria son tratados según su intensidad con nalaxona (amp 0,4 mg/ml) a 5mcg/kg con el objetivo de mantener la analgesia. Finalizada la intervención quirúrgica, los pacientes se trasladaron a la sala de recuperación donde se mantuvieron hasta la recuperación total de la anestesia con seguimiento y vigilancia adecuada cada 15 minutos y tratamiento de las complicaciones según su incidencia con las medidas antes descritas. Se aplicaron los criterios de alta de Aldrete Kroulic (anexo 2), para el alta de la unidad de cuidados postoperatorios, con criterios de egreso los pacientes con una puntuación mayor de 8 puntos. Los datos generales y todos los eventos perioperatorios se registran en la ficha de recolección de datos. (Anexo 3)

Consideraciones éticas:

Se utilizaron fuentes primarias a partir de los datos obtenidos del propio paciente durante el transcurso de la investigación para caracterizar el uso de la terapéutica utilizada, los mismos se vaciaron en una planilla de registro de la información (anexo 3)

Se utilizó el software Microsoft Excell, utilizando porcentajes, como medidas de resumen para variables cuantitativas. Los resultados se reflejaron en cuadros confeccionados al efecto.

REFERENCIAS

Amancio G, Melkun F, Minatti W, Nador C, Saucedo M, Tusman G. Lidocaína en bajas dosis más fentanilo subaracnoideo: ausencia de irritación radicular transitoria. Rev Arg Anest 2007; 59(2): 83-90. Disponible en bases.bireme.br Revisado marzo 201

Añazco González R: Anestesia regional. Anestesia regional. 2007. Disponible en: http://www.anestesiologia.cl/auxiliares/ Consulta: agosto 2011.

Attanassoff P.G., Castro Bande, M. Anestesia subaracnoidea: 100 años de una técnica establecida. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2008; 47: 198-206. Disponible en: http://db.sedar.es/restringido/2008/mayo/ anestasia%20subaracnoidea.pdf. Revisado enero 2011.

Correa Padilla Jorge Miguel. Cefalea pospunción dural en la paciente obstétrica. Rev Cubana Obstet Ginecol, Ciudad de la Habana, v. 38, n. 2, jun. 2012. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S0138-600X2012000200012&lng=es&nrm=iso>. Revisado: junio 2012.

Dávila Cabo de Villa Evangelina, Gómez Brito Carlos, Alvarez Barzaga Magaly, et al. Anestesiología Clínica. Ed Ciencias Médicas. 2006.

Dávila Cabo de Villa Evangelina. et al. Anestesia. Manual para estudiantes. Ed Ciencias Médicas. 2008. p115. 29.

Delgado EP, ATE Hernández, TR Bonet. Momento ideal para el tratamiento quirúrgico de la fractura de cadera en el paciente geriátrico - Revista Cubana de. 2010, Disponible en: http://www.bvs.sld.cu. Revisado marzo 2011.

Guevara Ortigoza MP Manejo Anestésico del Paciente Geriátrico. Revista Mexicana de Anestesiología, 2007. Disponible: http://www.new.medigraphic.com Revisado marzo 2011.

Jiménez Hernández Yenier. Anestesia espinal subaracnoidea. Publicado: 26/04/2010 Revista Electronica de PortalesMedicos.com. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2141/1/Anestesia-espinal-subaracnoidea.html. Revisado: mayo 2012.

Martínez JE, EG García, HO Martín, ER Casa. Bupivacaína isobárica frente a hipobárica en anestesia subaracnoidea para cirugía de caderas. 2007. Disponible en http://www bvs.sld.cu Revisado: marzo 2012.

Mugabure B., Echaniz E., Marín M. Fisiología y farmacología clínica de los opioides epidurales e intratecales. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2005; 12(1): 33-45. Disponible http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000100006&lng=es. Revisado: abril 2012.

Mugabure Bujedo, S González Santo. Actualizaciones en el manejo clínico de los opioides espinales en el dolor agudo postoperatorio - Revista, 2012 - SciELO España Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462012000200005&script=sci_arttext&tlng=enDirectory Revisado enero 2012.

Nilo C, Donoso A, Figueroa M, Stange R. Anestesia espinal en colecistectomía abierta. Congreso XXX Chileno de Anestesiología. En revista chilena de anestesia Volumen 31, agosto 2007, No 12. Disponible en: http://www.socanestesia.cl/rev_anestesia/0208/18-08-_temas08.asp. Revisado: agosto 2010.

Pérez Reyes R, GO Pons Mayea. Evaluación del protocolo de fractura de cadera en la urgencia, Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos Revista Cubana de 2004 Disponible en: http://www.scielo.sld.cu Revisado marzo 2011.

Whizar LV y Jaramillo MJ Editora Científica Médica Latinoamericana e Intersistemas SA de CV. México DF. 2007:22-31. Disponible en: http://www.anestesiaenmexico.org/RAM1/019.pdf. Revisado septiembre 2011

INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y MÉTODOS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PIEL

INCIDENCE, RISK FACTORS AND METHODS OF PREVENTION OF SKIN CANCER

Eduardo Alejandro Peña Escalona eduardo@estudiantes.ltu.sld.cu

Patricia García Palomino ppalomino@estudiantes.ltu.sld.cu

Lianet María Pérez Igarza

RESUMEN

El cáncer de piel es la neoplasia maligna más reportada y está en continuo aumento en las últimas décadas en el mundo. Se realizó una revisión bibliográfica citando 31 artículos científicos actualizados, de sitios web, revistas, textos y documentos, con el objetivo de describir la incidencia del cáncer de piel, factores de riesgos y métodos de prevención. Se concluyó que el cáncer de piel tiene mayor incidencia hacia las provincias centrales del país, afecta al sexo masculino y personas de piel blanca. La predisposición genética, la edad, el fenotipo de la piel, la exposición solar, son los principales factores de riesgo. Investigadores muestran que la inactivación del gen p53, es el más frecuentemente alterado en este cáncer. Existen modos eficaces para luchar contra esta enfermedad como la prevención primaria, evitando las causas que lo producen y el diagnóstico temprano de la enfermedad a través del autoexamen de la piel.

PALABRAS CLAVES: Cáncer de piel, factor de riesgo, prevención, autoexamen de piel.

ABSTRACT

Skin cancer is the most reported malignancy worldwide and is constantly increasing in recent decades in the world. A bibliographic review was made citing 31 updated scientific articles, consulted on websites, magazines, texts and documents, with the aim of describing the incidence of skin cancer, risk factors and prevention methods. It was concluded that skin cancer geographically has a greater incidence towards the central provinces of the country, affects male sex and white skinned people. Genetic predisposition, age, skin phenotype, sun exposure are the main risk factors. Researchers show that p53 gene inactivation is the most frequently altered in cancer. There are effective ways to fight this disease, there is the primary prevention avoiding the causes that produce it and the diagnosis of the disease as early as possible through the self-examination of the skin.

KEY WORDS: Skin cancer, risk factor, prevention, skin self-examination.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades neoplásicas constituyen un grupo de entidades cuya frecuencia se ha mantenido en ascenso en los últimos 30 años, se destacan entre ellos el cáncer de mama, el colorrectal y el de piel. El cáncer de piel es la neoplasia maligna más reportada a nivel mundial y está en continuo aumento en las últimas décadas en el mundo (Gutiérrez, 2003).

El cáncer de piel es el más frecuente de todos, y es prevenible tanto por cambios en el modo de vida, como por la detección de lesiones indicativas de transformación maligna a las que se conoce como lesiones precancerosas de la piel.

En el mundo se registran cada año de 2 a 3 millones de casos de cáncer de piel no melanoma y 132 000 casos de Melanoma, uno de cada 3 pacientes de cáncer tiene un cáncer cutáneo. En Estados Unidos el cáncer de piel es el de mayor incidencia. Se plantea que uno, de cada cinco a seis norteamericanos desarrolla un cáncer de piel en su vida. En América Latina encontramos que Argentina es el país con la mayor tasa de incidencia (Larrondo, Miyares y González, 2014).

En Cuba su incidencia decrece a partir de 1986, pero a partir de1993 se reinicia su incremento. En el año 2017 se reportó una morbilidad 5627 del sexo masculino para una tasa bruta de 101, siendo este cáncer el número uno seguido el de próstata y el de pulmón. Del sexo femenino la morbilidad fue de 4805 para una tasa de 85.9 (MINSAP, 2017)

La elevada frecuencia del cáncer de piel en la actualidad, representa un grave problema de salud que se incrementa con mayor riesgo en zonas con elevado número de horas de sol como ocurre en lo particular, en nuestro país y con una tendencia creciente, justificada en parte por el deterioro medio ambiental, resultado de la propia actividad del hombre, todo lo que justifica nuestro interés en abordar el tema ya que a pesar de que contamos con un sistema de atención primaria muy completo y desarrollado existe incremento en la incidencia del cáncer de piel, por lo que nos vimos motivados a realizar esta revisión bibliográfica con el objetivo de describir frecuencia, factores de riesgos y métodos de prevención del cáncer de piel.

Características del cáncer de piel

Frecuencia del cáncer de piel.

La elevada frecuencia del cáncer de piel en la actualidad, representa un grave problema de salud que se incrementa con mayor riesgo en zonas con elevado número de horas de sol. Por otra parte, la industria química que usa y produce carcinógenos químicos.

El cáncer de piel es el más frecuente de todos, se afirma que casi el 50% de la población mundial habrá padecido de al menos una lesión precancerosa de la piel al llegar a los 50 años de edad (Notimex, 2014)

Geográficamente se verifica una mayor incidencia hacia las provincias centrales del país, especialmente Villa Clara. Se da más en las personas de piel blanca y que han pasado mucho tiempo expuestas a los rayos solares. Aunque puede aparecer en cualquier parte de la piel; es más frecuente que se presente en la cara, cuello, manos y brazos. Este cáncer cutáneo representa casi el 50% de todos los cánceres que afectan al hombre (MINSAP, 2017).

Factores de riesgos del cáncer de piel.

La predisposición genética es la causa principal.

La edad, el sexo, el fenotipo de la piel, la educación, el estilo de vida.

La exposición solar y la ocupación están íntimamente relacionadas por ser la primera el principal carcinógeno en el ambiente laboral.

La exposición recreacional u ociosa y, por otra parte, la exposición a carcinógenos químicos industriales.

La radiación ultravioleta, algunos agentes químicos, las infecciones por el virus del papiloma humano e incluso inmunodepresión.

Al relacionar la edad con el cáncer de piel en la literatura revisada reportaron una edad media para el padecimiento del cáncer de piel, extendida desde 68 a 92 años. En una investigación similar, pero en pacientes geriátricos también en la provincia Granma se observó que, en los mayores de 60 años distribuidos en 4 grupos, hubo un predominio en el grupo de 60 a 69 años (Estrada y Domínguez, 2014). Muchos estudios también han señalado que la exposición a una edad temprana es otro factor de riesgo.

El cáncer cutáneo es la forma de cáncer más frecuente en el hombre y la mayoría de la población con afectación de su salud por esta causa es la adulta, precisamente la población laboralmente activa, lo cual afecta su rendimiento profesional. El incremento actual en la incidencia del cáncer cutáneo puede ser una consecuencia del aumento de la longevidad de la población, de la agresividad del medio ambiente contra la piel y de un estilo moderno de vida con nuevos patrones de belleza que someten la piel a la exposición solar exagerada.

Con respecto a color de la piel, las personas de piel mate, pigmentada o muy pigmentada, ojos pardos y pelo castaño (fototipos III, IV, V y VI) poseen el efecto protector de la melanina. En la medida en que la piel va teniendo mayor cantidad de melanina tiene mayor tendencia al bronceado, se reduce la posibilidad de las quemaduras solares y disminuye el riesgo para la aparición del cáncer de piel. Por lo que son más afectados los pacientes blancos, rubios y de ojos azules (fototipos 0, I y II) presentando un riesgo especialmente alto. En la literatura revisada existen autores que señalan una mayor predisposición en las personas de piel blanca con poca capacidad de bronceado (fototipo de piel I y II y los albinos) como altamente susceptibles de padecer cáncer de piel (Oficina Nacional de Estadísticas, 2015).

Se cree que la exposición a la luz ultravioleta (UV) es el riesgo principal de la mayoría de los cánceres de la piel. La luz solar es la fuente principal de radiación ultravioleta, la cual puede ser dañina para los genes de las células de su piel. Las lámparas y cabinas bronceadoras son otra fuente de radiación ultravioleta. Las personas que se exponen excesivamente a la luz procedente de estas fuentes tienen un mayor riesgo de contraer cáncer de la piel (Notimex, 2014).

Debemos tener en cuenta que la principal actividad que realizan las personas que viven en zonas rurales es el trabajo agrícola llevado a cabo por los campesinos; estos pasan varias horas del día expuestos al sol, por lo que es posible encontrar que sean estas personas las más propensas a padecer esta enfermedad.

Constituye una preocupación general el deterioro del medio ambiente, como resultado de la propia actividad humana, dado el intenso uso de sustancias químicas que conducen a cambios climáticos y la disminución de la capa de ozono como consecuencia de los contaminantes atmosféricos, con el incremento de la radiación

ultravioleta solar efectiva que llega a la superficie terrestre. Otros factores geográficos, también influyen en la intensidad de la irradiación, como la latitud geográfica, altitud sobre el nivel del mar, época del año, etc.

La radiación solar puede actuar como un iniciador, un promotor, un cocarcinógeno y un agente inmunosupresor. Existen criterios recientes que la luz ultravioleta puede ser capaz de activar virosis y tiene efectos inmunológicos que pudieran exacerbar enfermedades infecciosas y es preocupante la posibilidad de que la exposición ultravioleta pudiera activar el virus de inmunodeficiencia humana y que acelere el inicio del SIDA (Oficina Nacional de Estadísticas, 2015).

Consideramos pues, como la causa ambiental más importante, la exposición de la población susceptible a la luz solar, aunque otras sustancias químicas como el arsénico y derivados del carbón y petróleo constituyen un peligro químico industrial, así como también la exposición a radiaciones ionizantes.

En estudios realizados sobre cáncer cutáneo no melanoma, que incluye el carcinoma basal y el espinocelular, se observa un riesgo incrementado en hombres, edades avanzadas, complexión clara con tendencia fácil a quemaduras, exposición solar ocupacional en carcinomas tardíos, así como exposición solar recreacional en la infancia; en los carcinomas en edades tempranas, historia de quemaduras repetidas, daño solar previo no maligno y exposición a radiaciones ionizantes en tratamientos previos durante la infancia (Veronique y De Vries, 2014; ONEI, 2014).

Interacción de las radiaciones solares y la piel.

Las radiaciones ultra violetas (RUV) y las visibles penetran en la piel en diferentes grados, donde 5 % de ellas son reflejadas y las restantes, transmitidas, dispersadas o absorbidas o ambas. Estos tipos de radiaciones destruyen dos fibras importantísimas para la piel: la elastina y el colágeno, las cuales son fundamentales para la estructura y la elasticidad de dicha piel. Por tanto, una exposición prolongada al sol disminuirá el número de estas sustancias y hará que, a la larga, la piel se vea menos joven.

Las radiaciones absorbidas se enfrentan a una fotoprotección natural cutánea que ocurre en el estrato córneo- cutáneo y que le presentan la melanina epidérmica y las macromoléculas místicas. Estas son moléculas electrónicas estructuradas, entre las que se encuentran: ADN nuclear, ácido urocánico, tiroxina y triptófano (que reciben el nombre genérico de cromóforos).

La melanina absorbe las radiaciones, las disipa como calor o las dispersa por su capacidad de oxidación y reducción. Los cromóforos absorben los fotones UV, les imparten energía a los electrones de las moléculas y la hacen reciclar. Otros cromóforos como el ácido urocánico, que es un producto de la histidina epidérmica, ejercen su función protectora e impiden la transformación de energía capturada (solar) en térmica (quemadura solar). Este proceso tiene lugar con las RUV por debajo de 315 nm, cuando están por encima son transmitidas a la dermis, después de una variable absorción por los cromóforos, y dispersadas hasta el entorno por la hemoglobina, la bilirrubina hística y otras convertidas en elastina y colágeno por el ADN celular.

El ADN dañado y los fotoproductos son reparados por el sistema enzimático específico en relación con la afectación recibida, aun cuando algunas anormalidades persisten, ocurre el deterioro en la estructura y función celular, y deja algún daño celular.

Efectos perjudiciales de las radiaciones solares

Incremento de la carcinogénesis	Fotodaño
Alteraciones de la respuesta inmune	Fotoenvejecimiento
Trastornos pigmentarios	Fotosensibilización y daño celular

Mecanismo que protege la piel del daño solar y del cáncer.

Investigadores muestran en un estudio que la inactivación del gen p53, el más frecuentemente alterado en el cáncer, induce en la epidermis un escudo protector.

Investigadores del Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL) han descrito un mecanismo por el cual las células con mutación en la proteína p53 son expulsadas por descamación, protegiendo a la epidermis de la radiación solar y evitando la aparición de cáncer de piel.

En un estudio, cuyos resultados publica *Cell Reports* (2014), el grupo de Ciclo Celular, Células Madre y Cáncer del (IDIVAL) ha confirmado la hipótesis de que la mutación de este gen, la más vinculada al cáncer en seres humanos, en la piel normal promueve, sin embargo, la eliminación de las células dañadas -por ejemplo, por acción de los rayos ultravioleta- e impide el desarrollo de tumores.

Este mecanismo es el que actúa cuando la capa más superficial de la piel se desprende (se pela) tras la exposición al sol el primer día de playa, según ha informado el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en un comunicado.

La proteína p53 está considerada como el guardián de la integridad del genoma, debido a que ejerce un papel clave en el control de la replicación del ADN para que no se transmitan errores. Se trata, por lo tanto, de un gen supresor de tumores y su inactivación es la alteración genética más frecuentemente encontrada en las células cancerosas de numerosos tipos de tumores, y especialmente en el carcinoma de piel, donde está presente en el 80% de los casos.

Aunque la mutación de p53 no es suficiente para que una célula normal se convierta en una célula cancerosa, cuando este gen está inactivado -es decir, se pierde el control que ejerce sobre la duplicación del material genético- y se acumulan otras mutaciones, éstas se potencian entre sí incrementándose la malignidad del cáncer.

> (…) El control que ejerce p53 sobre el ADN es tan importante para que todo funcione bien, especialmente en las células madre de la piel, que cuando se encuentra inactivado la susceptibilidad de desarrollar un cáncer agresivo es mucho mayor. Por eso pensamos que, si en la piel normal no aparecían tumores, aunque esa alteración estuviera presente, debía existir un sistema por el que las células mutantes se eliminaran. (Freije, citado en Central European Time, 2014, p.8)

Esta hipótesis surgió de la observación de que en la piel normal que se expone al sol existen clones de células que tienen alterado este gen supresor de tumores y, sin embargo, no desarrollan cáncer. Ni siquiera hay una relación entre la cantidad de

clones celulares mutados y la tendencia del individuo a desarrollar un carcinoma de piel.

El estudio demuestra “el mecanismo por el cual las células con mutaciones causadas por el sol son eliminadas para que no evolucionen hacia un tumor, es decir, se trata de un mecanismo protector frente al cáncer de piel” (Gandarillas, citado en Central European Time, 2014).

Este mecanismo consiste en que, ante un daño leve o moderado, la pérdida de p53 induce en las células de la epidermis una diferenciación escamosa, cuyo destino final es la eliminación por descamación. De esta forma, se reduce el riesgo de que esas células acumulen otras mutaciones y se conviertan en cancerosas.

Gandarillas resume el hallazgo como un segundo escudo protector para la piel que entra en acción cuando se sobrepasa la capacidad del mecanismo de protección fundamental, que es la melanina. “Cuando el daño solar es demasiado intenso o cuando existe un déficit genético de melanina, como ocurre en las personas albinas, se pone en marcha este segundo mecanismo de protección” (citado por Central European Time, 2014, p.8).

Para demostrar su hipótesis, los investigadores del IDIVAL han creado sus propias células eliminatorias, mediante la anulación del gen p53 en queratinocitos primarios de piel humana in vitro, una técnica en la que el grupo cántabro es pionero a nivel mundial.

Prevención del cáncer de piel.

Es importante que el paciente se revise a sí mismo la piel, preferiblemente una vez al mes. Para ello, deberá conocer el aspecto de los lunares, las imperfecciones, las pecas y otras marcas que tenga en la piel para poder detectar cualquier cambio (Gil, Bernard y Lera, 2014)

El cáncer de piel es susceptible de un diagnóstico temprano, labor que debe ser desarrollada íntegramente por el especialista en medicina general integral (Gutiérrez, 2003).

Acciones tendientes a prevenir los carcinomas. Educación para la salud sobre la correcta exposición a las radiaciones solares:

Evitar las radiaciones solares entre las 11 a.m. y las 4 p.m, tratamiento especializado, observación periódica de aquellos pacientes con: cicatrices, úlceras cutáneas, atrofia senil de la piel e infección por virus del papiloma humano.

Acciones tendientes a prevenir el melanoma: Dispensarización y observación periódica de aquellos pacientes con nevo con modificaciones o que estén sometidos a traumatismos repetidos.

Modos eficaces para luchar contra esta enfermedad:

En primer lugar, evitar las causas que lo producen (prevención primaria) y en segundo, diagnosticar la enfermedad lo más tempranamente posible. Respetar las instrucciones de seguridad en el uso de sustancias cancerígenas y consultar al médico en caso de cambio de aspecto de un lunar, bulto o cicatriz (Gutiérrez, 2003).

Otras acciones: *Fotoeducación* y *Fotoprotección*

***Fotoeducación*:** Desde edades tempranas se debe conocer como "usar nuestro sol", educar en cual fototipo de piel tiene cada individuo (Grandi, 2015).

Educar en el vestuario correcto que se debe usar, en cuanto a las horas en que se puede o no disfrutar del sol y en cuanto a la práctica regular del autoexamen de la piel.

Reglas a tener en cuenta

Evitar las radiaciones solares entre las 11 a.m. y las 4 p.m.

Evitar los bronceados artificiales

Desarrollar el hábito de usar manga larga, pantalones largos, sombreros de ala ancha y sombrillas.

Ingerir regularmente frutas y vegetales.

Reconocer que los días nublados no significan protección.

Tener piel oscura no significa que esté totalmente protegido.

Realizar un autoexamen de piel de forma regular implica ganar salud. (Olaine, Gray, Díaz, Jiménez y Abreu, 2015)

Fotoprotección: La protección solar, significa conocer como el ser humano puede procurar la fotoprotección, conocer los fotoprotectores y cual fotoprotector es el más conveniente según el fototipo del individuo en particular. (Camacho, 2015)

Reglas a tener en cuenta

- Conocer que aplicar un protector solar no significa perder tiempo, significa ganar en salud.
- Conocer y aplicar lo que se conoce constituye otro concepto moderno. CONOCER Y APLICAR.
- Usar espejuelos y/o gafas de sol que tengan protección ante las radiaciones solares.
- Utilizar cremas y lociones fotoprotectores de forma regular durante la exposición prolongada a las radiaciones solares y de forma permanente si
- La Vitamina C tiene efecto protector frente a las radiaciones.
- La Vitamina E tiene efecto protector.
- El ácido acetilsalicílico por vía oral y la indometacina al 1% por iba tópica pueden tener efecto fotoprotector.
- La ingestión de té verde protege ante las radiaciones solares.
- La incidencia del cáncer de piel está en continuo aumento, sin embargo, gracias a la atención precoz, su mortalidad no aumenta. Educar a los más pequeños en la prevención es fundamental para combatirlo.

Experiencias en prevención del cáncer de piel en otros países

En Perú se realiza a nivel nacional el primer domingo de febrero de cada año, de manera gratuita el "Día del Lunar" gracias a una "Campaña de Educación, Prevención y Detección Temprana de Cáncer de Piel y Melanoma", ese día se realiza un trabajo voluntario de los dermatólogos peruanos estos cuentan con el apoyo de la industria farmacéutica; además con el auspicio del Ministerio de Salud y el Seguro Social de Salud. Debido al impacto que se produjo en los primeros cinco años y su importancia, el Ministerio de Salud oficializó el "Día del Lunar" con Resolución Ministerial 286-99 SA/DM, que fue publicada el 19 de junio de 1999 en el Diario Oficial "El Peruano". (citado en Sordo y Gutiérrez, 2013, p.12).

En Nueva York, en el estado de Texas, en encuestas en las peluquerías reveló que más de un tercio de los estilistas les controlan los lunares sospechosos en el cuero cabelludo a por lo menos la mitad de sus clientes y que la mayoría había recomendado consultar a un médico para confirmar que no fuera cáncer de piel. (Joelving, 2011).

En Boston, Alan Geller, de la Escuela de Salud Pública de Harvard agregó que, en los próximos dos años, les gustaría entrenar a la mayor cantidad de peluqueros profesionales que sea posible, que era una estrategia muy promisoria. (Joelving, 2011).

En Chile la organización de campañas que consisten en charlas de difusión del tema para el público en general, charlas para funcionarios del hospital Clínico de la Universidad de Chile y una obra de teatro infantil para los niños de los colegios cercanos al hospital, además de la campaña local de atención al público realizada en el hospital. Principales objetivos:

Educar a la población sobre los peligros de la radiación solar.

Medir el conocimiento y conducta de las personas en relación a la exposición solar.

Detección precoz de lesiones premalignas y malignas en la población asistente. (Zemelman, Araya, Rojas y Calderón, 2015)

CONCLUSIONES

El cáncer de piel geográficamente tiene mayor incidencia en las provincias centrales del país, afecta al sexo masculino y a personas de piel blanca. La predisposición genética, la edad, el fenotipo de la piel, la exposición solar son los principales factores de riesgo. Investigadores muestran que la inactivación del gen p53, es el más frecuentemente alterado en el cáncer. Existen modos eficaces para luchar contra esta enfermedad, está la prevención primaria evitando las causas que lo producen y el diagnóstico de la enfermedad lo más tempranamente posible a través del autoexamen de la piel.

REFERENCIAS

Camacho, F. (2015). *Antiguos y nuevos aspectos de la fotoprotección. Facultad de Medicina.* Universidad de Sevilla. Recuperado de https://docplayer.es/7339378-Antiguos-y-nuevos-aspectos-de-la-fotoproteccion.html

Cell Reports. (2014). Develan un mecanismo que protegen la piel del daño solar y del cáncer. *Jano.es. Medicina y humanidades.* Recuperado de https://www.jano.es/noticia-desvelan-un-mecanismo-que-protege-23207

Central European Time. (2014). Investigadores de Valdecilla desvelan un mecanismo que protege la piel del daño solar y del cáncer. *SANTANDER*: Europa press. Recuperado de https://www.europapress.es/cantabria/cantabriaxxi-00775/noticia-investigadores-valdecilla-desvelan-mecanismo-protege-piel-dano-solar-cancer-20141106181202.html

Estrada S.M., Domíngue, M.R. (2014). Cánceres cutáneos del paciente geriátrico. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol17_3_01/onc05301.htm

Gil, MP., Bernard, I., Lera, JM. (2014). Protocolo diagnóstico de la fotosensibilidad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada*. Recuperado de http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214707085

Grandi, P. Fotoeducación. (2015). Recuperado de http://www.biomer.cl/wp-content/themes/theme/pdf/fotoproteccion.pdf

Gutiérrez, RM. (2003). Cáncer de piel. *Rev Fac Med UNAM 46(4)*. Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2003/un034l.pdf

Joelving, F. (2011). ¿El peluquero debería controlar signos de cáncer de piel? *Intramed*. Recuperado de https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=73231

Larrondo, RJ., Miyares, D.E., González, AR. (2014). *Elementos para la prevención del cáncer* de piel. Recuperado de lhttp://bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol6_1_12/fdc05112.htm

MINSAP. Dirección Nacional de Estadísticas. (2017). *Anuario estadístico de salud*. Recuperado de http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf

Notimex. (2014). Personas mayores más proclives al cáncer de piel. Guadalajara. Recuperado de http://www.sld.cu/sitios/dermatologia/verpost.php?pagina=5&blog=http://boletinaldia.sld.cu /aldia&post_id=8600&c=1566&tipo=2&idblog=3&p=1&n=dca

Oficina Nacional de Estadísticas. (2015). *Pinar en cifras. Indicadores Demográficos.* Pinar del Río, Cuba.

Olaine, R., Gray, L., Díaz, G.O., Jiménez, PR., Abreu, MR. (2007). *Minicampaña de Fotoeducación.* Estado Táchira, Venezuela. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol 3_1_03/fdcsu109.htm

Sordo, C. y Gutiérrez, C. (2013). *Cáncer de piel y radiación solar: experiencia peruana en la prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma*. Recuperado de file:///C:/Users/HP/Documents/1ra%20busqueda.html

Veronique, B. y De Vries, BMJ. (2014). *Melanoma: Epidemiología, factores de Riesgo y prevención.* Recuperado de http://www.bmj.com/content/337/bmj.a2249

Zemelman, V., Araya, I., Rojas, I. y Calderón, P. (2015). *Campaña de prevención de cáncer de piel, organizada por el Servicio de Dermatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*. Recuperado de http://articulos.sld.cu/dermatologia/?s=cancer%20de%20piel

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

EDUCATIVE STRATEGIC FOR THE PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES ON ADOLESCENTS AND YOUNGS

Eduardo Almaguer Méndez eduvane@nauta.cu

Yamilé Méndez Mayo yamilemendez@nauta.cu

Yoenny Peña García yoennypg@ltu.sld.cu

RESUMEN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen riesgos graves para la salud y el bienestar de millones de personas en el mundo, se encuentran entre las enfermedades infecciosas más comunes, además, facilitan la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Se realizará una intervención (educativa) en salud utilizando la metodología de la planificación estratégica, con participación familiar y comunitaria para la prevención de las ITS en los adolescentes y jóvenes del CMF 28, Área de Salud “Romárico Oro Peña”, Municipio Puerto Padre durante septiembre de 2018 a agosto de 2019. La población de estudio estará constituida por el total de adolescentes y jóvenes del consultorio, que deseen participar en la investigación, previo consentimiento informado de ellos y/o sus tutores legales. Para la recolección de la información se utilizará una ficha de obtención de datos, una guía de observación. Se determinará la frecuencia absoluta y relativa porcentual de cada una de las variables, la media y desviación estándar. Los resultados se expondrán en cuadros y gráficos para su mejor interpretación. Se realizará una amplia revisión bibliográfica que permitirá comparar los resultados que se obtendrán con la literatura e investigaciones publicadas por otros autores.

PALABRAS CLAVES: ITS, VIH/sida, prevención, estrategia intervención educativa, adolescentes, jóvenes.

ABSTRACT

The sexual transmission infections (STI) they constitute serious risks for the health and the well-being of millions of people in the world, they are among the most common infectious illnesses, also, they facilitate the transmission of immunodeficiency human virus (HIV) that causes the acquired inmunodeficiency syndrome (AIDS); without doubts one of the main problems of the health at the present time, with an important morbidity and mortality in the population's younger sectors, producing considerable social costs and losses of lives. It will carry out an intervention (educational) in health using the methodology of the strategic planning, with family and community participation for the prevention of the STI in the adolescents and young of the CMF 28, Health Area´s "Romárico Oro Peña", in Puerto Padre´s Municipality. The sample will take through a probabilistic sample, of simple random type, with a level of significance of 95%. It will be carried out a wide bibliographical revision that will allow to compare the results that they will be obtained with the literature and investigations published by other authors.

KEY WORDS: STI, HIV/aids, prevention, educational intervention strategy, adolescents.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en el mundo viven con el VIH alrededor de 42 millones de personas; 2,6 millones más que en el 2014,[4] de ellos 10,3 millones son jóvenes de 15 a 24 años lo que representa el 42 % de las personas infectadas recientemente. Por otra parte, el 50 % de las nuevas infecciones por el VIH (casi seis mil diarias) sucede en personas jóvenes. Si se hace un análisis de género, se aprecia que infecta a un número cada vez mayor de mujeres, y a edades significativamente más tempranas que en el caso de los varones (Caetano, 2016 y ONUSIDA, 2017).

Cuba se considera entre los países caribeños menos afectados. La epidemia se ha caracterizado por un aumento lento y sostenido con mayor incidencia en el último quinquenio. Las estadísticas de la Dirección Nacional de Epidemiología a finales del 2017 mostraron un incremento en el número de casos en relación con el año precedente. Se han diagnosticado un total acumulado, desde 1986, de 29 304 seropositivos, 80 % de estos son del sexo masculino y el 20 % mujeres. Los hombres que tienen sexo con otros hombres constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad y el 86 % de los casos masculinos reportados. La forma de infección predominante es la transmisión sexual (Ochoa, 2003).

A lo largo de la historia de la aparición del virus en Cuba, la incidencia de la infección se ha registrado fundamentalmente en edades entre 15 a 29 años, grupo donde se concentra algo más del 70 %, aunque en los últimos años ha aumentado en edades más avanzadas, entre 25 a 34 años. De ahí la importancia de dirigir los esfuerzos a la educación de la sexualidad para la prevención de la infección (Ochoa, 2003).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la adolescencia como la etapa de la vida que se desarrolla entre los 10 y 19 años de edad, con dos fases en ella: la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. En esta etapa se produce una interacción de los procesos de desarrollo biológico, psicológico y social en las personas que conducen a la madurez, están conformándose la identidad, la autonomía y el proyecto de vida (ONUSIDA, 2017).

En esta época es común la curiosidad e interés sobre temas relacionados con la sexualidad, sobre todo lo relacionado con el aspecto erótico. Lo anterior implica la necesidad de un abordaje integral de la sexualidad donde juega un papel determinante la promoción de comportamientos responsables desde edades tempranas, encaminados a transformar positivamente las situaciones sociales que generan riesgos para la salud (Castro, 2003, 2014).

Se sabe que existen algunos factores que hacen particularmente vulnerables a los jóvenes a la infección por VIH/sida y otras ITS. En este sentido, el inicio de las relaciones sexuales en edades precoces significa que se tendrán mayor número de parejas y, por lo tanto, una mayor exposición a infecciones, que los individuos que retrasan el inicio de la actividad sexual hasta la adolescencia tardía o adultez joven. Los varones adolescentes son menos estables y efectivos en el uso de anticonceptivos que los adultos, por lo que se benefician menos de su efecto protector, tienen menos parejas estables, se refugian en múltiples parejas sexuales y de hecho aumenta la exposición a las infecciones, además que, el deseo de aventura y el afán por explorar

cosas nuevas, predispone a los jóvenes a adoptar comportamientos de riesgo en relación con el VIH (Ma Q, 2015 y Mirabal, 2014).

Se pudo comprobar que desde 1986, cuando se diagnosticaron los primeros casos de infección por el VIH en el país, se implementaron, desarrollaron y fortalecieron, numerosas acciones encaminadas a limitar la progresión de la epidemia y minimizar su impacto en la población cubana, donde fue decisiva la voluntad política. De esta manera, se creó en la primera mitad de los ochentas, el Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el sida (GOPELS), constituida como la autoridad nacional para la coordinación y conducción del abordaje multisectorial de la epidemia, dirigida por el Gobierno e integrada por todos los organismos y organizaciones que participan en el Plan Intersectorial. Este grupo se perfeccionó en 1997 con un enfoque más integral mediante el Plan Intersectorial para la Educación, Prevención y Control de las ITS/VIH/sida. Abarca todos los municipios y provincias del país, para potenciar la respuesta a nivel local, desarrollar capacidades y fortalecer las acciones en los territorios más afectados por el VIH (MINSAP, 2017 y Ochoa, 2003).

El Programa Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida, se implementó desde 1986, integra los componentes de educación, prevención, diagnóstico, vigilancia epidemiológica, atención y cuidados e investigaciones. Su componente educativo tiene el propósito de promover conductas sexuales, actitudes y prácticas saludables en la población, con énfasis en los grupos más afectados por la epidemia, a través de la participación comunitaria y la intersectorialidad (Ochoa Soto et al, 2003).

Como respuesta nacional al comportamiento del VIH, se creó el Plan Estratégico Nacional para las ITS/VIH/sida 2001-2006 y se ha venido actualizando quinquenalmente hasta el 2018, en el que se formula la respuesta multisectorial de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención sanitaria y social en la población general y de riesgo, con el objetivo de "limitar la progresión de la epidemia y minimizar su impacto en la población cubana" (MINSAP, 2014).

Estos programas están dirigidos al desarrollo de conocimientos y comportamientos adecuados en los adolescentes, para que puedan vivir una sexualidad sana, con un disfrute pleno, pero teniendo en cuenta que el VIH existe y "el riesgo de contraerlo está entre nosotros" lo importante es saber cómo evitarlo (Ochoa Soto et al, 2003).

La influencia que pueden ejercer los distintos espacios donde los adolescentes y jóvenes se desarrollan en su vida cotidiana es determinante, más aún si se considera que en esta etapa de la vida, las relaciones con sus coetáneos revisten un carácter especial, sobre todo en la esfera sexual, y el desconocimiento sobre las ITS y factores de riesgo relacionados con la adolescencia y la sexualidad, así como el reporte todo los años de casos de ITS en adolescentes y jóvenes en el CMF 28, son la motivación para la realización de esta investigación.

Diseño de la propuesta de intervención para la prevención de las ITS en adolescentes y jóvenes.

Momento explicativo:

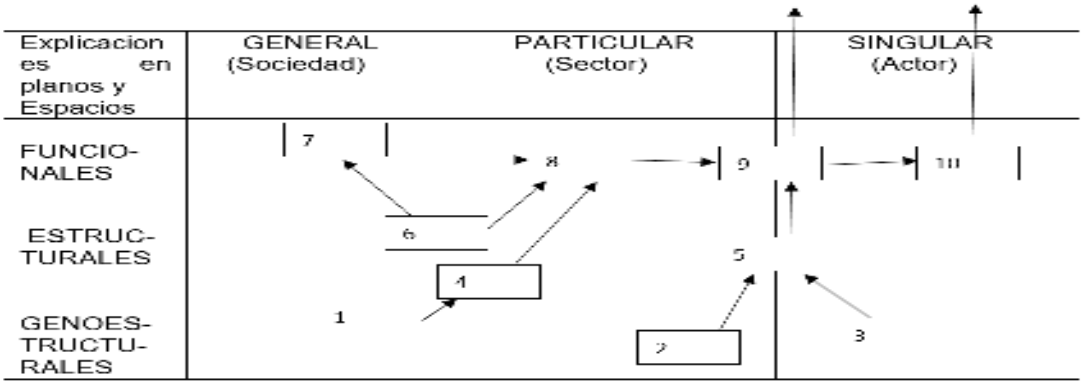
Como parte del momento explicativo se realizará una caracterización y descripción del problema (según variables clínico epidemiológicas de la incidencia y prevalencia de las

ITS en adolescentes y jóvenes) en el territorio (CMF 28, Área de Salud “Romárico Oro Peña”, Municipio Puerto Padre. 2018-2019), utilizando la planificación estratégica como método empleado para el diseño de la estrategia de intervención en salud.

Se procederá a realizar el análisis causal a través de la Red o Maraña Causal de Mario Róvere, como etapa final del momento explicativo.

En esta técnica se identificarán las dimensiones de las ITS como problema de salud en los Planos Funcional, Estructural y Genoestructural y los Espacios General, Particular y Singular. Identificándose los nudos críticos (principales causas) que permiten actuar sobre ellos para suprimirlos y así disminuir o reducir la incidencia de las ITS en el área de salud.

Red explicativa causal



De donde se identificarán lo nudos críticos (causas), sobre los cuales se intervendrá para prevenir las ITS en adolescentes y jóvenes en el área de salud.

Los nudos críticos son las causas que desencadenan situaciones de conflicto psicológico, familiar y social en el individuo con disminución de la autoestima y pérdida de percepción de la realidad, lo que conduce a las prácticas sexuales de riesgo.

Momento normativo:

Visión:

Aumentar el conocimiento y la percepción de riesgo y a largo plazo disminuir la incidencia de las ITS (en adolescentes y jóvenes) en el CMF 28.

Misión:

Dispensarizar al 100 % de los adolescentes y jóvenes con riesgo de ITS.

Incrementar el seguimiento y control de los adolescentes y jóvenes con factores de riesgo.

Incrementar el seguimiento y control de los adolescentes y jóvenes con ITS.

Formar grupos de ayuda mutua.

Capacitar a los equipos básicos de salud en técnicas de ayuda y orientación psicológicas.

Incrementar las actividades de promoción y educación para la salud.

Desarrollar materiales educativos.

Fomentar el desarrollo de investigaciones sobre el tema.

Momento estratégico:

Matriz DAFO:

Para determinar las influencias internas o externas de los campos de fuerza sobre el problemade salud, es necesario recurrir a la MATRIZ DOFA O DAFO: instrumento que permite a través del análisis del campo de fuerzas, buscar alternativas de solución, considerando todas las posibles variantes de combinaciones de fuerza para las propuestas de intervención a efectuar en el futuro.

Matríz DAFO

ITS			**FUERZAS INTERNAS**	
			FORTALEZAS	DEBILIDADES
FUERZAS EXTERNAS	AMENAZAS		“FA”	“DO”
			DOFA	
	OPORTUNIDADES			
			“FO”	“DA”

Técnica de matriz DAFO. También conocida como DOFA o FODA o FADO, resulta de gran utilidad antes de proceder a determinar las actividades, acciones y subacciones que integrarán el proyecto de intervención para dar solución a los problemas identificados. El método consiste en el análisis de las fuerzas actuantes dentro y fuera del sector y que tienen influencia en el logro de la visión que los planificadores se proponen alcanzar.

Este instrumento o técnica investigativa se basa en el trabajo grupal y está dirigida al análisis de campos de fuerza, sistematizando la búsqueda de alternativas de solución a los problemas identificados, lo cual permite considerar todas las variantes de combinación de las fuerzas, tanto externas como internas, a la hora de diseñar el proyecto de intervención.

Definición operacional de las variables utilizadas:

Fortaleza. Condición existente en el interior del sistema que planifica, que favorece el logro de los objetivos trazados.

Debilidad. Condición existente en el interior del sistema que planifica que, de no controlarse, puede actuar oponiéndose al logro de los objetivos trazados.

Oportunidad. Condición existente en el contexto donde se desarrolla el sistema que planifica y que, de utilizarse, puede favorecer el logro de los objetivos trazados.

Amenaza. Condición existente en el contexto donde se desarrolla el sistema que planifica y que, de no enfrentarse, puede actuar oponiéndose al logro de los objetivos trazados.

Momento operacional:

Después de analizada la Matriz DOFA se procederá a la confección del Plan de Acción (estrategia de intervención educativa en salud), para darle solución a los nudos críticos que expliquen la falta de conocimiento sobre las ITS, tomando Objetivos estratégicos, Actividades a desarrollar por objetivos, participantes, Responsables, Fecha de ejecución, Cumplimientos de los Mismos y Resultados Esperados. Se diseñará un instrumento de evaluación para evaluar el cumplimiento de los objetivos trazados.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en general se contraen por contacto sexual. Los organismos que causan las enfermedades de transmisión sexual pueden pasar de una persona a otra por la sangre, el semen, el fluido vaginal u otros fluidos corporales (Caetano, 2016).

A veces, estas infecciones se transmiten por vías que no son sexuales; por ejemplo, de madre a hijo durante el embarazo o el parto, por transfusiones de sangre o agujas compartidas (Caetano, 2016).

Es posible contraer enfermedades de transmisión sexual de personas que parecen muy sanas y que, incluso, pueden no saber que tienen la infección. Las ETS no siempre presentan síntomas; por esta razón, los expertos prefieren el término «infecciones de transmisión sexual» en vez de «enfermedades de transmisión sexual» (Caetano, 2016 y Ochoa, 2003).

Toda persona sexualmente activa está en riesgo de exponerse, en cierto grado, a una infección de transmisión sexual. Los factores que pueden aumentar ese riesgo incluyen (Caetano, 2016 y Ochoa, 2003):

*Tener relaciones sexuales sin protección***.** La penetración vaginal o anal por una pareja infectada que no usa un preservativo de látex aumenta significativamente el riesgo de adquirir una ITS. El uso incorrecto o irregular de preservativos también puede aumentar tu riesgo.

El sexo oral puede ser menos riesgoso, pero aun así las infecciones se pueden transmitir sin el uso de un preservativo de látex o un protector bucal. Los protectores bucales (piezas delgadas, cuadradas, de goma, fabricadas con látex o silicona) evitan el contacto piel con piel.

Tener relaciones sexuales con varias parejas. El riesgo es mayor cuando tienes relaciones sexuales con más cantidad de personas. Así sean parejas simultáneas o relaciones monogámicas consecutivas.

*Tener antecedentes de ITS***.** Si ya has tenido una ITS es mucho más fácil que tengas otra.

Cualquier persona forzada a tener una relación sexual o actividad sexual. Afrontar una violación o agresión puede ser muy difícil pero es importante hacer una consulta tan pronto como sea posible. Se ofrece análisis de detección, tratamiento, y apoyo emocional.

El abuso de alcohol o el uso de drogas recreativas. El abuso de sustancias puede inhibir tu sentido común y predisponerte a tener comportamientos riesgosos.

*La inyección de drogas***.** Compartir agujas propaga muchas infecciones graves, entre ellas, el VIH, la Hepatitis B y la Hepatitis C.

Ser joven. La mitad de las ITS ocurren en personas de 15 a 24 años.

Hombres que solicitan recetas para medicamentos que tratan las disfunciones eréctiles. Los hombres que piden a sus médicos recetas para ciertos medicamentos, como sildenafil (viagra), tadalafil (cialis) y vardenafilo (levitra), tienen mayor riesgo de contraer una ITS. Si le pides a tu médico alguno de estos medicamentos, asegúrate de estar informado y tener relaciones sexuales seguras.

Ciertas infecciones de transmisión sexual (ITS), como la gonorrea, la clamidiosis, el VIH y la sífilis, se pueden transmitir de la madre infectada al hijo durante el embarazo o el parto. Las ITS en niños pueden ocasionar problemas graves y pueden ser mortales. Todas las embarazadas deberían hacerse los análisis para detectar estas infecciones y recibir tratamiento (Caetano, 2016 y Ochoa, 2003).

Debido a que, en las primeras etapas de una infección de transmisión sexual, muchas personas no tienen síntomas, es importante realizarse exámenes para detección de infecciones de transmisión sexual de modo de evitar complicaciones (Mirabal Fariñas et al, 2014).

Las posibles complicaciones incluyen (Mirabal, 2014. Ochoa, 2003):

- Dolor pélvico
- Complicaciones en el embarazo
- Inflamación ocular
- Artritis
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Esterilidad
- Enfermedades cardíacas
- Ciertos tipos de cáncer, como el cáncer rectal y cervical asociado con el virus del papiloma humano (VPH)

Existen varias formas de evitar o reducir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (Ochoa Soto et al, 2003. Sánchez Fuentes, 2006):

*Abstinencia***.** La forma más eficaz de evitar las infecciones de transmisión sexual es abstenerse de las relaciones sexuales.

Permanecer con una pareja que no esté infectada. Otra forma confiable de evitar las infecciones de transmisión sexual es tener una relación mutuamente monógama a largo plazo con una pareja que no esté infectada.

Esperar y verificar. Evitar las relaciones sexuales vaginales y anales con parejas nuevas hasta que ambos se hayan realizado exámenes para detectar infecciones de transmisión sexual. El sexo oral es menos riesgoso, pero usa un preservativo de látex o un protector bucal —un trozo cuadrado y delgado de látex o silicona— para evitar el contacto directo entre las membranas mucosas orales y genitales. Ten en cuenta que no existe ningún buen examen para detección de herpes genital para cualquier tipo de sexo, y el examen para detección del virus del papiloma humano (VPH) no está disponible para hombres.

Vacunas. Vacunarse con anticipación, antes de la exposición sexual, también es eficaz para prevenir ciertos tipos de infecciones de transmisión sexual. Hay vacunas disponibles para prevenir el virus del papiloma humano (VPH), la hepatitis A y la hepatitis B.

*Usar preservativos y protectores bucales siempre y correctamente***.** Usar un preservativo de látex o protector bucal nuevo cada vez que tengas relaciones sexuales, ya sean orales, vaginales o anales. Nunca uses un lubricante a base de aceite, como vaselina, con un preservativo de látex o un protector bucal.

*No beber alcohol en exceso ni consumir drogas***.** Si se está bajo la influencia de alcohol o drogas, es más probable el riesgo sexual.

Comunicación. Después de un contacto sexual importante, hablar con la pareja sobre cómo tener relaciones sexuales más seguras. Llegar a un acuerdo claro sobre las actividades que permitirán y las que no.

Considerar la circuncisión masculina. Existen pruebas de que la circuncisión masculina puede ayudar a los hombres a reducir el riesgo de contagiarse VIH de una mujer infectada (transmisión heterosexual) en hasta un 60 por ciento. Además, la circuncisión masculina puede prevenir la transmisión del VPH genital y el herpes genital.

Considerar el medicamento Truvada. En julio de 2012, la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) aprobó el uso del medicamento combinado emtricitabina-tenofovir (truvada) para reducir el riesgo de transmisión sexual de la infección por VIH en las personas con alto riesgo. También se utiliza la truvada como tratamiento para el VIH junto con otros medicamentos.

CONCLUSIONES

Desarrollar e implementar una estrategia de intervención educativa en adolescentes y jóvenes con participación comunitaria para la prevención de las ITS/VIH/sida, utilizando la metodología de la planificación estratégica permitirá identificar las causas y factores de riesgo presentes en este sector de la población que se atiende en el CMF 28, y así

desarrollar acciones más efectivas de prevención e incrementar el conocimiento y la percepción de riesgo en la comunidad y a largo plazo disminuir la incidencia de las infecciones de trasmisión sexual.

REFERENCIAS

Caetano, ME., Linhares, IM., Pinotti, JA., Maggio da Fonseca, A., Wojitani, MD., Giraldo, PC. (2016). Sexual behavior and knowledge of sexually transmitted infections among university students in Sao Paulo, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*; 110(1):43-6.

Castro, PL., Padrón, AR., García, A. (2003). *Familia, sexualidad y educación. Serie Educación y sexualidad.* Proyecto Educación formal para una conducta sexual responsable. La Habana: Programa Nacional de educación sexual, MINED.

Castro, PL., Torres, MA., López, AB., González, A., Padrón, AR. (2014). Conocer nuestra sexualidad y prevenir el VIH/sida. Para estudiantes y adolescentes. La Habana: *MINED/PNUD* (Ediciones Molinos Trade S. A).

Ma Q, Ono-Kihara., Cong, L., Xu G, Pan X., Zamani, S., (2015). Early initiation of sexual activity: a risk factor for sexually transmitted diseases, HIV infection,and unwanted pregnancy among university students in China. *BCM Public Health*; 9:111.

MINSAP. 2014. Plan estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2014-2018. Resolución ministerial 110. República de Cuba. La Habana: MINSAP.

MINSAP. (2017). Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP.

Mirabal, A., Meléndez, JE., Pouyot, A., Ferrer, Lao, C., Aguirre, R. (2014). La infertilidad como manifestación clínica de la infección por Chlamydia y otros agentes infecciosos. *MEDISAN* 18(8): 1038-1042. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800001&lng=es.

Ochoa, R., Sánchez, J., Villalón, M., Duque, I., Hernández, M., Cachón, L., Pérez, F. (2003). Manual para médicos de Familia sobre ITS VI sida. La Habana: *MINSAP/PNUD*.

ONUSIDA. (2017). *Programas Nacionales de SIDA /00.17E. Guía para el monitoreo y evaluación*. Ginebra, Suiza, ONUSIDA.

Sánchez, J., Duque, I., González, A. (2006). *Manual de capacitación para facilitadores juveniles en educación sobre las ITS/VIH/sida*. Centro Nacional de prevención de las ITS/VIH/sida. La Habana: MINSAP.

CARACTERIZACIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN LA MATERNA GRAVE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CHARACTERIZATION OF THE COMPLICATIONS IN THE MATERNAL ONE SERIOUS IN THE UNIT OF INTENSIVE CARES

Eliset Danela Rodríguez Peña danela9210@nauta.cu

Estrella Romero Valdivia

Santiago Pérez Manresa

RESUMEN

El embarazo, parto y puerperio son condiciones fisiológicas que deben transcurrir sin complicaciones. Cuando existe alguna alteración de este proceso podría acarrear grandes complicaciones tanto para la madre y el feto. Realizamos este estudio con el objetivo de caracterizar las complicaciones en las pacientes obstétricas graves admitidas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Ernesto Guevara de la Serna” de Las Tunas en el periodo comprendido entre enero de 2017 a febrero de 2018, de carácter descriptivo, longitudinal, prospectivo. Las variables utilizadas fueron: la edad; factores asociados; situación obstétrica en que ocurrió la complicación; complicaciones. Donde predominaron las gestantes entre 21 a 25 años , la mayoría sin factores obstétricos asociados, la complicación más frecuente fue la preeclampsia grave y la eclampsia , el momento más frecuente de aparición fue en el embarazo , más de la mitad de las pacientes permanecieron ingresadas por menos de 72 horas.

PALABRAS CLAVES: morbilidad materna extrema, preeclampsia, eclampsia.

ABSTRACT

The pregnancy, childbirth and puerperio are physiologic conditions that should lapse without complications. When some alteration of this process exists it could carry big complications so much for the mother and the fetus. We carry out this study with the objective of characterizing the complications in the serious obstetric patients admitted in the Unit of Intensive Cares of the Hospital "Dr. Ernesto Guevara of the Serna" of The Tunas in the period understood among January from 2017 to February of 2018, of descriptive, longitudinal, prospective character. The used variables were: the age; associate factors; obstetric situation in that it happened the complication; complications.

INTRODUCCIÓN

Como evento natural, la maternidad debería estar libre de complicaciones y, por lo tanto, de muerte. Los fallecimientos derivados del embarazo, parto y puerperio se consideran, en su mayoría, evitables con los recursos de la medicina actual, no obstante, cada año fallecen más de medio millón de mujeres en todo el mundo por estas causas.(Gortf, 2013 y Pérez, 2010).

La mortalidad materna sigue siendo demasiado alta, sobre todo en las regiones en vías de desarrollo. La razón de mortalidad materna de 240 en estas regiones fue 15 veces más alta que en las regiones desarrolladas (Ramírez, 2012). En este contexto de la materna complicada ha surgido también la denominación “Morbilidad Materna Severa o Grave” (“near miss”, morbilidad materna extrema), para referirse a complicaciones que

ocurren durante el embarazo, parto o puerperio, con peligro para la vida si no reciben una atención médica adecuada (Castañeda, 2013; de Moraes, 2013). Se ha propuesto considerar de esta manera a toda mujer que ingresa en unidades de cuidados intensivos (UCI) durante el embarazo o puerperio y requiere una terapéutica enérgica para evitar su muerte (Gortf, 2013). La morbilidad materna está relacionada con enfermedades médicas y quirúrgicas que pueden complicar el embarazo, por lo que requieren la colaboración de diferentes especialistas (Castañeda, 2013).

El surgimiento de las salas de terapia intensiva para la atención a la materna grave ha permitido disminuir la mortalidad y las complicaciones mediante la monitorización, invasiva o no, y el empleo de modernas técnicas diagnósticas y terapéuticas en estas unidades (Muñiz, 2016). Por tanto, hacer una interpretación adecuada de los efectos de la unidad de cuidados intensivos en la paciente obstétrica en estado crítico es vital con el objeto de normalizar la homeostasis materna para obtener resultados perinatales óptimos y, en especial, hacer hincapié en cuanto a mostrar la enfermedad materna desde el punto de vista de la medicina crítica (Cárdenas, 2016). Son pocos los estudios que abordan las principales complicaciones de las pacientes obstétricas que la conllevan a reportar de graves y luego ser admitidas en la Unidad de Cuidados Intensivos. En la provincia no se cuenta con estudios recientes que establezcan estos datos. Sin embargo, ha portado a su haber entre 3 y 5 maternas fallecidas al año en el último quinquenio. Por lo que nos proponemos caracterizar las principales complicaciones en las pacientes obstétricas graves admitidas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Ernesto Guevara de la Serna de Las Tunas en el periodo comprendido del 1ro de enero de 2017 al 28 de febrero de 2018.

Complicaciones obstétricas graves y su relación con variables demográficas.

El embarazo en la adolescencia constituye el 15 % de la fecundidad en las provincias orientales del país principalmente en las Tunas, Granma y Holguín y las complicaciones que esto conlleva. Luego le siguieron en orden descendente las de 26 a 30; 31 a 35 y las mayores de 36 años con 20; 12,9 y 8,3 % respectivamente. Esto coincidió con estudio habanero en el que encontraron como grupo etario más afectado el de 20 a 24 años con un 25,8 % (Gortf, 2013).

Pero en la misma capital del país esta vez desde el municipio de Guanabacoa se encontró como problema obstétrico en la materna grave el embarazo a edades extremas, con 21 % de las gestantes por debajo de los 20 años de edad y el 28 % por encima de los 36 años. En este estudio se encontró el 28,2 % de gestantes por debajo de 20 años, pero solo un 8,2 % de gestantes añosas estas últimas un 20 % menos a las del estudio de Guanabacoa. Resultado totalmente que solo se encontró un 2 % de gestantes graves menores de 20 años y un 20 % que sobrepasaban los 35 años (Bendezú, 2014). El autor considera esto está condicionado porque aun en la adolescencia no se ha alcanzado el desarrollo pleno de nuestro organismo, además de que en esta edad es mas difícil un control adecuado de las pacientes.

En la tabla 2 se tomó en cuenta los factores obstétricos asociados que presentaban las maternas graves estudiadas. El 38,8 % de las pacientes no presentaba ningún factor asociado, pero 30 de los casos presentaba el antecedente antes de su admisión en la UCI de hipertensión gestacional representando el 35,3 % de los casos estudiados.

Factores asociados.	No	%
Sin factores asociados	33	38,8
HTA	30	35,3
Obesidad	10	11,8
Tabaquismo	6	7,0
Diabetes gestacional	4	4,7
Sicklemia	2	2,4
Total	**85**	**100**

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes.

Muñiz (2016) y otros investigadores encontraron un 49,2 % de riesgo materno secundario a la HTA y plantean que la hipertensión durante el embarazo se asocia con un incremento del riesgo a presentar algunas complicaciones obstétricas y perinatales de gran magnitud, tales como la preeclampsia grave y la eclampsia.

Otro 11,8 % presentaba obesidad en su mayoría habían iniciado el embarazo con un IMC superior a 25 Kg/m^2. En el estudio villaclareño la obesidad no constituyó problema alguno, más todo lo contrario encontraron un 5 % de gestantes graves con malnutrición proteico-energética. El hábito de fumar es un flagelo que ha ido en ascenso en la juventud cubana, tanto es así que persiste aún durante el embarazo. De hecho, se observó el tabaquismo en un 7 % de los casos estudiados, algo mayor al 5 % encontrado en la provincia de Villa Clara en estudio similar. En el caso de las pacientes con diabetes gestacional solo encontramos 4 casos para un 4,7 %. Sin embargo, la diabetes no constituyó problema alguno en el estudio del centro del país (Gil, 2014).

En último lugar se encontraron 2 casos con anemia drepanocítica, para un 2,4 % de casos. En esta última patología hematológica la incidencia fue mucho menos frecuente a lo encontrado en la capital del país donde arrojó 17,9 % de maternas críticas con este antecedente (Gortf, 2013) y nula en Villa Clara (Gil, 2014). En estudios previos aquí en la provincia no se demostró asociación perjudicial entre las edades de 20 a 30 años, la diabetes gestacional y la HTA.

Hay grupos de mujeres que presentan un alto riesgo de desarrollar complicaciones serias durante el embarazo, el parto o el puerperio; el problema es que, aún en los grupos de alto riesgo, la mayoría de las mujeres paren sin complicaciones de importancia y, por otra parte, en los grupos considerados de bajo riesgo, algunas mujeres desarrollan complicaciones serias, por lo q creemos que el control del riesgo obstétrico antes, durante y después del parto es vital, y debe evaluarse dinámicamente de manera que se puedan modificar o eliminar todos los factores asociados que favorezcan la aparición de futuras complicaciones (MINSAP, 2016).

En la tabla 3 se tuvo en cuenta el momento de aparición de la complicación obstétrica. En el 72,9 % de los casos apareció la complicación y con ello el criterio de grave durante el embarazo. El 18,8 % fue en el puerperio y solo un 8,2 % de los casos presentó un parto tortuoso.

Tabla 3: Distribución de las pacientes según la situación obstétrica al momento en el cual ocurre la complicación materna.

Momento de aparición de las complicaciones	**No**	**%**
Durante el embarazo	62	72,9
Durante el parto	7	8,2
Durante el puerperio	16	18,8
Total	**85**	**100**

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes.

Este resultado no coincidió con lo expuesto por Muñiz (2016) refiere que un 63,1 % de las complicaciones eran en el puerperio, un 24,6 % durante el embarazo y un 12,3 % de las complicaciones durante el parto. Este último resultado sí estuvo acorde al de este estudio.Otro estudio relacionado con el tema dividió resultados con 41,4 % de las complicaciones en el embarazo e igual porcentaje para el puerperio y solo un 17,2 % en el parto. O sea obtuvo menos complicaciones durante el embarazo y más durante el parto y el puerperio que lo hallado en este estudio. La aparición significativamente alta de las complicaciones durante el embarazo creemos está en relación con la elevada incidencia de la enfermedad hipertensiva gestacional.

En la tabla 4 se muestran las causas más frecuentes de admisión en la UCI del centro. El primer lo ocupó las formas más severas de la hipertensión gestacional (preeclampsia-eclampsia) con 50 casos para un 58,8 %.

Tabla 4: Distribución de las pacientes según complicación que la conllevó al ingreso en UCI.

Complicación presentada	**No**	**%**
Preeclampsia/eclampsia	**50**	**58.8**
Hematoma retroplacentario	6	7,0
SIRS	5	5,9
Embarazo ectópico	5	5,9
Otras causas*	5	5,9

Pielonefritis aguda	4	4,7
Atonía uterina	3	3,5
TVP	3	3,5
Placenta previa	2	2,4
Bronconeumonía bacteria	2	2,4
Total	**85**	**100**

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes.

Esto no coincide con el estudio villaclareño donde se encontró la preeclampsia–eclampsia como segunda causa de admisión en la UCI con un discreto 20 %, sin embargo, las causas hemorrágicas se encontraban en el primer escaño en esa provincia del centro del país con 25 % de las maternas admitidas en la UCI. [13]Mientras que las hemorragias obstétricas en su conjunto no llegaban al 20 %. Una sencilla comparación a propósito de las hemorragias es la siguiente. La atonía uterina representó el tercer lugar de los ingresos, con un 15 % de las admisiones en UCI en Santa Clara mientras que esta patología era la séptima causa de ingreso en UCI en Las Tunas con un discreto 3,5 % de los casos. El autor considera esta en relación con las transgresiones dietéticas en nuestra población, que no existe el cuidado con respecto al consumo de gradas y carbohidratos sobre todo, así como de bebidas alcohólicas.

En el periodo estudiado no tuvimos que lamentar ninguna muerte materna, aunque fue un periodo breve (Martínez, 2017). En estudio realizado el 4,5 % de mortalidad materna, pero fue un estudio muy amplio con un periodo 10 años de duración y su muestra era 8 veces mayor a la nuestra por lo que pudiera justificar tal resultado.(Gortf, 2013). Las principales complicaciones causantes del 75 % de las muertes maternas son las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y los abortos peligrosos.

En el caso de las trombosis venosas profundas se observó en un 3,5 % de los casos muy por debajo a lo expuesto por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología en el cual señala una frecuencia de un 12 a un 15 % pudiendo ser mayor si se asocia al síndrome antifosfolipídico.No obstante, que no hubo muerte materna durante el tiempo de estudio hace exactamente un año atrás Las Tunas se pasó más de dieciséis meses sin muertes maternas.

Según este estudio y la bibliografía revisada consideramos entonces que las principales causas de morbilidad materna extrema o severa descritas a nivel mundial están asociadas a complicaciones obstétricas tales como la eclampsia, las hemorragias postparto, el embarazo ectópico, el embolismo de líquido amniótico, la sepsis, el tromboembolismo pulmonar, la rotura uterina, síndrome de HELLP y la coagulación intravascular diseminada, las cuales tienen relación con el manejo obstétrico de estas pacientes, fundamentalmente en el momento del trabajo de parto y el parto.

Como la hipertensión gestacional fue la complicación más frecuente se desglosó por edades y tipo de hipertensión presentada. Donde se observó que el grupo etario más afectado con este diagnóstico fue el de 21 a 25 años con 11 pacientes con preeclampsia y 6 con eclampsia, para un 20 % de los casos estudiados. Le siguió en orden descendente las gestantes entre 15 y 20 años con 8 pacientes con preeclampsia y 5 con eclampsia para un 15,3 %. A partir de los 26 años la incidencia de la preeclampsia fue descendiendo con 7; 6 en los grupos etarios de 26 a 30 y de 31 a 35 años respectivamente hasta culminar con un solo caso de preeclampsia por encima de 36 años.

De los casos con eclampsia solo se observó un caso en el grupo etario de 26 a 30 años y no tuvimos casos con este diagnóstico en pacientes con 31 años en adelante. Esto no coincidió con estudio publicado por Cárdenas y col. en esta misma provincia el año anterior en el cual planteó mayor riesgo de eclampsia en las gestantes entre 31 y 35 años. En el caso de la preeclampsia grave Guerrero y col. plantearon que era más frecuente que la eclampsia afectando el 84 % de los casos. En este estudio del total de los casos con hipertensión gestacional la preeclampsia ocupó el 71,2 % de los casos lo que coincidió con el estudio antes mencionado. Este mismo autor acotó solo un 3 % de sus casos estudiados con eclampsia muy por debajo del 14,1 % de los registrados en este estudio.

REFERENCIAS

Bendezú (2014). *Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital del seguro social del Perú*. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*. 60(4). Lima.

Castañeda, D., Martín, G., Estévez, A., Álvarez, M., Álvarez, S. (2013).Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en la provincia de Camagüey, 2009. *Rev cubana Higiene Epidemiología* 51(1): 4-15.

Cárdenas, R. (2016) Factores de riesgo de la morbilidad materna critica en embarazadas de Las Tunas. *Revista electrónica Dr. Zoilo Marinello Vidaurreta*;41(10).

Colectivo de autores. (2017) *Recomendaciones ante complicación no obstétrica de gestantes y puérperas.* Editorial Ciencias Médicas. La Habana.

De Moraes, A., Barreto, S., Passos, V., Golino, P., Costa, J., Vasconcelos, M. (2013) Severe maternal morbidity: a case-control study in Maranhao, Brazil. *Reproductive Health* 10(11). MEDLINE Complete.

Gil, I., Díaz, Y., Rodríguez, J. (2014) Morbilidad materna extremadamente grave y calidad de los cuidados maternos en Villa Clara. (Spanish). *Medicentro Electrónica* 18(2): 47-56 MedicLatina.

Martínez, T., (2017). Más de dieciséis meses sin muertes maternas en Las Tunas. *Revista Visión Tunera*. Mayo 11.

Ministerio de Salud Pública de Cuba.(2016) *Anuario Estadístico 2015 [Internet]*. La Habana: MINSAP.

Muñiz, M. Toledo, D., Vanegas, O. y Álvarez, V.(2016) Morbilidad Materna Extremadamente Grave en el Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa. La Habana, *Cuba (2008-2012). Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología* 42(3). 321-329. MedicLatina.

Seguí, F., Pérez, A., Hornedo, I., Valdés, E. (2013) Caracterización de la morbilidad materna grave en cuidados intensivos. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencia*; 12(3).

Pérez, A., Acevedo, O., Tamayo, F., Oviedo, R. (2010) Characterization of obstetric patients with multiple organ failure in the Intensive Care Unit of a Havana Teaching Hospital 1998 to 2006. *Medic Review* 12(2):27-32.

Ramirez, A. (2012). *El manejo basado en la evidencia de la Hemorragia Postparto. Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto.*Ginebra: Guía Nº52.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR EL COMPORTAMIENTO DE LOS ADOLESCENTES FUMADORES EN LA COMUNIDAD DE LA CALERA

EDUCATIONAL INTERVENTION TO IMPROVE THE BEHAVIOR OF THE SMOKING ADOLESCENTS IN LA CALERA COMMUNITY

Elizabeth García Rojas.

Rodolfo Reyes Cruz.

RESUMEN

Se realizó un proyecto de intervención educativa para elevar el conocimiento en los adolescentes fumadores del Consultorio Médico de la Familia # 50 “La Calera” perteneciente al Policlínico Mario Pozo del Municipio de Jesús Menéndez, Las Tunas, en el período comprendido entre octubre 2017 a mayo 2019. Para la realización de la misma, se caracterizó a los adolescentes fumadores y sus familias en cuanto a medidas preventivas, con el fin de mejorar el comportamiento de los 52 adolescentes fumadores de la comunidad. Como resultado se obtuvo que se modificó la conducta de 42 adolescentes con respecto al hábito de fumar logrando que cinco lo abandonaran totalmente. Se aplicó un Programa Educativo a los adolescentes fumadores mediante la aplicación de encuestas y entrevistas, dirigido a enseñar elementos generales del hábito, la prevención de factores de riesgo y la educación sanitaria, complicaciones, diagnóstico y tratamiento del paciente fumador. Se evaluó el impacto alcanzado en el trabajo comparando los resultados iníciales con los obtenidos después de aplicada la intervención educativa evidenciándose que se logró modificar los conocimientos en los adolescentes sobre los efectos dañinos del tabaquismo.

PALABRAS CLAVES: tabaquismo, hábito de fumar, factores de riesgo, adolescentes.

ABSTRACT

Introduction. It was carried out a project of educational intervention to elevate the knowledge in the smoking adolescents of the Family doctor's office #50 La Calera belonging to the Policlinic Mario Pozo of the Municipality of Jesus Menéndez, in Las Tunas, in the period understood among October 2017 to May 2019. For the realization of the same one, it was characterized to the smoking adolescents and their families as for preventive measures. It was modified the behavior of 42 adolescents with regard to the habit of smoking achieving that five abandoned him totally. Method. The intervention consisted on applying an Educational Program to the smoking adolescents by means of the application of surveys and interviews, directed to teach general elements of the habit, the prevention of factors of risk and the sanitary education, complications, diagnosis and the smoking patient's treatment. Were evaluated the impact reached in the work comparing the first results with those obtained after having applied the educational intervention being evidenced that it was possible to modify the knowledge in the adolescents on the harmful effects of the tobaccoism.

KEY WORDS: tobaccoism /habit ofsmoking/ factors of risk/adolescents

INTRODUCCIÓN

El tabaco es conocido por la civilización occidental desde finales del siglo xv, cuando observaron su uso por los aborígenes del Caribe, durante el descubrimiento de América. Rápidamente se extendió por Europa y otras partes del mundo, aunque su cultivo, procesamiento y comercialización siguieron un proceso de desarrollo relativamente lento. Los estudios encaminados a encontrar asociación entre enfermedad, muerte y consumo de tabaco han tratado de ser minimizados por la industria tabacalera que intenta desmentir los riesgos. Su poderío económico le permite, no sólo publicitar de las formas más efectivas su producto, sino neutralizar las acciones que las autoridades sanitarias y la sociedad civil emprenden (Cardentey, 2016).

El hábito de fumar se puede definir como "la adicción a fumar productos manufacturados del tabaco en cualquiera de sus presentaciones (cigarrillos, tabacos, o picaduras para pipas), que lleva a la adicción por su contenido en nicotina"(Cardentey, 2016, p.3)

La Organización Mundial de la Salud estima que existen mil millones de fumadores en el planeta y ochocientos de ellos viven en países en vías de desarrollo, donde hay tendencia a aumentar su uso; señala al tabaquismo como la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte prematura, y ha planteado que mueren aproximadamente 14 000 personas al día, por alguna delas enfermedades atribuibles a este.

Un estimado de 12 000 muertes fueron atribuibles al uso del tabaco en el año 1986, lo que representó 16 % del total de fallecidos. Estimaciones posteriores muestran que estas cifras no han disminuido. En un estudio de neoplasia del pulmón se comprobó que el factor de riesgo más frecuente fue el tabaquismo con 85,3 %.Alcanza una prevalencia mundial del 47 % en la población masculina de adultos, frente al 12 % en la mujer, y en los últimos años se observa un comienzo más precoz del hábito, particularmente en el inicio de la adolescencia, según estudios de Méndez (2017).

En Cuba se realizó en 2015 la encuesta nacional de factores de riesgo llevada por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), que mostró que el 36,8 % de la población de 17 años y más, es fumadora, y que la edad de inicio en un 75,5 % fue antes de los 20 años. Uno de cada 10 individuos se inició antes de los 12 años; mientras que 4 de cada 10, entre los 12 y 16 años. Resultados preliminares en el 2015 mostraron que no se ha producido reducción en la prevalencia de los fumadores.

Las cifras en la actualidad de mortalidad oscilan en 200 mil drogadictos al año en el mundo, y es significativo el número de adolescentes que cada año se incrementa. Por ello es vital que el personal de salud que atienda a un adolescente con adicciones, conozca a profundidad las características de esta etapa de la vida, pues es un período de crecimiento y desarrollo donde la relación con la búsqueda del contacto íntimo con el otro es la actividad rectora, y esta característica, a su vez, hace que los grupos de adolescentes sean propensos a consumir sustancias tóxicas, a veces por curiosidad, por no perder el reconocimiento y aprobación del grupo; otras por destacarse y llamar la atención de los demás, o por evadir conflictos con los amigos, padres, maestros u ocultar sentimientos de depresión y soledad. Es decir, es la etapa de la vida del ser

humano más susceptible para desarrollar una drogadicción, en la cual se suceden sistemáticos cambios en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos. (Suárez, 2014).

La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes, *Global YouthTobaccoSurvey* (GYTS) fue desarrollada por la OMS para analizar la evolución del consumo del cigarrillo entre los jóvenes en países de todo el mundo, usando para ello una metodología común y un cuestionario único. Comienza a aplicarse en Cuba en el año 2011 y luego en 2015, con resultados similares a estudios nacionales, en los que se evidenció que una cuarta parte de los adolescentes había fumado alguna vez. Es, por tanto, de gran importancia, investigar desde las edades tempranas de su aparición este fenómeno, qué condiciones lo favorecen, y cómo puede el Médico de Familia actuar en el entorno del adolescente en relación con este hábito. (Ramírez, 2017 y García, 2016).

Diagnóstico sobre el estado del tabaquismo en adolescentes fumadores del municipo Jesús Menéndez.

En el municipio de Jesús Menéndez se han realizado diferentes estudios del hábito de fumar, sobre su morbilidad, su mortalidad y sus complicaciones, pero se conoce la existencia de investigaciones de intervención educativa que tratan de informar, orientar, y educar específicamente al adolescente y sus familiares sobre su enfermedad, sobre las posibles complicaciones que el mismo puede acarrear tanto a corto como a largo plazo. Es de vital importancia para el escolar el conocimiento de todos los aspectos referentes al dañino hábito y de las armas con que cuenta para poder eliminarlo. Con este estudio, durante el desarrollo del mismo, y una vez concluido, este tipo de paciente y sus familiares alcanzaron un mayor conocimiento sobre el hábito de fumar que les permitió enfrentarse a los diferentes eventos que en ellos suceden y elevar su calidad de vida.

El equipo de investigación ante la problemática que representa para la salud del adolescente, las dificultades que esta genera en la familia, y las limitaciones sociales que produce el hábito de fumar en el municipio de Jesús Menéndez, se cuestiona: ¿Cómo repercutiría la educación profiláctica y terapéutica en el estado de salud del adolescente fumador en el municipio de Jesús Menéndez?; ¿En qué medida la educación profiláctica y terapéutica en adolescentes fumadores incrementará su calidad de vida?; ¿Qué impacto familiar, social, y económico tendría la educación profiláctica y terapéutica en pacientes fumadores?

Así en este municipio durante el año 2017 se conoció que fumaron más de 3826 personas cifra alarmante con los tiempos actuales, en cambio hacia el 2018 se observó una tendencia a disminuir esta cifra aunque no relevante, en tan solo 16 personas menos.

Se propone, una estrategia de intervención educativa en adolescentes fumadores de la comunidad de La Calera del municipio de Jesús Menéndez perteneciente al policlínico Mario Pozo Ochoa donde se explicó en qué consiste la enfermedad, las consecuencias nocivas del hábito, las posibles complicaciones que puede ocasionar, para lograr mejorar la calidad de vida de estos adolescentes.

Agregar que en existe el Programa Nacional para la prevención y el control del tabaquismo dirigido a los jóvenes y adolescentes evidenciando resultados cada año

superiores, pues lleva a cabo acciones encaminadas a respirar un aire no contaminadomediante actividades culturales, deportivas y recreativas que promueven un estilo de vida saludable. También se crean clubes de niños y jóvenes interesados en combatir el tabaquismo y se producen objetos de promoción como pullover, gorras, mochila y otros para distribuir entre los jóvenes utilizando lemas antitabaco.

En la caracterización epidemiológica de los adolescentes fumadores de la comunidad de La Calera se evidencia que la edad en la que predomina el hábito de fumar es en la de 17-18 años con un total de 21 adolescentes representando el 40,4 % de la muestra estudiada, seguido por los representados en los 14-16 años con 19 adolescentes para un 36,5 %del total. Si comparamos estos resultados con estudios realizados en Chile, Vietnam, parte de África y República Dominicana que coinciden que la edad predominante para el hábito de fumar es de 17-18 años en la población general. El municipio Jesús Menéndez lejos de dar muestras de dejar de consumir el tabaco cada día se observan más jóvenes iniciándose en su consumo, unido al consumo de alcohol considerando esto un problema para la familia y la salud del adolescente.

Se muestra que existe un predominio del hábito de fumar en los adolescentes del sexo masculino con un total de 34 pacientes representando el 65,3 % de la muestra estudiada, mientras que el sexo femenino no está muy lejos de tener prevalencia ya que cada día la mujer tiene un papel importante en la sociedad, y en investigaciones a nivel municipal como nacional dan como resultado que apenas hay diferencias entre el número de féminas y hombres que practican tan nocivo hábito.

Las complicaciones respiratorias son las más frecuentes con el 59,6% del total de la muestra, en tercer lugar las complicaciones cardiovasculares las cuales se presentaron en un total de 7 fumadores lo cual representa el 13,4 % de los adolescentes encuestados. Las complicaciones psicológicas son las menos frecuentes en los adolescentes fumadores solo representan el 7,70%.

Pese a las advertencias acerca de los daños que ocasiona a la salud humana, los programas de desintoxicación existentes e incluso las experiencias de individuos cercanos que fallecen a causa de enfermedades relacionadas con ese hábito. La realidad demuestra que aun cuando muchas personas logran dejar de fumar con un tratamiento médico y sobre todo con voluntad, la decisión de llevarse un cigarrillo a la boca es muy personal. De ahí que el perjuicio que ocasiona tal adicción, incluso para los llamadores fumadores pasivos o involuntarios, constituya una preocupación, al convertirse el tabaquismo en una epidemia que golpea a todos los grupos sociales y constituye la primera causa de muerte prevenible en el planeta. Las cifras son alarmantes: en el mundo todos los días se aspiran más de 10 millones de cigarrillos por minuto; en el año 2017 fallecieron 5,1 millones de individuos por dolencias vinculadas con el tabaquismo y esa cifra podría elevarse a más de10 millones en el 2025.

El tabaquismo es responsable del 12 por ciento de la mortalidad adulta anual; 33 por ciento de las muertes por cáncer; 80-90 por ciento del cáncer de pulmón; 79 por ciento de las bronquitis crónicas y el enfisema y el 25 por ciento de las cardiopatías. Estos alarmantes resultados también coinciden con estudios hechos en la Unión Europea donde se conoce que una de cada cinco muertes atribuibles al tabaco es ocasionada por el tabaquismo pasivo y que en aquellas personas expuestas al HTA es mayor el

riesgo de contraer cáncer de pulmón, complicaciones respiratorias y enfermedades cardiovasculares.

Existe un mayor número de adolescentes fumadores en las familias donde existen relaciones familiares regulares con un total de 23familias lo cual representa un 44,3%, seguido por las familias con relaciones familiares malas con un total de 19 para un 36,5 %, mientras que las familias con relaciones buenas representan el 19,2 % con un total de 10. Lo cual demuestra que en aquellas familias donde la comunicación y las relaciones familiares no están basadas en la confianza hacia sus padres y las relaciones entre sus miembros, en especial con los aspectos relacionados con el adolescente, sus preocupaciones, sus aspiraciones, sus deseos de estar a la moda y principales motivaciones fue donde predominó el hábito de fumar.

Intervención educativa para mejorar el comportamiento de los adolescentes fumadores en el Municipio Jesús Menéndez

Evaluación de la conducta asumida por los adolescentes después de la Intervención Educativa.

Conducta	No	%
No modificaron la conducta del hábito de fumar	10	19,2
Disminuyeron el hábito en un 25 % de lo habitual.	27	51,9
Disminuyeron el hábito en un 50 % de lo habitual.	5	9,61
Disminuyeron el hábito en un 75 % de lo habitual.	5	9,61
Abandonaron el hábito	5	9,61
Total	52	100

La conducta asumida por los fumadores después de la intervención educativa, se pudo observar que inicialmente 15 pacientes no modificaron el hábito de fumar para un 28,8 % y luego de la intervención solo 10 pacientes no modificaron su conducta para un 19,2%, antes 23 pacientes disminuyeron el hábito en un 25 % y después 27 para 44,2 y 51,9 % respectivamente. Iniciada la intervención 3 fumadores lo hicieron en un 50 % para un 5,76 % del total y en la segunda aplicación del cuestionario 5 adolescentes para un 9,61%, siendo la disminución de un 75 % de lo habitual el que solo logra 5 para un 9,61 % de 3 para 5,76 % del inicial. El abandono del hábito solo se logra en 5 fumadores para un 9,61 % del total. Lo cual demuestra la actitud positiva de los pacientes ante la necesidad de disminuir el consumo de cigarrillos para prevenir complicaciones a su salud, la de su familia y personas que les rodean, demostrando que se pueden obtener logros si la constancia es el factor que caracteriza el accionar diario del médico y la enfermera de la familia para lograr una mejor calidad de vida de esta población.

No existe hoy día una opinión unánime acerca de la importancia de la dependencia física a la nicotina como mayor o único componente de la adicción. *Allen Carr*, creador

de un conocido método para dejar de fumar, afirmaba que aunque la ansiedad provocada por la retirada de la nicotina es físicamente real, es más leve de lo que aparenta. Por tanto, esta ansiedad, aunque existente, podría estar multiplicada en la mente del fumador por factores sociales, situaciones de estrés o sus propios temores, lo que, de ser cierto, agregaría un componente psicológico muy importante a la adicción física.

CONCLUSIONES

En la comunidad de La Calera del municipio de Jesús Menéndez existió un predominio del hábito de fumar en adolescentes de 17-18 años del sexo masculino, siendo las complicaciones respiratorias las principales producidas por éste hábito.

Predomino la presencia del hábito de fumar con mayor número de adolescentes fumadores en los que ambos padres son fumadores y que conviven en familias donde las relaciones familiares y condiciones socioeconómicas son regulares.

Al aplicar esta intervención educativa resultó un impacto y se modificó la conducta de 42 adolescentes con respecto al hábito de fumar, logrando que 37 disminuyeran de manera significativa la prevalencia del hábito de fumar y 5 lo abandonaran totalmente.

REFERENCIAS

Álvarez, N., Gálvez, E., Díaz, D., (2017) Hábito de fumar en la adolescencia al nivel comunitario. *Rev Cubana Med Gen Integr;* Recuperado de: http://scielo.sld.c

Barrios J. (2017). *Efectos del tabaquismo pasivo en enfermedades bronco pulmonares*. La Habana. (Soporte digital).

Sánchez, E., Fernández, F. (2017). El rol de las autoridades fiscales en el control del tabaquismo. *Rev Cienc Méd Jun* 21(3): 62-67. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-000300010&lng=es

Álvarez, N., Gálvez, E., Díaz D., (2017) Hábito de fumar en la adolescencia al nivel comunitario*. Rev Cubana Med Gen Integr.* Recuperado de: http://scielo.sld.c

Barrios J. (2017). *Efectos del tabaquismo pasivo en enfermedades bronco pulmonares*. La Habana.

Cardentey J. (2016). El tabaquismo: un flagelo nocivo para la humanidad. *AMC* 20(2): 114-117. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-025520100002&lng=es.

Cheesman, SS., Suárez, N. (2015) Tabaquismo en estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. *Rev Cub Salud Pública*; http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100003&lng=es

García, A., Elizarde, M., Cárdenas, E., Solares C., Nieves, B. (2016). Tabaquismo: valores e integralidad. *Rev.Med.Electrónica*. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000300017&lng=es

González, M., Hernández Y., Vázquez, A., Alonso, B., y Ferreiro, A., (2016) Pasatiempo sin Humo: *Propuesta de Programa educativo, contra el hábito de fumar en adolescentes*. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000500012&lng=es

Méndez, Y., Rivero, A. (2017) Comportamiento del hábito de fumar en el personal de la salud del Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola. Ciego de Ávila.

Ramírez, G. (2017). Tabaquismo en la infancia y la adolescencia: una adicción, un reto. *Revista Cubana de Pediatría* Recuperado de: http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/368.

Sánchez, E., Fernández, F. (2017). El rol de las autoridades fiscales en el control del tabaquismo. *Revista Ciencias Médicas* 21(3): 62-67. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-000300010&lng=es

Suárez, N. (2014) Mercado y consumo de cigarrillos en Cuba y la decisión entre tabaco o salud. *Revista Cubana de Salud Pública* Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000300003&lng=es.

CARACTERIZACIÓN DEL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES DEL POLITÉCNICO "OSCAR A. ORTEGA" Y EL PREUNIVERSITARIO "ASALTO AL POLVORÍN" DE DELICIAS

CHARACTERIZATION OF SMOKING IN ADOLESCENTS AT "OSCAR A. ORTEGA" POLYTECHNIC AND THE PRE-UNIVERSITY "ASALTO AL POLVORÍN" FROM DELICIAS

Elmer Héctor Pérez Leyva ehpl9910@gmail.com
José Ramón Martínez Pérez ramonin@ltu.sld.cu
Yenny Ferrás Fernández yennyf@ltu.sld.cu
Lourdes Leonor Bermudez Cordoví lourdeslbc@nauta.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar el consumo de tabaco en 331 adolescentes entre 14 y 18 años en el Área de Salud de Delicias entre los meses de febrero a mayo del 2018. Se aplicó un cuestionario donde se reflejaron las variables de interés. Como medidas de resumen se utilizaron las frecuencias absoluta y relativa. La prevalencia de tabaquismo en los adolescentes fue del 29,91%; predominó el sexo masculino y el inicio del consumo de cigarillos entre 13 y 15 años; el mayor número de adolescentes consumió de 2 a 10 cigarillos al día y lo adquieren principalmente en centros estatales; el 93,94% de los adolescentes tienen buen nivel de información. Se concluye que: la población estudiada, presentó una elevada prevalencia de tabaquismo; el consumo de cigarillos fue alto; tener información sobre el tabaquismo no previene su consumo.

PALABRAS CLAVES: consumo de tabaco, hábito de fumar, epidemiología, adolescencia.

ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study was carried out with the objective of characterizing the consumption of tobacco in 331 adolescents between 14 and 18 years of age in the Delicias Health Area between the months of February to May 2018. A questionnaire was applied which reflected the variables of interest The absolute and relative frequencies were used as summary measures. The prevalence of smoking in adolescents was 29.91%; male sex predominated and the beginning of cigarette consumption between 13 and 15 years; the largest number of teenagers consumed 2 to 10 cigarettes a day and they acquire it mainly in state centers; 93.94% of adolescents have a good level of information. It is concluded that: the population studied presented a high prevalence of smoking; the consumption of cigarettes was high; Having information about smoking does not prevent consumption.

KEY WORDS: tobacco consumption, smoking habit/epidemiology, adolescence.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es considerado la principal causa de enfermedades evitables y de incapacidades prematuras, llegando a ser en el siglo XXI la primera causa de muerte evitable; predispone además al padecimiento de otras enfermedades y produce cambios en la conducta, especialmente en los adolescentes quienes más adelante podrían iniciar el consumo de otras drogas. (Medina, Márquez, Torres, Ramos, Hernández, 2015).

Si las tendencias actuales continúan su curso el tabaco matará a 180 millones de personas en 2030, 140 millones en países en desarrollo y 40 millones en países desarrollados. Constituye un factor de riesgo en seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo, es la segunda causa principal de muerte y se estima que más de cinco millones de personas fallecen al año como consecuencia de su consumo. (Mena, Rodríguez, Ramos, 2017).

Según reportes recientes realizados por el grupo especial de trabajo de cáncer de pulmón, del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) se estima que en Cuba el 24% de la población de 15 años y más, fuman activamente, es decir, una de cada cuatro personas, y más del 50% está expuesta al humo del tabaco en su hogar, en el trabajo o en lugares públicos. (Medina, 2015).

En un análisis realizado por las investigadoras, Valdés y Sánchez (1999) citan al expresidente de los Estados Unidos, Jimmy Carter quien afirmó: “si los jóvenes no empiezan a fumar en la adolescencia, es poco probable que lo hagan cuando sean adultos … una vez que son adictos, tanto a los niños como a los adolescentes les cuesta mucho dejar de fumar” (Valdés y Sánchez, 1999, p.2).

La adolescencia es una etapa crucial de la vida del ser humano, en la que se producen profundos cambios físicos, psicológicos y sociales (Mena y col., 2017). Ello motiva que se trate de una etapa de transición, en la que, influidos por factores medioambientales, personales y del entorno del adolescente, e inducidos por una publicidad engañosa, se introducen hábitos tóxicos como el consumo de tabaco.

El hábito de fumar aparece regularmente en edades tempranas de la vida debido a que los niños comienzan a imitar a los padres (Medina y col., 2015), estos los envían a comprar cigarrillos y en ocasiones a encenderlos, empezando por curiosidad a escondidas, luego en la adolescencia continúan fumando influidos por sus compañeros.

En Cuba, en el año 2018, la tasa de mortalidad del cáncer de tráquea bronquios y pulmón ocupó el primer lugar tanto en el sexo masculino como en el femenino es bien difundido la influencia negativa que tiene el consumo del tabaco a largo plazo en el origen de estas neoplasias, así como también de otras como: laringe, labio, esófago, vejiga, entre otras. (MINSAP: Anuario estadístico de salud, 2018, 2019).

El tabaquismo es reconocido como uno de los factores fundamentales de riesgo para el desarrollo de algunas enfermedades crónicas, incluyendo patologías cardiovasculares, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, enfermedades cerebrovasculares, entre otras. El riesgo de contraerlas está directamente relacionado con la edad de inicio en su consumo. (Cabrera, González, de la Torre, 2018)

El control del tabaquismo en nuestro país comenzó en 1960, con la prohibición de la publicidad, seguido de la colocación en los envases de las cajetillas de cigarro, de la información sobre la nocividad de su consumo, hasta que se lanzó la campaña contra el hábito de fumar en 1985 que devino luego Programa Nacional. (Cabrera, y col., 2018) (Cuéllar, Jiménez, Ruíz, y Cárdenas, 2017).

Pereciera una contradicción que, considerando la indiscutible evidencia de los efectos adversos del tabaco, para la salud humana, millones de personas continúan fumando. La situación es de mayor gravedad, ya que muchos de estos fumadores y la mayoría de los nuevos fumadores, tanto en Cuba como en otros países, son adolescentes.

Todo lo antes expuesto nos motivó a realizar este trabajo, con el objetivo de caracterizar el consumo de tabaco en adolescentes del Área de Salud de Delicias entre los meses de febrero a mayo del 2018.

Metodología empleada

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para caracterizar el comportamiento del tabaquismo de adolescentes entre 14 y 18 años pertenecientes al Politécnico “Oscar A. Ortega” y el Preuniversitario “Asalto al Polvorín” del Área de Salud de Delicias entre los meses de febrero a mayo del 2018.

El universo y la muestra del estudio estuvieron integrados por 331 adolescentes con edades entre 14 y 18 años, pertenecientes al área de salud antes mencionada. Previamente se obtuvo el consentimiento de las autoridades educacionales y de los adolescentes y tutores participantes en la investigación.

El cuestionario se aplicó en sus respectivas aulas de clase por un encuestador independiente, entrenado según el protocolo establecido; quien les explicó en qué consiste y los motivos de la investigación; además del manejo confidencial de la información.

Se estudiaron variables como: edad, sexo, hábito de fumar, edad de inicio del consumo de tabaco, número de cigarrillos consumidos por día, vía de adquisición de los cigarrillos, lugar de consumo de los cigarrillos.

La base de datos y el análisis estadístico se hizo a través del programa Statistix, como medidas de resumen se utilizaron las frecuencias absoluta y relativa de las variables a estudiar.

Análisis y discusión de los resultados

La prevalencia del consumo de cigarrillos, en los centros educacionales estudiados, fue del 29,91% de los adolescentes encuestados.

Al revisar la bibliografía se observan valores que van desde un 11,5% como es el caso de un estudio realizado en Paraguay (Núñez y Núñez, 2007), hasta un 37,5%, en otro realizado en España (Suárez, Galván, Oliva, Doménech, Barroso y Guerrero, 2001). Podemos apreciar que los valores de prevalencia obtenidos, guardan relación con otro realizado en el país (Santiago de Cuba), donde se reportó el 29% de fumadores y hasta un 41,2% de individuos habían probado el cigarro alguna vez; cifras que los autores consideraron como elevadas. (Quinzán, Solano, López, Pérez, y Jiménez, 2015). Estos

resultados pueden estar relacionados con la insuficiencia de las actividades de promoción de salud orientada a estos grupos de edades y el no funcionamiento del club de adolescentes.

Tabla 1. Distribución de adolescentes según edad y sexo. Área de Salud Delicias, de febrero a mayo del 2018.

Grupos etarios	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
14 a 15 años	12	13,13	7	7,07	19	19,19
16 a 17 años	34	34,34	21	21,21	55	55,56
18 y más años	16	17,17	9	11,11	25	25,25
Total	62	62,63	37	37,37	99	100

En la distribución de adolescentes según edad y sexo (tabla 1) podemos observar que el sexo masculino con un 62,13% y la edad de 16 a 17 años (55,56%) fueron los más representados.

En los estudios revisados, (Cuéllar, Pérez, Quintana, Castro, 2017) se observó que el sexo masculino fue el más representado. El predominio de este sexo pudiera estar dado, por que ellos incorporan ciertos hábitos que están relacionados con el grado de rebeldía que presenta el adolescente frente al medio ambiente que le rodea y las ansias de representar adultez, aceptación e independencia; se trata de hábitos a los que los jóvenes son más susceptibles y, además, es el momento en el cual el individuo adopta estilos de vida que perdurarán a lo largo de su existencia. Habitualmente, se reporta que la edad de inicio del consumo de tabaco, comienza en la adolescencia temprana, sin embargo, hay otros autores que lo sitúan en la intermedia (Fernández, García, Valdés, Martín, 2012) lo cual coinciden los autores de esta investigación.

En la tabla 2: distribución de adolescentes según edad de inicio del consumo de cigarrillos podemos observar que el grupo de edad más representado fue el de 13 a 15 años con un 62,62%.

Tabla 2. Distribución de adolescentes según edad de inicio del consumo de cigarrillos. Área de Salud Delicias, de febrero a mayo del 2018.

Edad de inicio	No.	%
9 años o menos	3	3,03
10 años a 12 años	25	25,25

13 años a 15 años	62	62,62
16 años a 18 años	9	9,09
Total	99	100

La mayoría de los artículos revisados reportan el inicio del consumo de cigarrillos en edades similares al que este estudio encontró (Cuéllar y col., 2017), sin embargo, se debe señalar que en otros se ha reportado el inicio del consumo antes de los 10 años (Álvarez, Gálvez, Díaz, 2007), situación que se pone de manifiesto también en la muestra estudiada, donde 3 adolescentes (3,03%), comenzaron el consumo de esta droga antes de los 9 años. Este Hallazgo cobra más relevancia, al involucrar a parte de la población infantil, ya que, si se empieza a edades tempranas, es más probable que se continúe fumando en la adultez, es poco probable que se deje el hábito y el tiempo de consumo será más largo, con lo que aumentan los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas, así como se incrementa la incidencia de enfermedades malignas.

En cuanto a la distribución de adolescentes según número de cigarrillos por día (tabla 3) se observa que el 72,72 consumía de 2 a 10 cigarrillos al día, sin dejar de reflejar que un número considerable de adolescentes consumen entre 11 y más de 20 cigarrillos al día (18,18%).

Tabla 3. Distribución de adolescentes según número de cigarrillos por día. Área de Salud Delicias, de febrero a mayo del 2018.

No. de cigarrillos por día	No.	%
1 cigarrillo o menos al día	9	9,09
2 a 10 cigarrillos	72	72,72
11 a 19 cigarrillos	11	11,11
20 o más cigarrillos	7	7,07
Total	99	100

En la bibliografía revisada se reporta que el número de cigarrillos consumidos por día osciló entre 1 y 8 (Cabrera y col, 2018). La mayoría de los autores coinciden en que el riesgo de padecer cáncer o alguna otra enfermedad como consecuencia del tabaquismo se incrementa en relación al número de cigarrillos consumidos por día.

En la tabla 4 se recoge la distribución adolescentes según las vías de adquisición se observa que los adolescentes adquieren los cigarrillos en establecimientos estatales (41,41%), seguido de los vendedores callejeros con un 37,37%.

Tabla 4. Distribución de adolescentes según las vías de adquisición. Área de Salud Delicias, de febrero a mayo del 2018.

Vías de adquisición	No.	%
Establecimiento estatal.	41	41,41
Vendedor callejero.	37	37,37
De un amigo o amiga.	13	13,13
Otros maneras	8	8,08
Total	99	100

En algunos estudios revisados se pudo observar que la adquisición de cigarrillos se realizó en establecimientos estatales como tiendas, cafeterías, etc. y otros lo adquieren a partir de vendedores callejeros, resultado que coincide con lo obtenido en este trabajo (Cuéllar y col, 2017). Es necesario reflejar que a pesar de la prohibición de venta de cigarrillos a menores de edad (según la Resolución aprobada por el Ministerio del Comercio Interior), los fumadores activos adquieren los cigarrillos a través de estas instituciones o personas que se dedican a la venta ilegal del mismo sin que la edad resulte un impedimento para su adquisición, por lo que es preciso aumentar la exigencia en el cumplimiento de esta legislación y adoptar las medidas pertinentes.

Tabla 5. Distribución de adolescentes según los sitios de consumo habituales. Área de Salud Delicias, de febrero a mayo del 2018.

Sitios de consumo	No.	%
En la casa	5	5,05
En la escuela	23	23,23
Lugares públicos	11	11,11
Casa de amigos	15	15,15
Fiesta y reuniones sociales	42	42,42
Otros lugares	3	3,03
Total	99	100

La distribución de adolescentes según los sitios de consumo habituales son abordados en la tabla 5, en la misma podemos observar que el 42,42% de los adolescentes consumen cigarrillos con más frecuencia en Fiesta y reuniones sociales, seguido de la escuela con un 23,23%.

Otros autores reportan resultados similares, como es el caso del estudio Hábito de fumar en la adolescencia al nivel comunitario realizado en Ciudad de La Habana (Álvarez y col., 2007). Existe abundante información acerca de que la influencia de sus pares en los jóvenes ejerce un mayor efecto en el consumo de tabaco, influyen en la decisión de los individuos de consumirlos, más allá de una decisión "racional" de los mismos.

En relación a la aceptación de las regulaciones sobre el hábito de fumar, observamos que el 95,96% de los adolescentes están de acuerdo con ellas.

En la bibliografía revisada no se encontró referencia en relación a la aceptación de las regulaciones sobre el consumo de cigarrillos, pero como se puede observar, es necesario mejorar la calidad de la información presentada en la publicidad contra del tabaco y orientar los mensajes hacia una predisposición individual contra el tabaquismo.

En cuanto a la distribución de adolescentes según el nivel de información sobre el tabaquismo, se observó que el 93,94% de los adolescentes tienen un nivel de información bueno.

En la literatura revisada en relación a los conocimientos, se puede observar que se corresponde con el estudio Prevalencia del hábito de fumar en adolescentes escolares en Asunción, realizado en Paraguay (Núñez y Núñez, 2007) y el obtenido en otro realizado en un preuniversitario de Pinar del Rio (Iglesias, Mendiluza, Arteaga, 2017), además se observó que en las preguntas realizadas para determinar el mismo la mayoría de los adolescentes refirió conocer las consecuencias de fumar, lo que demuestra que en este caso el conocimiento no se considera un factor protector.

CONCLUSIONES

En los adolescentes estudiados la prevalencia del hábito de fumar alcanzó valores elevados; predominaron, el sexo masculino, la edad de 16 a 17 años y el inicio del consumo de cigarrillos de 13 a 15 años; el consumo de cigarrillos fue alto en la mayoría de los adolescentes; los cigarrillos son adquiridos principalmente en centros estatales; tener un buen nivel de información sobre el tabaquismo no evita el consumo de los mismos.

REFERENCIAS

Álvarez Valdés N, Gálvez Cabrera E, Díaz Garrido D. (2007). Hábito de fumar en la adolescencia al nivel comunitario. Rev Cubana Med Gen Integr. 23(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300006

Anuario estadístico de salud 2018. (2019). La Habana. MINSAP. Recuperado de: http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa_%C3%B1 ol-2018-ed-2019-compressed.pdf

Cabrera Velázquez M, González Ramos RM, de la Torres Moliné Y. (2018). Comportamiento del tabaquismo en adolescentes. Pre universitario "José Martí Pérez". Habana del Este, Cuba. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018. Recuperado de: http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/connvencionsalud/2018/paper/ download/575/327

Cuéllar Álvarez J, Jiménez Puig E, Ruíz Pérez T, Cárdenas García RI. (2017). Caracterización diagnóstica para la prevención de la adicción al tabaquismo en adolescentes. Rev Cub de Tecnología de la Salud. 8(4). Recuperado de: https://pdfs.semanticscholar.org/63d3/7f6dadfe4e25b3b17da6993613ed3819e8c3.pdf

Cuéllar Álvarez J, Pérez Inerárity M, Quintana Ugando M, Castro Díaz N. (2017). Caracterización del hábito tabáquico en adolescentes de un consultorio del médico de familia. Rev Cienc Méd Habana. 24(3). Recuperado de: http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/ 1134

Fernández Concepción M, García Sánchez MR, Valdés Jiménez L, Martín Estévez L. (2012). Tabaquismo y adolescencia. Rev Cienc Méd Habana. 18(1). Recuperado de: http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/ view/546/html

Iglesias Carbonell S, Mendiluza Nazco Y, Arteaga Prado Y. (2017). El tabaquismo en adolescentes preuniversitarios de la ciudad de Pinar del Río, Cuba. Rev Cubana Pediatr. 89(4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-753120170 00400007

Medina Martin AR, Márquez Socarrás CJ, Torres Guevara NC, Ramos Ramos L, Hernández Márquez Y. (2015). Presencia de consumo de tabaco en un grupo de adolescentes. Gaceta Médica Espirituana. 17(1). Recuperado de: https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2015/gme15 1d.pdf

Mena Cardoso A, Rodríguez Águila E, Ramos Hurtado I. (2017)El hábito de fumar en la adolescencia. Acta Médica del Centro. 11(1). Recuperado de: http://www.revactamedicacentro.sld.cu/

Núñez A, Núñez S. (2007). Prevalencia del hábito de fumar en adolescentes escolares en Asunción, Paraguay. CIMEL. 12(1). Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cimel/v12_n1/pdf/a04v12n1.pdf

Quinzán Luna AM, Solano Quinzán Y, López Vantour AC, Pérez Prada LA, Ramón Jiménez R. (2015) Prevalencia del tabaquismo en adolescentes de la Secundaria Básica “Argenis Burgos” MEDISAN 19(10),1232. Recuperado de: https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2015/mds1510h.pdf

Suárez López de Vergara RG, Galván Fernández C, Oliva Fernández C, Doménech Martínez E, Barroso Guerrero F. (2001). Tabaquismo en adolescentes, valores de cotinina en saliva y enfermedad respiratoria. Pediatr (Barc). 54(02),114-9. Recuperado de: https://www. analesdepediatria.org/es-tabaquismo-adolescentes-valores-cotinina-saliva-articulo-resumen-S1695403301786626

Valdés N y Sánchez S. (1999). El tabaco y las adolescentes: tendencias actuales. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 2. Recuperado de: http://uata.org.ar/images/didactica/polimodal/el_tabaco_y_su_impacto_en_la_mujer_adolescente.pdf

CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA DEL CONSULTORIO DEL MEDICO DE FAMILIA DE LOMA COLORADA

CHARACTERIZATION OF THE FACTORS OF RISKS OF THE PREGNANCY IN THE ADOLESCENCE OF THE CLINIC OF THE I PRESCRIBE OF FAMILY OF RED HILL

Elsa Alina Domínguez López alina@nauta.cu

Sandra Pérez Tomás

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia trae consigo riesgos para la salud de la madre, el hijo, la familia y la sociedad; esto constituye un problema social con repercusión médica. Con el objetivo de caracterizar los factores de riesgos del embarazo en la adolescencia en Consultorio Médico Familia 17 Loma Colorada. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y de intervención comunitaria desde diciembre del 2017 a abril del 2019. El universo estuvo constituido por 30 adolescentes y la muestra por 20 controladas entre 10 y 19 años.Los datos se procesaron y analizaron con medidas de frecuencias. Como resultado, se obtuvo que predominó el grupo de edad de 15 a 19 años, el estado civil la unión estable y la ocupación las amas de casas. La intervención educativa resultó efectiva al aumentar los conocimientos de las adolescentes sobre los riesgos y las consecuencias del embarazo en la adolescencia.

PALABRAS CLAVES: embarazo en la adolescencia, intervención educativa, factores de riesgo, adolescentes.

ABSTRACT

The pregnancy in the adolescence brings I get risks for the mother's health, the son, the family and the society; this constitutes a social problem with medical repercussion. To characterize the factors of risks of the pregnancy in the adolescence in Clinic Medical Family 17 Red Hill. The universe was constituted by 30 adolescents and the sample by 20 controlled between 10 and 19 years. The data were processed and they analyzed with measures of frequencies (percentage). The age group prevailed from 15 to 19 years, the civil state the stable union and the occupation the owners of houses. When investigating on the knowledge on obstetric antecedents, nutritional state and use of methods contraceptive went low to the beginning. The educational intervention was effective when increasing the knowledge of the adolescents on the risks and the consequences of the pregnancy in the adolescence.

KEY WORDS: embarrass in the adolescence, educational intervention, adolescent factors of risk.

INTRODUCCIÓN

La salud de los adolescentes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país. Los cambios que ocurren desde el punto de vista biológico, psicológico y social hacen de la adolescencia después de la infancia - la etapa más vulnerable del ciclo vital, por lo que debe ser privilegiada y atendida de manera especial. (Quintero, 2016)

Quintero, Castillo, Roba, Padrón y Hernández (2012), fundamentan que el embarazo en la adolescencia trae consigo riesgos para la salud de la madre, el hijo, la familia y la sociedad; esto constituye un problema social con repercusión médica. Los riesgos están dados por la inmadurez biológica, psicológica y social que poseen los adolescentes para enfrentar una maternidad y paternidad responsables. En las últimas décadas, las ciencias biomédicas y sociales - entre otras - han realizado estudios con el propósito de lograr estilos de vida saludables en los adolescentes, principalmente en mejorar su salud sexual y reproductiva.

La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como no deseados provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos y fuera del matrimonio. Los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre estos métodos o no tener un fácil acceso a su adquisición, algunos pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos. (Quintero, 2016).

Soto, Franco, Silva y Velázquez (2011) refirieron que este embarazo puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea éste espontáneo o inducido, además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben sentir mayor desprotección, mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años. Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran la anemia, la hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia), la diabetes gestacional, partos prematuros, niños bajo peso,Síndrome de muerte súbita del lactante y la muerte materna.

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. (Salven, Rodríguez, Furones, Ramos y Soler, 2015). Sin embargo, resulta insuficiente la información que se brinda sobre el comportamiento sexual responsable el hogar, la escuela y la comunidad. Por lo tanto, la orientación sexual que reciben proviene muchas veces de fuentes poco confiables. En el caso del hogar, la educación sexual no debe limitarse a niños y jóvenes, es imprescindible lograr una aceptación franca por parte de las generaciones más maduras. (Salven et al., 2015)

El Anuario Demográfico de Cuba reporta que en el 2016, 377 nacidos vivos fueron de madres menores de 15 años, en tanto que 16 725, de madres de entre 15 y 19 años. Por la parte paterna, 7 nacidos vivos fueron de progenitores menores de 15 años y 2 559, de padres entre 15 y 19 años. Por su parte, el Anuario Estadístico de Salud, indica que en 2016 la tasa de fecundidad en menores de 20 años fue de 50,0 por cada mil mujeres de ese grupo de edad.

Según Lugones (2014) en la provincia de Las Tunas en el 2017, la tasa de mortalidad infantil se comportó en un 8,4 % por mil nacidos vivos y se originaron 76 embarazos en adolescentes de ellos ocho fueron de las edades comprendidas entre 12 y 14 años y 68 de 15 a 19 años, lo que constituye una problemática de relevancia para el sector de la salud.

En el área de salud de municipio Menéndez el embarazo en la adolescencia constituye una problemática al indagaciones a través del Departamento Municipal de Estadística se reporta que en los años 2015 y 2016 se registraron 92 embarazos en adolescentes.

Al finalizar el 2017 el número se elevó a 123, incrementándose con 31 más que el 2015 y 2016, aspecto que repercute en el parto pretérmino y bajo peso al nacer. A propósito del bajo peso en el municipio al concluir el 2017 se registraron 29 recién nacidos bajo pesos de ellos dos fueron de adolescente, el abandono de la lactancia materna deserción escolar, aparejado por la falta de percepción de riesgo son causas y consecuencias del problema, por parte de madres, padres y la sociedad. Los anteriores planteamientos coinciden con la realidad de la comunidad del CMF 17: Loma Colorada, por todo lo anteriormente expuesto se realiza este trabajo.

Caracterización del embarazo en la adolescencia en el Municipio Menéndez.

Indicador: edad

Constituye un elemento primordial para la correcta concepción y desarrollo del embarazo, fundamentalmente en edades tempranas cuando es el principal factor de riesgo. En la actualidad habitan en el planeta alrededor de mil millones de adolescentes. Múltiples especialistas coinciden en plantear que una mayoría inician su vida sexual antes de los veinte años; otros reflejan un incremento anual del 10 % que inician estas relaciones a partir de los 12 años, lo que se considera la principal conducta de riesgo por convertirse en madres o exponerse a abortar, poniendo en peligro su vida. (Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, 2017)

En la caracterización realizada a las 20 adolescentes embarazada predominó el grupo de 15 a 19 años para un 80% siendo más frecuente en la adolescencia tardía.

En Cuba, de cada 100 mujeres embarazadas, alrededor de 22 tienen menos de 20 años. En la medida que Cuba se fue registrando en un proceso de crecimiento de la fecundidad, aumentaron las proporciones y tasas de embarazos en la adolescencia.

Al comparar la alta incidencia del embarazo en las edades mayores de 15 años coincide con los trabajos de González (2016). En estos grupos de edad, existe una mayor madurez sexual, más probabilidad de abandono escolar y mayor independencia. Un estudio realizado por la doctora González (2016) del distrito de Camagüey, refiere que en su estudio predominó el grupo de 15-19 años (adolescencia tardía) con un 96 %, lo que se demuestra la correspondencia con el nuestro.

En este estudio, las adolescentes entre 15 a 19 años fueron las que más incidieron en embarazarse y continuar el proceso. Esto coincide con los estudios de Quintero, 2016, quien corrobora en su estudio que la edad promedio oscila alrededor de los 17 años (adolescencia tardía).

Con relación a la distribución de las adolescentes según nivel de escolaridad, predominó la Secundaria Básica sin terminar con el 60 %influyendo en la deserción escolar para convertirse en amas de casa, constituyendo una gran problemática para nuestra sociedad.

Según Ministerio de Salud Pública (Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, 2017), la edad constituye un elemento primordial para la correcta concepción y desarrollo del embarazo, fundamentalmente en edades tempranas cuando es el principal factor de riesgo; otros reflejan un incremento anual del 10 % que inician estas relaciones a partir de los 12 años, lo que se considera la principal conducta de riesgo por convertirse en madres o exponerse a abortar, poniendo en peligro su vida.la información sobre la importancia plantean el 75% (adolescencia tardía) conocen que los abortos provocados y espontáneos eran antecedentes obstétricos, el resto no lo sabían, si existe dificultades en el conocimientos relacionados con prematuros anteriores, bajo peso, CIUR y RPM.

Indicador: el aborto

El aborto no es un método anticonceptivo y por tanto se debe evitar que se acepte como algo muy natural, sencillo e inocuo, puede ser después causa de lesiones en el cuello uterino, cáncer Cérvico uterino u otras complicaciones. En Cuba se sabe que el desconocimiento y la falta de educación sexual en la mujer la hace acudir a él confiada en las condiciones en que se produce en el país: centros de salud adecuados, personal especializado, las mejores medidas de asepsia y antisepsia; e irresponsablemente, algunas jóvenes, como no sienten nada y es tan rápido, abusan del mismo con frecuencia aunque conocen otras medidas para evitar el embarazo. (Fleites, Álvarez, González y Díaz, 2015). Por nuestra parte, consideramos que se deben desarrollar actividades educativas en coordinación con la comunidad y el grupo básico de trabajo de salud para erradicar esta problemática.

Al realizar un análisis delainformaciónque poseen sobre la evaluación nutricional se comprobó que el 85 % no tenían la percepción de relacionar este importante factor para la salud de la gestante como un antecedente personal.

Nivel de información sobre los métodos anticonceptivos

De los métodos anticonceptivos el 90% conocían los preservativos, el 70 % las tabletas, un 60 % los DIU ysolo un 30 % los inyectables. Los preservativos tienen una mayor divulgación es por ello el mayor dominio por parte de las adolescentes.

A pesar de los progresos en la tecnología contraceptiva y de que se dispone cada vez de más medidas para el control de la natalidad, muchas adolescentes quedan embarazadas sin una planificación previa y sin haber usado nunca antes anticonceptivo alguno.

La anticoncepción moderna es la herramienta idónea para que las mujeres y las parejas puedan elegir el momento en que inician la reproducción, el número de hijos que van a tener y el espaciamiento entre los embarazos. La autora, por tanto, consideran necesario educar a todos los adolescentes de ambos sexos acerca de la importancia del uso continuo y eficaz de anticonceptivos, con el fin de reducir el riesgo de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual.

En el estudio realizado por Fleites et al. (2015) refleja que el 83, 3 % de los adolescentes estudiados poseía conocimientos inadecuados sobre los métodos anticonceptivos, solo en el 16,7% los conocimientos eran adecuados, no siendo en el caso del preservativo sipresentaron un alto conocimiento

En muchos casos las adolescentes, a pesar de poseer información de los métodos anticonceptivos u otras medidas para evitar el embarazo, no asumen la conducta adecuada que podrían aconsejar a las demás sobre cómo evitarlo.

Complicaciones del embarazo

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Dentro de este orden, los embarazos en la adolescencia constituyen uno de los riesgos principales de parto pretérmino, bajo peso al nacer, enfermedad hipertensiva del embarazo, muertes materno-fetales, aborto espontáneo, hemorragia genital, infecciones urinarias o vaginales, entre otros. Asimismo, cada año se practican unos tres millones de abortos peligrosos entre las jóvenes de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados. (Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional, 2018)

La información sobre las complicaciones del embarazo fue baja con un 15 %.En el análisis realizado a la edad óptima para concebir un embarazo el 80 % no tenían comprensiónde la magnitud del riesgo.

Al respecto (Fleites et al., 2015) encontró que solo el que 16,7% de los adolescentes estudiados tenía conocimientos adecuados sobre complicaciones del embarazo en la adolescencia, lo que se corresponde con nuestro estudio. Los datos coinciden con los expuestos por Pérez, Tamayo, Santisteban, Mariño y Pérez (2016) en Manzanillo, en tanto reportan que de 25 adolescentes encuestados predominó un grado de severidad bajo sobre el embarazo en la adolescencia representado con el 58%.

La autora afirma lo planteado por dicha investigación al referirse que el predominio de un nivel bajo de severidad sobre el embarazo en la adolescencia es un factor importante a considerar, pues si los púberes no consideran que esto constituye una condición a la que debe de dársele la seriedad adecuada, no valoran adecuadamente las repercusiones que posee no solo en términos de presente, sino para su vida futura, no asumirán comportamientos responsables con relación a su sexualidad.

La Atención Primaria de Salud (APS), con su célula básica en los consultorios del médico y la enfermera de la familia (equipo básico de salud) tiene dentro de sus funciones trabajar con los grupos poblacionales de riesgo de la comunidad. Esto permite una intervención promocional educativa dentro de las que se encuentran: educar sobre la necesidad de asumir la sexualidad de manera responsable en los adolescentes de ambos sexos; promover la planificación familiar y la maternidad y paternidad responsables, con el propósito de favorecer a la salud sexual y reproductiva así como desarrollar un sentimiento hacia la prevención. Estas medidas incidirán positivamente en el logro de indicadores relacionados con el embarazo en esta etapa de la vida. (Quintero, 2016).

CONCLUSIONES

En el estudio realizado predominó el grupo de edad de 15 a 19 años, el nivel escolar la Secundaria Básica sin terminar.

La información sobre antecedentes obstétricos, estado nutricional y utilización de métodos anticonceptivose pudo apreciar que faltan conocimientos por resolver

atendiendo a los riesgos y consecuencias que trae consigo el embarazo en esta etapa y su principal beneficio serámodificar su conducta.

REFERENCIAS

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. (2018). *Anuario Estadístico de Salud 2017*. La Habana: Editorial OPS.

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. (2018). Embarazo en adolescencia. *Bibliomed Suplemento*, ene-feb Recuperado de: http://files.sld.cu/bmn/files/2018/01/bibliomed-suplemento-enero-2018.pdf

Fleites, N., Álvarez, Y., González, I. A. y Díaz, J. (2015). Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. Consejo Popular San Francisco. Venezuela. *Medisur*, *13* (2):1-17

González., León, M., Pérez, M.L., Pérez, J.L. y Aponte, L. (2016). Alteraciones prenatales y conocimientos sobre riesgos biosociales en embarazadas adolescentes. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, *41*(8). Recuperado de: http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/827

Lugones, M. (2014). Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 30(1): 1-2. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100001&lng=es

Pérez, L., Tamayo, A., Santisteban, L., Mariño y Pérez, M. (2016). Percepción de riesgo sobre el embarazo en adolescentes de noveno grado. *MULTIMED Revista Médica Granma*, *20*(1) Recuperado de: http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/138de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300002&lng=es

Quintero, P. (2016). Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 42(3): 262-73.

Quintero, P., Castillo, N., Roba, BC., Padrón, O. y Hernández, ME. (2012). *Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942012000100015&

Soto, O., Franco, A., Franco, A., Silva, J. y Velázquez, G.A. (2011). Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. *Rev Cubana Med Gen Integr*,*19*(6).

Salven, A., Rodríguez, O., Furones, N., Ramos, I y Soler, I. M. (2015). Adolescencia e interrupción de embarazo. Policlínico Universitario Félix Peña Díaz San Antonio del Sur.

EL DIVERTÍCULO DE MECKEL Y SUS COMPLICACIONES EN EL DECENIO 2006-2016 EN LAS TUNAS

MECKEL'S DIVERTICULUM AND ITS COMPLICATIONS IN THE DECADE 2006-2016 IN LAS TUNAS

Ernesto Cervantes Peña ecpena@ltu.sld.cu
Tomás Díaz Llaudy drdiazllaudy@gmail.com
Yunisleydis Bárzaga Quintero yunibq@nauta.cu

RESUMEN

El divertículo de Meckel (DM) proviene de la atrofia incompleta del conducto del onfalomesentérico que cierra de la décima semana de desarrollo embriológico y se vuelve una banda fibrosa que desaparece. Se realizó un trabajo con el objetivo de caracterizar los pacientes diagnosticados con divertículo de Meckel en el Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de La Serna, mediante un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en el período comprendido desde enero de 2006 hasta enero de 2016. Se intervinieron quirúrgicamente 6 pacientes, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron muy similares al de la apendicitis aguda y la correlación anatomopatológica fue de un 17%; la técnica quirúrgica mayoritaria fue la resección en cuña y anastomosis terminoterminal en 2 planos. No se reportan complicaciones. Ninguna prueba especializada se necesita ante la posibilidad diagnóstica de una diverticulitis de Meckel y debe realizarse la intervención quirúrgica precoz para evitar las complicaciones.

PALABRAS CLAVES: abdomen agudo, divertículo de Meckel, anomalías del conducto onfalomesentérico.

ABSTRACT

Meckel's diverticulum (DM) comes from incomplete atrophy of the omphalomesenteric duct that closes from the tenth week of embryological development and becomes a fibrous band that disappears. A work was carried out with the objective of characterizing the patients diagnosed with Meckel's diverticulum in the General Teaching Hospital ¨Dr. Ernesto Guevara de La Serna¨ through a retrospective longitudinal descriptive study in the period from January 2006 to January 2016. 6 patients were surgically operated, the most frequent clinical manifestations were very similar to that of acute appendicitis and the pathological correlation was 17%; The majority surgical technique was wedge resection and terminoterminal anastomosis in 2 planes. No complications are reported. No specialized test is needed due to the diagnostic possibility of a Meckel's diverticulitis and early surgical intervention should be performed to avoid complications.

KEY WORDS: Acute abdomen, Meckel's diverticulum, abnormalities of the omphalomesenteric duct.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel (DM) es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal. Su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general (Mariel Tacchi et al., 2019). En Acta Pediátrica Hondureña (2016) se afirma que se trata de un

remanente no obliterado del conducto onfalomesentérico, una estructura que conecta el saco vitelino primitivo con el intestino medio durante el desarrollo fetal, el cual debería obturarse entre la quinta y séptima semana de gestación.

Se localiza en el intestino delgado (ID), entre los 40 y 100 cm proximales a la válvula ileocecal, en el borde antimesentérico. En la literatura se resumen las principales características del DM con la “regla del 2”: prevalencia del 2%, se manifiesta durante los 2 primeros años de vida, es 2 veces más frecuente en hombres que en mujeres, se encuentra a 2 pies de la válvula ileocecal (60 cm), mide 2 cm de diámetro y 2 pulgadas de longitud (5 cm), puede contener distintos tipos de mucosa ectópica, las 2 más frecuentes son la gástrica y la pancreática (Morales, Olmos, Suárez y Sáez, 2018).

El divertículo de Meckel fue descrito por primera vez en un artículo publicado en 1809 por el anatomista alemán Johann Friedrich Meckel, quien describió, en detalle, las características anatómicas y embriológicas del divertículo que hoy lleva su nombre; como un remanente del conducto onfalomesentérico, a pesar de que tal alteración había sido antes mencionada por Fabricius Hildamus en 1598 y en 1671 por Lavater, aunque este último autor no reconoció su origen embrionario, sin embargo 100 años más tarde aumentó el conocimiento sobre el DM con el descubrimiento de la presencia de mucosa gástrica ectópica y de las ulceraciones ileales asociadas (Puentes, Salcedo y Luna, 2015).

Un 4% de las personas que presenta dicha malformación puede tener complicaciones, entre ellas las más comunes son la hemorragia, la obstrucción, la invaginación, la perforación y la inflamación, aunque se reporta la gangrena, como una de las complicaciones más raras y aún más cuando es secundaria a torsión axial sobre su cuello. El 50% de estas complicaciones se presentan en menores de 10 años, y al parecer la incidencia disminuye con la edad; aunque se han reportado en pacientes mayores de 80 años (Tacchi et al., 2019).

Según Vanesa Catalán (2016) la diverticulitis de Meckel "se sospecha con frecuencia, a menudo se busca y rara vez se encuentra"(p.40). Esta investigación tiene como objetivo: caracterizar los pacientes diagnosticados con divertículo de Meckel en Hospital General Docente ¨Dr. Ernesto Guevara de La Serna¨, en el período comprendido desde enero de 2006 hasta enero de 2016.

Metodología utilizada en la investigación

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente ¨Dr. Ernesto Guevara de La Serna¨, en el período comprendido desde enero de 2006 hasta enero de 2016. Para la conformación de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico donde se tuvo en cuenta que los pacientes diagnosticados con divertículo de Meckel fueran mayores de 19 años.

Se registraron las variables: edad, sexo, motivo de consulta, diagnóstico histológico y localización topográfica.

Se dio salida a cada objetivo y los resultados se presentaron en forma de texto y tablas según el volumen de información. Para el tratamiento de la información se recopiló y tabuló en una base de datos, se procesó por el método estadístico porcentual y se

representó en forma de cuadros de contingencia procediendo al análisis y la asociación estadística de las variables.

La confidencialidad de los datos obtenidos en la presente investigación fue respetada; así como los resultados de la información obtenida, conservando en todo momento la ética hacia los pacientes, los médicos actuantes, no reconociendo identidad alguna.

Procesamiento de los resultados de la investigación

Se encontraron, durante el período de revisión, seis pacientes con diagnóstico por patología de divertículo de Meckel. En la tabla 1 se muestra que hubo un claro predominio del sexo masculino representado por 5 varones (83,33%) y solo 1 mujer (16,67%). La media de la edad fue de 40,4 años (rango entre 18 y 83 años).

De los 6 pacientes con divertículo de Meckel 4 (66,6%) presentaron epigastralgia, vómitos y fiebre (100%), y el dolor abdominal agudo en fosa ilíaca derecha en 2 casos (33,3%).

En la tabla se observa, además, que se encontraron divertículos de Meckel a una distancia entre 30 y 100 cm de la válvula ileocecal o de bahuin. Los 6 casos se anunciaron a la unidad quirúrgica con la impresión diagnóstica de apendicitis aguda, macroscópicamente, en el transoperatorio, se observó 1 torsión de DM (16,66%), 2 diverticulitis de Meckel agudas (33,33%), 2 perforaciones diverticulares (33,33%) una de ellas por cuerpo extraño y 1 apendicitis aguda coexistente con un DM no complicado (16,66%).

La técnica quirúrgica realizada fue exéresis en 3 pacientes (50%), se realizó en 1 (16,66%) de ellos resección en cuña, toilette de cavidad, anastomosis terminoterminal en 2 planos, en 1 caso (16,66%) resección en cuña y apendicectomía; mientras en 1 caso (16,66%) se realizó apendicectomía y se preservó el DM. La apendicectomía profiláctica se realizó en 4 pacientes (66,66%), el divertículo de Meckel fue confirmado después en el estudio anatomopatológico pertinente en el 83,33% de los casos.

Todos los pacientes intervenidos evolucionaron favorablemente, siendo la operación un éxito y lográndose el egreso satisfactorio de todos los pacientes. No se reportan complicaciones inmediatas, ni mediatas hasta el momento en que se realiza este estudio.

Tabla 1: Distribución de los pacientes con divertículo de Meckel diagnosticados en el período enero 2006 a enero 2016 en el Hospital General Docente ´´Dr. Ernesto Guevara´´

Historias clínicas	Sexo	Edad	Síntomas	Distancia de válvula
448880	M	29	Epigastralgia, vómitos y fiebre	70 cm
491059	M	25	Epigastralgia, vómitos y fiebre	100cm
627408	F	50	Epigastralgia, vómitos y fiebre	30 cm

131762	M	47	Vómitos y fiebre, dolor en fosa ilíaca derecha	40cm
616738	M	37	Epigastralgia, vómitos y fiebre	60 cm
626779	M	28	Vómitos y fiebre, dolor en fosa ilíaca derecha	30 cm

Fuente: Historias clínicas e informes operatorios.

Análisis de los resultados

El divertículo de Meckel (figura 1) es la anomalía congénita más común del tracto gastrointestinal (Méndez, et al., 2014). Nosotros encontramos una incidencia de 2-3% en la población general después de repasar una serie de pacientes que se intervinieron quirúrgicamente, y 0.3% para los resultados de la investigación.



Figura 1: Divertículo de Meckel.

Divertículo de Meckel proviene de la atrofia incompleta del conducto del onfalomesentérico que normalmente cierra de la décima semana de desarrollo embriológico y se vuelve una banda fibrosa que desaparece (figura 2), (Puentes, Salcedo, Luna, 2015).

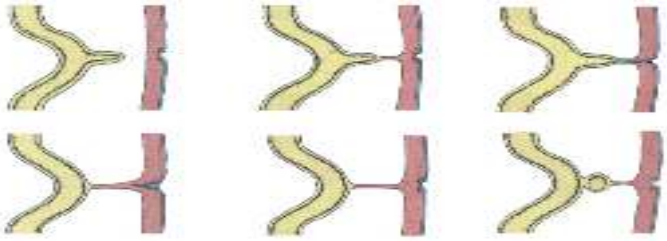


Figura 2: Atrofia incompleta del conducto onfalomesentérico.

En el presente estudio el sexo masculino fue el más afectado por esta afección, aunque no hay una causa demostrada en la literatura se considera un factor de riesgo para presentar complicaciones. Según afirma Motta, et al., (2015) la distribución entre géneros es igual en los casos asintomáticos, existe una tendencia a que, en los casos asociados a complicación del divertículo de Meckel, la incidencia sea mayor en varones. En nuestro reporte forman el 83,33% de los casos contra solo un 16,67% del sexo femenino una relación de 5 a 1. Este dato coincide con lo reportado en la literatura

que varía desde un 70 hasta un 80% (Morales, Olmos, Sánchez, y Sáez, 2018). Tacchi (2019) en estudio realizado del área del servicio de gastroenterología del Hospital de Alta Complejidad en Buenos Aires, Argentina; de 61 pacientes el 24% fueron del sexo femenino y 75% masculino. En una revisión de 15 años Martínez, Pederzoli, Sosa, González, Joelen, (2015) el Hospital San Lorenzo de Paraguay, encontraron una frecuencia de 14 casos de divertículo en laparotomías 13 masculinos y solo un caso femenino.

El promedio de edad de los pacientes con divertículo de Meckel fue de 40,4 años (rango entre 18 y 83 años). En el estudio de Suárez, Mason, Juárez y Castilla (2016) describe un mayor predominio de complicaciones en los pacientes adultos mayores de 70 años, nuestro resultado se podría explicar por lo limitado de la muestra.

Los síntomas predominantes en nuestra serie fueron los vómitos y náuseas en el 100% de los pacientes seguido por epigastralgia en 4 casos (66,66%), no coincidiendo con la literatura revisada pues en el estudio realizado por Tarigo, Vallverdú, Lyford-Pike, Neirotti, (2017) el síntoma predominante fue el dolor abdominal, sin embargo, fue de baja especificidad ya que es indistinguible de otras causas de dolor abdominal.

En el estudio de Alfonso, Otero, Vieito, (2014) se demostró que hasta un 25% de los pacientes se encuentran asintomáticos, aunque en un estudio retrospectivo de 202 pacientes realizado por Soltero y Bill refieren que el riesgo de desarrollar complicaciones durante la vida es de 4% en los >20 años, 2% en los >40 años y 0% en la población anciana. Un 6% de los divertículos de Meckel serán sintomáticos antes de que los pacientes alcancen los 10 años y la clínica es inespecífica y simula otras muchas entidades que causan dolor abdominal agudo (apendicitis, oclusión intestinal) o sangrado digestivo.

El sitio más común para el divertículo de Meckel es el borde antimesentérico del íleon terminal, 60-100 centímetros de la válvula ileocecal en los adultos; aunque menos del 10 % de todos los divertículos de Meckel sintomáticos se diagnostican en el período transoperatorio, lo que hace que sea indispensable la revisión de los últimos 100 cm del íleon en todo paciente que se someta a cirugía con diagnóstico de apendicitis y cuyos hallazgos macroscópicos intraoperatorios sean normales. En el estudio de Catalán (2016) realizado en el Hospital de Zaragoza, la distancia promedio del divertículo a la válvula ileocecal fue de 45 cm con un rango entre 20 y 90 cm con una mediana de 40 cm.

El manejo quirúrgico preferido por los cirujanos en nuestra institución fue la resección ileal con anastomosis terminoterminal (83,33%). En ninguno de los casos se realizó ligadura de la base del divertículo y luego invaginación. Según Puentes, Salcedo, y Luna (2015) el tipo de cirugía depende en parte de las condiciones del divertículo y del ileon adyacente, en su experiencia al 92% de los divertículos descubiertos incidentalmente se les realizó diverticulectomía simple, mientras que en el 65% de los divertículos complicados se utilizó la resección intestinal. Consideramos en la actualidad, al igual que ciertos autores, que el tratamiento ideal es la resección intestinal del segmento que contiene el divertículo de Meckel ya que de esta manera se asegura que, en el caso de que exista mucosa gástrica ectópica, su resección sea completa.

La mayoría de los casos de divertículo de Meckel son asintomáticos, y puede ser un hallazgo incidental durante estudios o cirugía por otra razón; en la actualidad, persiste la controversia sobre el manejo de divertículo de Meckel como un hallazgo incidental, que es en general la diverticulectomía profiláctica; aunque no está exenta de riesgo, es considerado como justificado dada la posibilidad de desarrollar complicaciones futuras como la presencia de tumores de la luz, y la posibilidad de malignización (Cedrón, Aliaga, y Pérez, 2018). Por tanto, deben tratarse los casos sintomáticos de divertículo de Meckel quirúrgicamente; no realizado en 1 caso de esta investigación.

Atendiendo a las guías de práctica clínica se recomienda la resección sistemática de aquellos divertículos de Meckel hallados en varones menores de 40 años y divertículos de más de 2cm de diámetro o que presenten una banda mesodiverticular, dado que son los que más se ha demostrado que pueden generar complicaciones (Arriola A., González N., 2016).

El estudio de Tacchi et al., (2019) reportó que el riesgo a largo plazo de complicaciones del divertículo de Meckel era de 4,2% y que éste disminuía con la edad, por lo que no justificaban la diverticulectomía incidental. Sin embargo, dos estudios, en los que se incluyeron más de 145 pacientes operados en el Olmsted County y en la Mayo Clinic de Rochester se encontró que el riesgo de desarrollar complicaciones a largo plazo (20 años) luego de la diverticulectomía incidental era del 2% (bridas), mientras que en los pacientes operados por complicaciones del divertículo de Meckel la morbilidad fue del 7%.

Su diagnóstico es difícil, menos del 10% de los casos se han podido diagnosticar preoperatoriamente[4], y generalmente se confunde con el cuadro de una apendicitis aguda o coexiste con ésta, como en el presente estudio.

Entre las distintas complicaciones de un DM, se encuentran: obstrucción intestinal 36,5%; intususcepción 13,7%; inflamación 12,7%; hemorragia 11,8%; perforación 7,3%; componente de un saco herniario 4,7%; desarrollo de neoplasia 3,2% y fístula umbilical 1,7%. (Alfonso, Otero, y Vieito 2014), mediante este estudio no se constatan.

CONCLUSIONES

La sospecha clínica de divertículo de Meckel debe estar presente en todo paciente con dolor abdominal de etiología desconocida pues la clínica es inespecífica y simula otras muchas entidades que causan dolor abdominal agudo (apendicitis, oclusión intestinal) o sangrado digestivo.Ninguna prueba especializada se necesita cuando hay sospecha clínica de DM y debe realizarse la intervención quirúrgica precoz para evitar las complicaciones.

REFERENCIAS

Arriola, N. (2016).Divertículo de Meckel. Reporte de casos. *Acta Pediátrica Hondureña*, 7(1), septiembre 2016.

Catalán, V. (2016). Divertículo de Meckel: a propósito de un caso de diagnóstico complicado. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 77(2):88-92.

Cedrón, H. (2018). Anemia ferropénica severa asintomática como presentación inusual de divertículo de Meckel. *Rev gastroenterología*, 38(4):365. Perú.

Martínez, N., Pederzoli, I., González, J. (2015) Frecuencia de divertículo de Meckel en el diagnostico preoperatorio de la apendicitis aguda. *Revista de Cirugía de Paraguay* 39(2).

Mendes, L et al. (2014). Divertículo de Meckel. Revisión de la literatura. *Revista Médica Minas Gerais* 24(1): 93-97.

Morales, JL., Olmos, R., Sánchez, C., Sáez, D. (2018). Divertículo de Meckel volvulado asociado a brida como causa de obstrucción en intestino delgado. *Revista Chilena Cirugía* 70(4):358-361.

Motta, GA., Reyes, E., Campos, J., García, A., Rivera, VM., García, JA et al. (2015). El divertículo de Meckel en adultos. *Anales de Radiología México* 14(20)

Puentes, JA., Salcedo, JD., Luna, DR. (2015). Divertículo de Meckel en el adulto mayor: una causa de sangrado digestivo. Revisión de la literatura y reporte de un caso. *Revista Colombiana Cirugía*. (30). 151-55.

Suárez, JE., Mason, TJ., Juárez, J., Castilla, JA. (2016). Divertículo de Meckel en lactante de siete meses. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 14(4).

Tacchi, M. et al. (2019). Presentación inusual de un divertículo de Meckel. *Acta Gastroenterología Latinoamericana* 49(1):69-72.

Tarigo, N., Vallverdú, M., Lyford-Pike, P., Neirotti, P. (2017). Diverticulitis de Meckel. A propósito de un caso clínico. *Revista Médica de Uruguay* 33(2):149-15.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

ARTERIAL HYPERTENSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Esther Gutiérrez Favier estherg@ltu.sld.cu

Sarai Favier Ramirez saraifavier@ltu.sld.cu

Rosaida Osoria Calzada biblioteca08@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de caracterizar clínico epidemiológicamente la hipertensión Arterial en niños y adolescentes en el hospital pediátrico Raymundo Castro Morales, Puerto Padre, de septiembre de 2018 a febrero de 2019. La población fue de 14 pacientes, niños y adolescentes, que se les diagnosticó las cifras de TA por encima de las consideradas normales para su edad, sexo, ingresados en el período de estudio. Para la obtención de los datos se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados con esta afección y se aplicó una encuesta a pacientes y familiares. La mayor parte de la muestra se ubicó en los niveles de hipertensión arterial en estadio 2, con un predominio en el grupo de 10-15 años, en cuanto a la valoración nutricional la mayoría de los pacientes estaban clasificados como normopeso, el factor de riesgo fundamental fue la ingestión excesiva de sal en el total de los casos, así como los antecedentes patológicos familiares.

PALABRAS CLAVES: hipertensión arterial, niños, adolescentes

ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study was conducted, with the objective of characterizing clinically hypertension in children and adolescents in the pediatric hospital Raymundo Castro Morales, Puerto Padre, from September 2018 to February 2019, The population consisted of 14 patients , children and adolescents, who were diagnosed with the TA figures above those considered normal for their age, sex, entered in the study period. To obtain the data, the medical records of the patients admitted with this condition were reviewed and a survey of patients and family members was applied, to obtain the information the percentage calculation was used, reaching the following conclusions. The ages between 10-15 years predominated, followed by the group of 16-18 years. Most of the sample was located in the levels of arterial hypertension in stage 2, with a predominance in the group of 10-15 years, in terms of nutritional assessment, the majority of patients were classified as normal weight, the risk factor fundamental was the excessive ingestion of salt in the total of the cases, as well as the familiar pathological antecedents.

KEY WORDS: hypertension, children, adolescents

INTRODUCCIÓN

En el mundo actual la hipertensión arterial una de las enfermedades más comunes que afectan la salud humana, siendo patología y factor de riesgo importante para otras enfermedades, por lo que las estrategias de intervención de salud deben estar dirigidas, a la prevención primaria o de ocurrencia y a la secundaria o de progresión. (Alfonso, Salabert, Alfonso, Morales, García, Acosta, 2017).

La perspectiva clínica de la presión arterial (PA) en la edad pediátrica ha cambiado en los últimos años, como consecuencia de su medida regular, así como de un mejor conocimiento de la distribución de los valores de la PA, y de los cambios que se producen a lo largo del crecimiento y desarrollo. Ello ha permitido identificar la presencia de hipertensión arterial (HTA) en niños asintomáticos, y sin una causa subyacente, así como el reconocimiento de que los valores de la PA en adolescentes son indicativos del riesgo de desarrollar HTA en el adulto joven. El avance en estos aspectos, unido al aumento de la prevalencia de obesidad, el factor de mayor influencia en la elevación de la PA en los adolescentes, puso de manifiesto la necesidad de disponer de documentos que recogiesen la información disponible sobre el origen, valoración, consecuencias, pronóstico y tratamiento de la HTA en este grupo de edad. (Lurbe, 2016)

> (…) Los niños hipertensos, aunque suelen estar asintomáticos, ya manifiestan signos de lesiones en determinados órganos. Hasta un 40% de los niños hipertensos desarrollan hipertrofia del ventrículo izquierdo y además tienen aumentado el grosor de las capas íntima y media de la arteria carótida, lo cual constituye un marcador de ateroesclerosis precoz. La hipertensión primaria durante la infancia sigue su trayectoria hasta la edad adulta. Los niños con una PA por encima del percentil 90 tienen 2,4 veces más riesgo de padecer hipertensión cuando se hacen adultos. Del mismo modo, casi la mitad de los adultos hipertensos tenía una PA por encima del percentil 90 cuando eran niños. También existe una asociación entre la hipertensión durante la infancia y la ateroesclerosis en los primeros años de la edad adulta (Marc B, 2016, p.2400).

En este sentido, la OPS impulsa políticas y proyectos para incidir desde la salud pública, en la prevención de la hipertensión arterial a través de la disminución del consumo de sal, promoción de la alimentación saludable y la actividad física, así como la prevención de la obesidad. Promueve y apoya además, proyectos que viabilizan el acceso de la población a medicamentos esenciales para el tratamiento de la hipertensión, e impulsa la formación de recursos humanos en salud. (Datos del Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2017).

En estudio realizado en Cuba se encontró también poca percepción de riesgo por parte de la familia. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de promoción y educación dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a esta enfermedad. Por otra parte, es necesaria una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que padecen de hipertensión arterial o tienen alta probabilidad de padecerla. En diversos estudios se demuestran que los valores sistólicos/diastólicos se elevan desde el nacimiento a la adolescencia y mucho más rápidamente en la edad pre púber. Los factores de obesidad e ingesta de sodio son predominantes. (Prieto, Portilla, Duque, Prieto y Trujillo, 2018).

La hipertensión arterial ya afecta a entre el 10 y el 15 % de los adolescentes, según datos de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Se ha reportado el incremento de la prevalencia de prehipertensión y HTA de un 2,3 y 1 % respectivamente, entre los años 1988 a 1999, 2,3 de la presión arterial sistólica de 1,4 mmHg y de la diastólica 3,3 mmHg en los años

1999-2000, comparado con 1988-1994 en los niños y adolescentes de Estados Unidos.(Díaz, Rey, Málaga, 1999).

Conforme a Bueno () “un adolescente obeso con historia clínica negativa, datos de laboratorio normales, ecografía renal negativa y antecedentes familiares positivos, debe comenzar tratamiento sobre la sospecha de probable HTA esencial” (p 1617-18).

En la práctica médica se ve con frecuencia como un gran número de pacientes en estas edades de la vida presentan cifras de TA por encima de los percentiles considerados para su edad, sexo, es por ello que surge la motivación para este estudio con la finalidad de caracterizar clínico epidemiológicamente la Hipertensión Arterial en niños y adolescentes, en el Hospital Pediátrico Raymundo Castro Morales de Puerto Padre, de septiembre de 2018 a febrero de 2019.

Influencia de la edad y el sexo en la Hipertensión Arterial en edades pediátricas.

La tabla 1 nos muestra la distribución de pacientes según edad y sexo, donde podemos apreciar que en cuanto al sexo, de manera general no predominó un sexo sobre el otro.

Tabla No 1. Distribución de los pacientes según grupo de edad y sexo

Edad	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
0-5	1	14,3	1	14,3	2	14,3
6-10	-	-	1	14,3	1	7,1
11-15	4	57,1	2	28,6	6	42,9
16-18	2	28,6	3	42,8	5	35,7
TOTAL	7	50	7	50	14	100

Fuente. Historia clínica.

un estudio realizado en Uruguay por Segura (2004), obtuvo que los varones tenían tendencia a presentar niveles elevados de TA, otras investigaciones señalan a las hembras como las más afectada; los resultados de esos estudios deben ser motivados más por las características demográficas de la población que por la presencia de un factor especial asociado al sexo. En los últimos años se le ha dado mucha importancia al paciente prehipertenso como un individuo que necesita tratamiento y no se puede considerar sano. Esto es más frecuente en adolescentes porque a esa edad se toma más la tensión arterial que en los niños pequeños, los estadios avanzados se ven más en las edades entre 10 y 15 años, seguidas por las de 16 a 18 años, porque casi todos los pacientes estaban con hipertensión primaria y en su mayoría presentan cifras tensionales más elevadas que en ocasiones su sintomatología obliga al médico a

tomarle la TA y diagnosticar. Otros estudios han reflejado que la principal causa a esta edad es la secundaria, aunque en este caso este resultado puede deberse a que estos pacientes no hayan sido correctamente estudiados.

Múltiples han sido las clasificaciones que se le han dado a la hipertensión arterial en niños y adolescentes en cuanto a severidad se refiere. La más recientemente utilizada, es la que aparece reflejada en la tabla número 2, según grupo de edades.

Tabla 2: Grupo de edad y niveles de HTA

	0-5		5 – 10		11 – 15		16 – 18		Total	
Grupo de Edad	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Pre-Hipertenso	1	50	-	-	-	-	1	20	2	14,3
Estadio 1	1	50	1	100	-	-	-	-	2	14,3
Estadio 2	-	-	-	-	6	100	4	80	10	71,4
Total	2	14,3	1	7,1	6	42,9	5	35,7	14	100

Fuente. Historia clínica.

En este se puede apreciar que predominaron los niños y adolescentes en estadio 2, considerado más severo, (10 casos para el 71, 4%) en el grupo de edad de 10 a 15 años, seguido del grupo de 16-18 años. El estadio 1, siendo más leve, se presentó en los grupos de edades de 0-5 y 6-10 años (2 casos en total, 100% del total de niños de este estadio). En el caso de la prehipertensión solo se encontraron 2 casos, 1 en el grupo de 0-5 años (50% del total de niños de este grupo de edad) y 1 en el grupo de 16-18 años (14,3% del total de niños de este grupo de edad).

Este resultado no coincide con estudios anteriores, pero el gran aumento de los casos de hipertensión en estadio 2 puede que se deba a que no se esté realizando un correcto pesquizaje de los niños en edades tempranas de la vida, lo que sirve de alerta para que se realice esta acción más a menudo en estas edades. El IV reporte para el diagnóstico evaluación y tratamiento de la HTA en niños y adolescentes en Estados Unidos en el 2004, plantea que por la frecuencia con que aparecen casos de HTA en las primeras etapas de la vida, se establece medir de manera obligatoria la TA a todos los niños mayores de 3 años que acudan a consulta, independientemente de la causa, así como tomarle la TA a los menores de 3 años en situaciones que lo hagan más susceptibles a padecer HTA.

Tabla 3: Grupo de edad y etiología de la HTA

Grupo de edad	Etiología		TOTAL
	Primaria	Secundaria	

	No	%	No	%	No	%
0-5	-	-	2	100	2	14,3
6-10	1	8,3	-	-	1	7,1
11-15	6	50	-	-	6	42,9
16-18	5	41,7	-	-	5	35,7
TOTAL	12	85,7	2	14,3	14	100

Fuente. Historia clínica.

En la tabla número 3 se aprecia la etiología de la Hipertensión Arterial según grupo de edad. Sólo en 2 casos 14,3% de la muestra de estudio, se demostró una causa de la enfermedad, 1 por malformación renal y el otro secundario al uso de esteroides, estos se ubicaban en el grupo de edad de 0 a 5 años. La HTA primaria se distribuyó sobre todo en los grupos de edades de 11-15 y 16-18 años. (6 y 5 casos respectivamente).

Durante muchos años se ha considerado la HTA del niño casi exclusivamente secundaria. Algunos estudios plantean que a medida que disminuye el número de años de los pacientes, aumenta la hipertensión secundaria y viceversa. En los últimos años se ha defendido la HTA primaria de la infancia con los mismos factores etiopatogénicos que los del adulto y se ha apreciado que es mucho más frecuente que lo que se ha pensado. Este estudio demuestra que la gran mayoría de los casos de la población estudiada padecen HTA primaria (85, 7%) y que el 100% de los niños del grupo de edad entre 6-18 años padecían precisamente este tipo de hipertensión lo que confirma las teorías actuales, aunque el tamaño de la muestra tan pequeña puede influir en la obtención de estos resultados.

En la tabla, predominaron las edades entre 11 y 15 años (42,9% de los casos) seguida del grupo de 6 -18 años (35, 7%). No coincidiendo con (Rodríguez et al, 2014) que plantea que:

> (…) la HTA esencial se presenta más frecuentemente a partir de los 6 años de edad, mientras que la secundaria es más frecuente en el recién nacido, lactante y niño pequeño. Se diferencia de la esencial por su aparición temprana y por mantener cifras de tensión arterial consistentemente elevadas, que, con frecuencia, para su control, necesita de la combinación de 2 a 3 medicamentos antihipertensivos (Rodríguez, 2014, p.103).

Tabla 4: Valoración Nutricional y Niveles de Hipertensión Arterial

	Pre-Hipertenso		Estadio 1		Estadio 2		Total	
Valoración Nutricional	No	%	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso u Obeso	-	-	-	-	4	40	4	28,6

Normopeso	2	100	2	100	6	60	10	71,4
Total	2	14,3	2	14,3	10	71,4	14	100

Fuente. Historia clínica.

En la tabla 4 se observa la relación existente entre la valoración nutricional y los niveles de HTA. De 10 pacientes que se encontraban en estadio 2 de HTA, 6 (60%) estaban normopeso, el total de los pacientes prehipertensos y en estadio 1 estaban normopeso, en total sería 10 pacientes normopeso (71,4% del total de pacientes) y solo 4 malnutridos por exceso correspondientes al estadio 2 de la enfermedad. No hubo desnutridos en la muestra de estudio.

Al ver los resultados anteriores que muestran totalmente lo opuesto a estudios anteriores donde no se duda que el peso tenga influencia sobre los niveles de TA en los niños, pienso que no hay que esperar a ver a un niño malnutrido para realizarle toma de TA y poder realizar un diagnóstico más precoz de la hipertensión. Por otra parte, se plantea que la prevalencia de obesidad está aumentando de forma alarmante en todo el mundo, y en todas las edades, sin embargo no se encuentra dentro de los principales motivos de consulta en la edad pediátrica. Las complicaciones aparecen cada vez en edades más tempranas, y son visibles en niños y adolescentes (problemas psicológicos, de adaptación social, ortopédicos, hiperlipidemia, hipertensión, apneas del sueño, entre otros) (Rodríguez Domínguez Lourdes, et al, 2014)

Tabla 5: Factores de Riesgo y niveles de HTA

Factores de Riesgo	Pre-Hipertenso		Estadio 1		Estadio 2		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Colesterol Mayor 4 mol/L	-	-	-	-	6	100	6	22,22
Fumador Pasivo	-	-	-	-	3	100	3	11,11
Consumo exagerado de sal	1	8,3	1	8,3	10	83,4	12	44,44
Raza Negra	-	-	-	-	1	100	1	3,71
APF de HTA	-	-	1	20	4	80	5	18,52

Total	1	3,71	2	7,42	20	74,07	27	100

Fuente. Historia clínica.

Los principales factores de riesgo según los niveles de HTA se presentan en la tabla número 5. El factor que ampliamente predominó fue la ingestión excesiva de sal que se presentó en todos los casos de causa primaria (44,44%), seguido del colesterol por encima de 4.1 mmol/L (6 casos 22,22%, haciendo la salvedad de que en 4 pacientes no tenían realizados colesterol) y de los antecedentes familiares de HTA (18,52%). En relación a los niveles de HTA, en todos los niveles predominó el consumo excesivo de sal, siendo más evidente en el grupo de hipertensos en estadio 2 (83,4% de todos los consumidores de sal).

Los resultados de este estudio en su mayoría coinciden con la mayor parte de los estudios realizados que ven a la HTA esencial como un fenómeno multifactorial. Muchos autores le dan importancia al colesterol por encima de 4.1 mmol/L, cifra que durante años se ha considerado normal, no obstante se ha visto una particular predisposición a la HTA a niños de colesterol por encima de esa cifra. La importancia de los antecedentes patológicos familiares de primer orden se explican de esa manera, se insiste en la anomalía primaria del riñón que se trasmite de padre a hijos.

CONCLUSIONES

Predominaron las edades comprendidas entre 10-15 años, seguida del grupo de 16-18 años, en cuanto al sexo no hubo diferencia significativa entre ambos. La mayor parte de la muestra se ubicó en los niveles de hipertensión arterial en estadio 2, con un predominio en el grupo de 10-15 años, en cuanto a la valoración nutricional la mayoría de los pacientes estaban clasificados como normopeso, el factor de riesgo fundamental fue la ingestión excesiva de sal, así como los antecedentes patológicos familiares.

REFERENCIAS

Alfonso, JC., Salabert, TI., Alfonso, I., Morales, M., García, D., Acosta, A. (2017). La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. *Rev.Med.Electrón*. 39(4): 987-994. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400013&lng=es.

Bueno, M. (s.f) .Hipertensión en la infancia. En: Cruz *Tratado de Pediatría*. 10ma ed. Madrid; pp 1617-18.

Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional (2017). Hipertensión. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud 3(4) Recuperado de: http://files.sld.cu/bmn/files/2017/04/factografico-de-salud-abril-20171.pdf

Díaz, GC., Málaga, GS (1999). Hipertensión arterial en la adolescencia. *Rev Esp Pediatría.* 55(1): 47-52.

Lurbe, E. (2016). Guías europeas para el manejo de la hipertensión arterial en niños y adolescentes: nuevos conceptos para un viejo problema. An *Pediatr (Barc);* 85(4):167---169 Recuperado de: www.analesdepediatria.org

Marc, L. (2016). Hipertensión arterial. En: Nelson. *Tratado de pediatría*. 20. ª Edición. Elsevier España, Cap 445, pp. 2400-2409.

Prieto, A., Portilla, RM, Duque, ÁM., Prieto, CJ., Trujillo, M. (2018). Prevención y control de la hipertensión arterial en estudiantes de la escuela "Antonio Rodríguez". Colón 2016. *Rev.Med.Electrónica*. 40(2): 311-320. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200008&lng=es.

Rodríguez, L., Fernández, JE., Díaz, ME., Ruiz, V., Hernández, H., Herrera, V., et al.(2014). Sobrepeso y dislipidemias en adolescentes. *Rev Cubana Pediatría* 86(4): 433-444. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000400004&lng=es.

Segura, J. (2004). Tendencia de los niveles de presión arterial en niños y adolescentes. Hipertensión: 21-7:382

PANCREATITIS AGUDA EN UNIDADES DE ATENCIÓN AL GRAVE EN EL HOSPITAL ERNESTO GUEVARA

PANCREATITIS IN UNITS OF ATTENTION TO THE SERIOUS ONE IN THE ERNESTO GUEVARA HOSPITAL

Estrella Romero Valdivia estrella.romero@nauta.cu

Osmany Gutiérrez Lores

Bárbara Varona Rodríguez

RESUMEN

La pancreatitis, es una de las enfermedades sobre la cual ha existido una intensa controversia, que ha llevado a muchos investigadores a nivel mundial a hacer un mejor análisis de su morfología, fisiología, causas, posibles complicaciones, tratamiento y pronóstico con el objetivo de reducir su incidencia y su mortalidad. Por esto se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de caracterizar a los pacientes ingresados con Pancreatitis Aguda en el período comprendido entre septiembre del 2014 y diciembre del 2017. El universo estuvo constituido por pacientes que requirieron ingreso con diagnóstico de Pancreatitis Aguda seleccionando una muestra de estos. Las variables utilizadas fueron: Edad, Sexo, Etiología, Scores pronósticos calculados. Predominó la enfermedad en la población femenina, siendo la causa litiásica la más frecuente. Con respecto al tratamiento de los pacientes se encontró que el clínico tuvo mayor efectividad. La escala pronóstica que mayor efectividad presentó fue el APACHE II.

PALABRAS CLAVES: Pancreatitis aguda, Causa litiásica, Tratamiento médico/ quirúrgico.

ABSTRACT

The pancreatitis, is one of the illnesses on which an intense controversy has existed that has taken to many investigators at world level to make a better analysis of its morphology, physiology, causes, possible complications, treatment and presage with the objective of reducing its incidence and its mortality. For this reason, was carried out a retrospective descriptive study with the objective of characterizing the patients entered with Sharp Pancreatitis in the period understood between September of the 2014 and December of the 2017. The universe was constituted by patients that required entrance with diagnostic of Sharp Pancreatitis selecting a sample of these. The used variables were: Age, Sex, Etiology, Scores calculated presage. The illness prevailed in the feminine population, being the cause lithiasis the most frequent. With regard to the treatment of the patients it was found that the clinical one had bigger effectiveness. The prognostic scale that bigger effectiveness presented was the APACHE II.

KEY WORDS: Acute pancreatitis, Lithium cause, Medical/surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis fue descrita por vez primera por Albert en 1578 y Greisel en 1673; más tarde se precisó el cuadro anatomoclínico por Glaseen en 1842 y Mondiere en 1856. Clínicamente fue diagnosticada en un paciente vivo por Oppelzer en 1861 y la

clasificación en hemorrágica y supurada fue dada a conocer por Rokitansky en 1856. La primera descripción coherente de la enfermedad fue realizada por Fitz en 1889 (Baillie, 2007). La operación como tratamiento la ideó Korte en 1898, aunque por su alta mortalidad fue abandonada por el tratamiento médico (Maravi, 2012).

Desde el gran estudio clínico y anatomopatológico aportado por Reginald Fitz en 1989, son múltiples los intentos a lo largo de la historia para esclarecer con precisión las definiciones de la enfermedad y su patogénesis, más allá de observaciones y datos clínicos indirectos. Finalmente fue Dieulafoy (1904) quien describió magistralmente el cuadro clínico pancreático de esta enfermedad.

En 1916 se realiza el primer tratamiento quirúrgico exitoso; en 1917 se reconoce al alcohol como un importante factor patogénico. En 1925 Moynihan describió la enfermedad como la más terrible de todas las calamidades relacionadas con las vísceras abdominales. (Zeng, 2014).

Desde que Opie trajo a la luz su asociación con la colelitiasis se han hecho considerables progresos en la comprensión de los eventos fisiopatológicos durante la etapa temprana de la pancreatitis aguda a través de los años, sin embargo, los procesos patogénicos responsables de la cascada inflamatoria y de las alteraciones en el acino y en el compartimiento de células ductales del páncreas son aún desconocidos (Koziel, 2015). Por convección el término de pancreatitis aguda (PA) se refiere a un ataque que afecta a dicha glándula que hasta ese momento había sido normal tanto funcional como morfológicamente y que retorna a la normalidad luego de la resolución del cuadro. Por el contrario, el término de pancreatitis crónica (PC), se define como un proceso patológico en el cual los cambios funcionales y/o morfológicos preceden o siguen al comienzo de los síntomas. (Díaz, 2016).

No obstante, en la práctica resulta muchas veces difícil definir entre un ataque de PA y PC porque en cada uno de ellos los síntomas y los hallazgos clínicos con frecuencia se inician de manera brusca y se desconoce el estado anatómico y funcional del páncreas antes de la aparición de los síntomas.En consecuencia, los síntomas que aparecen repentinamente se consideran PA y los que se instalan progresivamente y que aumentan o disminuyen se consideran PC. La valoración de la gravedad de la pancreatitis aguda tiene trascendencia del punto de vista no solo pronóstico, sino terapéutico. La continua revisión del tema y el desarrollo vertiginoso de las técnicas de diagnóstico por imágenes obligaron a realizar en el 2012 una revisión del Consenso de Atlanta, donde se especifican los criterios clínicos, bioquímicos y tomográficos utilizados para su diagnóstico; se clasifica en pancreatitis aguda ligera(PAL), moderadamente grave(PAMG) y grave (PAG) y se actualizan los conceptos de pancreatitis aguda edematosa intersticial y pancreatitis aguda necrotizante, así como las definiciones de complicaciones locales y sistémicas.

La mortalidad de las formas graves sigue siendo elevada en torno al 40%, y está en relación, con las complicaciones tardías, ya que la mayoría de los pacientes sobreviven en la primera semana con medidas de soporte vital las cuales son ofertadas con mejor calidad en las unidades de atención al paciente grave. La experiencia acumulada en esta enfermedad ha generado diferentes criterios en un intento de predecir la gravedad y curso de la misma, desde los conocidos índices de Ranson de 1974, los que no

reflejan un alto valor predictivo, hasta los novedosos criterios tomográficos de Balthazar, o más recientemente, marcadores séricos, incluidos: proteína C reactiva, elastasa, fosfolipasa A2, péptido activador del tripsinógeno, factores del complemento, interleucina-6, factor de necrosis tumoral y antiproteasas. (Almeida, 2015). La escala de predicción APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) se usa con frecuencia en las Unidades de Cuidados Intensivos y su aplicación al ingreso nos permite hacer una evaluación sobre el pronóstico de los pacientes.

La introducción de criterios imagenológicos para definir la enfermedad, (Bollen, 2014) la actualización reciente de la clasificación de Atlanta, el reconocimiento de la importancia del fallo orgánico como determinante de la gravedad, la descripción precisa de criterios diagnósticos para las diferentes alteraciones morfológicas de la pancreatitis aguda, (Bollen, 2008); la resucitación inicial precoz agresiva con líquidos, el beneficio de la nutrición enteral para reducir la morbilidad y la mortalidad, el valor de la analgesia; los cambios en las recomendaciones sobre el uso de antimicrobianos, las modificaciones en las pautas del tratamiento quirúrgico de la necrosis infectada, la introducción de técnicas operatorias mínimamente invasivas y la existencia de marcadores humorales y bioquímicos para estratificar el riesgo, se destacan como los aspectos más novedosos y de mayor relevancia en la actualidad (Quintero, 2017, Vázquez, 2016).

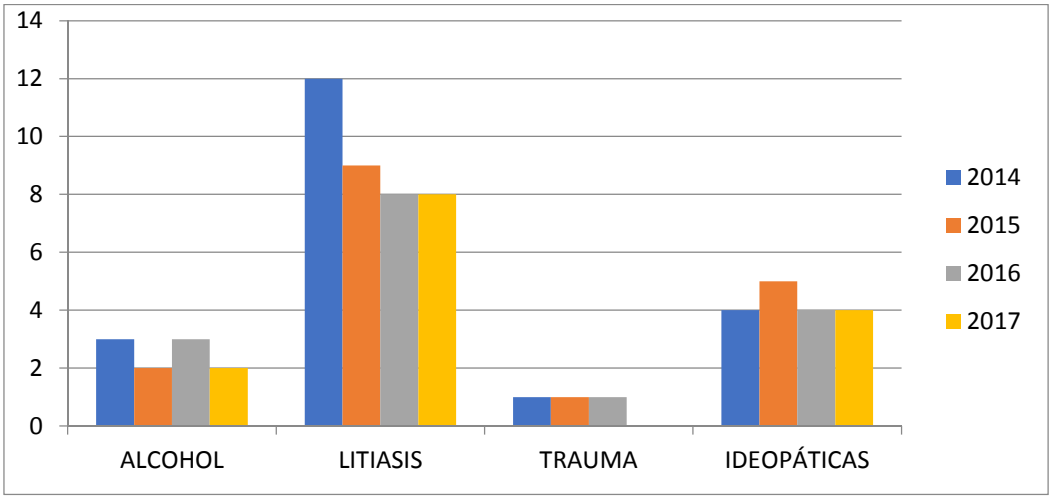
No existe evidencia de gran disminución de la mortalidad de los pacientes con pancreatitis en los últimos años (2014 - 2017) a pesar de los avances en técnicas de soporte vital que han permitido reducir la mortalidad por fallo multiorgánico en la primera semana de evolución, la mortalidad sigue siendo elevada por lo que se realiza este estudio con el objetivo de caracterizar a los pacientes ingresados con Pancreatitis Aguda en el período comprendido entre el 1ro de septiembre del 2014 y el 31 de diciembre del 2017.

La pancreatitis y su relación con variables demográficas.

La pancreatitis es una enfermedad inflamatoria del páncrea que obedece a múltiples factores dentro de ellos la edad y el sexo, en esta casuística predominó la enfermedad en pacientes femeninas, entre los 41 – 50 años, siendo la causa litiásica la más frecuente. Este resultado coincide con un estudio realizado por Arnalde en el 2010 donde describe que de dicha enfermedad la causa más frecuente es la litiasis biliar y se presenta con mayor incidencia en personas del sexo femenino entre 31 – 50 años, seguida del alcoholismo que se presenta con mayor frecuencia en personas del sexo masculino entre 40 – 60 años. Se difiere de lo planteado por Ledesma y Arias en Nuevo México en el año 2009, donde se afirma que es muy rara la patología biliar en mujeres siendo en estas la causa idiopática la más frecuente. Concordando con varios estudios realizados a nivel nacional e internacional la autora de este trabajo considera que la causa de pancreatitis más frecuente en nuestro medio es la obstructiva y dentro de ellas la litiásica debido a que la mayoría de las pancreatitis analizadas para este trabajo fue la litiasis vesicular la principal causa de la enfermedad y esto puede estar dado por las transgresiones dietéticas en nuestra población, haciéndonos más consumidores de alimentos que conllevan a la mayor formación de litiasis dígase alimentos ricos en grasas y azucares y pobres en fibra vegetal.

En el grafico # 1 se recogen las principales causas de pancreatitis durante los 4 años que se mantuvo el estudio, donde se corrobora fue la litiasis vesicular la causa principal.

Gráfico # 1. Incidencia de la pancreatitis según su etiología por años



Fuente: Datos tomados de los expedientes clínicos estudiados.

La principal causa de la PA en los cuatro años de estudio fue la litiasis vesicular representando el 54.41% de los pacientes estudiados, seguida de las causas idiopáticas las que representan el 25.00%, las de causa alcohólicas para un 14.70% y las de causa traumática con un 4.41%, independientemente del sexo lo que difiere de un estudio realizado por Bollen y Leewen en Atlanta en el 2008 donde se plantea que la causa más común de pancreatitis era idiopática seguida por la litiasis biliar en una población de 2500 personas diagnosticadas con PA siendo de causa litiásica solo el 21% de dicha población. Se coincide con el planteamiento realizado por Rana y Sharma en el año 2015, quienes realizaron un estudio con una muestra de 3000 pacientes con un diagnóstico de PA donde se concluyó que la causa fundamental de la enfermedad en cuestión es la litiasis biliar para un 55.6% de la muestra siendo esta etiología más frecuente en mujeres.

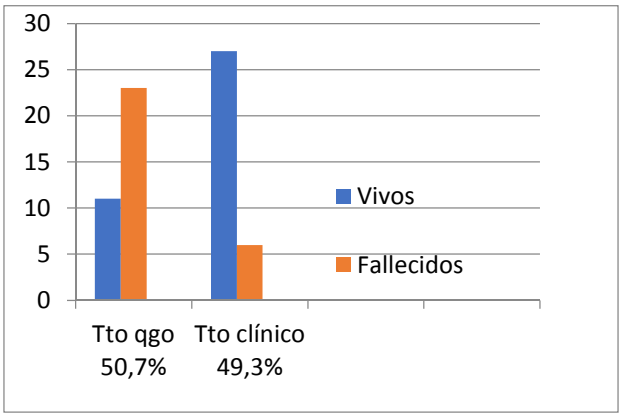
Además, durante los 4 años de estudio se realizó un análisis de la severidad de la pancreatitis según etiología y se encontró que solo presentaron (Pancreatitis aguda grave) PAG pacientes de etiología alcohólica representando éstas el 8.9% de la población total. Pacientes con litiasis, trauma e idiopática no evolucionaron a la PAG. Independientemente de los resultados encontrados en nuestro estudio la autora de este trabajo investigativo considera que la evolución o no a la gravedad de la PA depende únicamente de que sea diagnosticada y tratada adecuadamente en el menor tiempo posible y en el caso de los pacientes alcohólicos está muy relacionado con el modo de vida de la mayoría de estos pacientes, que no consumen una dieta adecuada. Por lo que recomendamos a nuestros lectores que los pacientes diagnosticados con PA sean ingresados en el menor tiempo posible en una unidad de atención al paciente grave.

“El estado nutricional del paciente va a ser determinante en su evolución; así, la ingesta de alcohol y la obesidad son factores independientes de gravedad” (Maravi, 2012, p.7)

Pronóstico y supervivencia del tratamiento quirúrgico de los pacientes tratados por pancreatitis

El gráfico 2 muestra los tratamientos aplicados a nuestros pacientes diagnosticados con PA donde existió mayor supervivencia en los pacientes que fueron tratados clínicamente.

Gráfico # 2. Supervivencia de los pacientes que fueron tratados clínicamente y de los que recibieron tratamiento quirúrgico.



Fuente: Historias clínicas

De los pacientes que se les practicó tratamiento quirúrgico el 89.8% fueron llevados al salón de operaciones con diagnóstico de abdomen agudo por distintas causas que no concordaron con el diagnóstico definitivo y de ese total murieron el 72.2% por infección intraabdominal como causa principal.

En estudios realizados por el doctor Hani (2007) se demuestra que el tratamiento ideal para la PA fuera el tratamiento quirúrgico temprano para evitar complicaciones producidas por la evolución de la enfermedad, el mismo para llegar a ese planteamiento demostró que con la pancreatectomía total disminuyó la mortalidad en un 25%, pero estos pacientes presentaban disímiles complicaciones producto al tipo de tratamiento quirúrgico utilizado.

Esta situación conllevó a que se realizaran otros estudios por lo que tres años más tarde en el 2015 el doctor J. Yang ,especialista en segundo grado en gastroenterología de una clínica en la ciudad de Tokio en Japón, refirió que no se debía realizar pancreatectomía total ni parcial de forma precoz debido a que el 98.2% de esos pacientes presentó complicaciones tardías, el mismo realizó un estudio donde a un grupo de pacientes se les practicó pancreatectomía precoz y a otro grupo se le realizó tratamiento clínico y existió mayor supervivencia en estos últimos.

La autora de este trabajo coincide conque las PA deben de ser tratadas clínicamente hasta el momento en que se demuestre que el paciente necesite tratamiento quirúrgico debido a que se ha demostrado estadísticamente que pancreatectomía precoz no ha presentado buenos resultados. Y al final significan una agresión más al paciente y exposición a riesgos, tales como la sepsis postquirúrgica, los riesgos que trae implícita la anestesia, entre otros.

Con el fin de comprobar el grado de veracidad de las escalas pronóstica utilizadas actualmente en nuestro servicio (Unidad de Terapia Intensiva del hospital Dr. Ernesto Guevara de la Serna) se les realizó el cálculo de las mismas con los datos aportados en los expedientes clínicos utilizados para nuestro estudio y se encontró que en el caso del SOFA (mostrados en el gráfico 3) presentó un 87.2% de coincidencias con los resultados actuales y en el caso del APACHE II (gráfico 4) se coincidió en un 95.9% por lo que se recomienda utilizar la escala de predicción pronóstica APACHE II en el caso de los pacientes que tengan un diagnóstico confirmado de PA porque como se observa en los siguientes gráficos muestra un mejor índice de veracidad para los pacientes con PA.

Gráfico # 3. SOFA calculado.

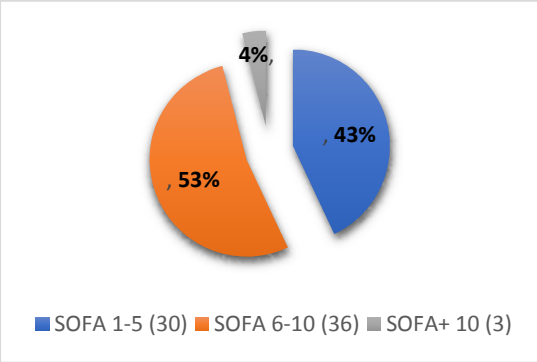
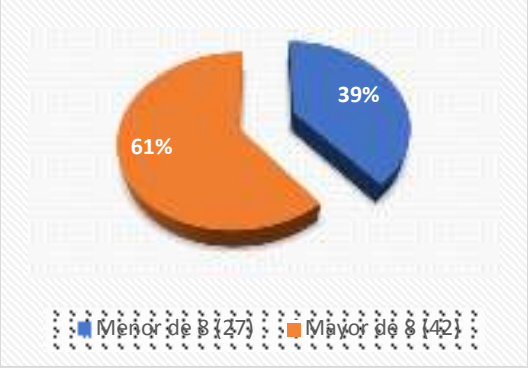


Gráfico 4. APACHE II calculado.



Fuente: historias clínicas.

Existen pocos estudios en cuanto a este tema donde la mayoría de los autores coincide con lo planteado como es el caso de doctor Andrade en un estudio realizado en el año 2015 donde plantea que la mejor escala para predecir pronóstico en el caso de la PA es el APACHE II debido a que se obtiene mayor seguridad en cuanto al pronóstico de dicha enfermedad .Solo es el caso de Banks quien mediante un trabajo investigativo realizado no encontró relación entre las escalas pronósticas calculadas con la evolución real de los pacientes. El autor si considera el uso de estas escalas es importante ya que con ellas se evalúan marcadores clínicos y humorales que traducen el pronostico a corto o largo plazo de la evolución del paciente. Y nos encaminan hacia la conducta correcta, sobre todo enfocada a la prevención de las complicaciones.

CONCLUSIONES

Predominó la enfermedad en la población femenina, siendo la causa litiásica la más frecuente y sin embargo los pacientes con PA de etiología alcohólica fueron los que evolucionaron a PAG. Con respecto al tratamiento de los pacientes se encontró que el clínico tuvo mayor efectividad. La escala pronóstica que mayor efectividad presentó fue el APACHE II.

REFERENCIAS

Almeida, N., Fernandes, A., Casela, A. (2015). Predictors of Severity and In-Hospital Mortality for Acute Pancreatitis: Is There Any Role for C - reactive protein Determination in the First 24 Hours. Predictors of Severity and In-Hospital Mortality for Acute Pancreatitis: Is There Any Role for C - reactive protein *Determination in the First 24 Hours* 22(5):187-9.

Banks, ML. (2006) Practice guidelines in acute pancreatitis *Am J Gastroenterology*. 101(10):2379-400.

Bollen, TL, van Santvoor, HC., Besselink, van Leeuwen, MS., Horvath, KD., Freeny, PC. and Gooszen, HG. (2008). On behalf of the Dutch Acute Pancreatitis Study Group the Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited. *British Journal of Surgery* 95: 6-21

Bollen, T., Singh, V., Maurer, R., (2014). A comparative evaluation of radiologic and clinical scoring systems in the early prediction of severity in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* 107(4):612–9.

Ferreira, A., Bartelega, J., Urbano H., Souza, K. (2015). Acute pancreatitis gravity predictive factors: which and when to use them? *ABCD, arq bras cir dig* 28(3): 163-179.

Hernández, A., Chico, M. (2007) Problemas digestivos. Pancreatis aguda grave. En: Chico-Fernández, Sánchez-Izquierdo Riera JA, Toral-Vázquez D. *Guía práctica de medicina intensiva*. Bogotá-Colombia. Distribuna Editorial Médica, 2007; 323-30

Koziel, D., Gluszek, S., Kowalik, A., Chlopek, M., Pieciak, L. (2015). Genetic mutations in SPINK1, CFTR, CTRC genes in acute pancreatitis' *Gastroenterology* 15(1):1-9.

Maravi, E, et al. Recomendaciones para el manejo en cuidados intensivos de la pancreatitis aguda. *SEMICYUC 2012*. 37(3):279-304

Quintero, A., de Bogotá, S. Patiño, F. (2017) *Pancreatitis aguda.* Guías para manejo de urgencias. Capítulo, 13, 789-793.

Rana, S, Sharma, V., Sharma, R., Chhabra, P., Gupta, R., Bhasin, D. (2015) Clinical significance of presence and extent of extrapancreatic necrosis in acute pancreatitis. *Journal Of Gastroenterology & Hepatology* 30(4):794-8.

Vázquez, E., Moreno, F., Labrada, E., Vázquez (2016). Pancreatitis aguda. Nuevas visiones en el tratamiento. 27- 30

Zhan X, Guo X, Yang J, Li J, Li Z. (2015). Prevalence and risk factors for clinically significant upper gastrointestinal bleeding in patients with severe acute pancreatitis. *Journal of Digestive Diseases;* 16(1):37-42.

Zeng Y, Zhan X, Guo X, Zhang H, Chen Y, Li Z, et al. (2014). Risk factors for pancreatic infection in patients with severe acute pancreatitis: An analysis of 163 cases. *Journal of Digestive Diseases* 15(7):377-85.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DIDÁCTICA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANIFICADO

DIDACTIC INTERVENTION STRATEGY FOR THE PREVENTION OF UNPLANNED PREGNANCY

Georkis Montero Gonzalez georkismontero@nauta.cu

Yoanne Cordero González

Kentny Mora Reyes

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención, precedido por una etapa diagnostica, de intervención y finalmente evaluativa, para crear una estrategia de intervención didáctica y lograr el adecuado control y seguimiento del riesgo preconcepcional en la prevención del embarazo no planificado. Se utilizó una muestra de 42 pacientes de un universo de 116 que constituyeron el Riesgo preconcepcional del CMF#4 perteneciente al policlínico Aquiles Espinosa, del municipio Las Tunas, en el periodo correspondiente a Septiembre del 2017 a Abril del 2019, las cuales fueron identificadas en el seguimiento en la consulta de Planificación Familiar y riesgo preconcepcional del área de salud,.Se demostró que la adolescencia no es el grupo de edad que más predomina, hasta el momento el tabaquismo se presenta como hábito tóxico más frecuente; el Asma Bronquial y la HTA como enfermedades crónicas representativas.

PALABRAS CLAVES: riesgo preconcepcional, anticoncepción, embarazo no planificado

ABSTRACT

An intervention study was carried out, preceded by a diagnostic, intervention and finallyevaluativestage, tocreate a didactic intervention strategy and achieveadequate control and monitoring of preconceptionrisk in theprevention of unplannedpregnancy. A sample of 42 patients from a universe of 116 whoconstitutedthepreconceptionrisk of CMF # 4 belongingtothe Aquiles Espinosa polyclinic, from Las Tunas municipality, was used in theperiodcorrespondingto September 2017 toApril 2019, which wereidentified in thefollow-up in theFamilyPlanningconsultation and preconceptionrisk of thehealtharea. It was shownthatadolescenceisnotthemostprevalent age group, so far smoking ispresented as themostfrequenttoxichabit; BronchialAsthma and HT as representativechronic diseases.

KEY WORDS: preconceptionrisk, contraception, unplannedpregnancy

INTRODUCCIÓN

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) fue definida en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo, celebrada en 1994 en el Cairo, Egipto, como un estado general de bienestar físico mental, social y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos vinculados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos; se refiere a asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos. La SSR se expresa en un conjunto de

métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo (Portales, Cabrera, 2016); (Hierrezuelo, Álvarez, Subert, González, Pérez, 2017)

Según la Organización Mundial de la Salud

Un embarazo planeado se define como la programación del tiempo y condiciones idóneas tanto sociales, económicas, laborales y emocionales para concebir un nuevo integrante de la familia. Mientras que el embarazo no planeado, se da cuando hay un descuido de la pareja en el uso del método anticonceptivo debido a diferentes factores que principalmente tiene que ver con la educación e información que se tiene respecto a salud sexual y reproductiva (Yago y Aznar, 2015).

También en cuestiones de salud, un embarazo planeado disminuye la probabilidad de presentarse la mortalidad infantil y maternal, debido a las implicaciones del mismo, teniendo en cuenta que los gastos económicos están asegurados en este proceso. (Millán, Sánchez, Rodríguez, Rodríguez, y Fajardo, 2012).

La profilaxis y la prevención, dirigidos al riesgo preconcepcional, consisten en fomentar en las personas hábitos y estilos de vida saludables, conduciendo acciones de salud que permitan contribuir al desarrollo más sano de hombres y mujeres durante esta etapa de la vida, dada la influencia en la descendencia de las circunstancias que acontecen en la etapa preconcepcional de la pareja, como la salud de ambos padres y, en particular, la de la madre (Varona, Hechavarría, Orive, 2010).

Ello requiere que el embarazo se planifique y se tomen una serie de cuidados previos, sobre todo en los 3 a 6 meses que lo preceden (enfoque pre-gravídico), como por ejemplo la eliminación de hábitos tóxicos como el cigarro y alcohol, la corrección de infecciones recurrentes, anemias, desnutrición, insuficiencia vascular periférica, endocrinopatías y otras afecciones crónicas, susceptibles de ser modificadas, compensadas o equilibradas (García, Alemán, 2013).

Otras razones para que el embarazo no planeado se presente

Falta de información a la población sobre el embarazo a partir de la responsabilidad y planificación.

Escaso nivel de estabilidad q tienen las parejas.

Insuficiente solvencia económica para llevar a cabo el embarazo.

Inestabilidad laboral para el desenvolvimiento de la pareja.

Carencia de afecto y atención por parte de los padres y familia.

Necesidad de reafirmarse como mujeres y hombres.

Curiosidad y ansiedad sexual.

La educación de la sexualidad debe de ser integral, abierta y directa para evitar el embarazo no planeado. Educar significa evaluar los riesgos de forma objetiva, de tal manera que los jóvenes puedan valorar y elegir de manera consciente, desarrollen habilidades como autoestima, comunicación asertiva en pareja, confianza con los padres, valorar su proyecto de vida y que se tome en cuenta su derecho a vivir una sexualidad sana y protegida. (Mainegra, Ramos, Cruz, 2011).

Etapas de la investigación:

- Etapa diagnóstica.
- Etapa de intervención.
- Etapa evaluativa.

Etapa diagnóstica:

Utilizando las Historias clínicas familiares, se hizo un listado con los nombres, apellidos y dirección de todas las adolescentes de 12 a 49 años pertenecientes al sector de salud del consultorio #4 del Policlínico Universitario “Aquiles Espinosa”.

Durante una visita al hogar se les pidió a cada paciente; el consentimiento informado. Luego se les aplicó la encuesta inicial (en un local condicionado con esta finalidad) a través de la que se obtuvieron los datos generales de cada paciente y relacionados con los conocimientos sobre el embarazo y su planificación.

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

- Grupos de edades.
- Nivel de escolaridad.
- Hábitos Tóxicos.
- Enfermedades Crónicas o situaciones que presenten.

Para determinar el nivel de conocimientos de las pacientes en estudio, se evaluaron los diferentes acápites de la siguiente manera:

Referido a mencionar 5 de los métodos anticonceptivos conocidos.

- Muy bien: Si menciona los 5 métodos.
- Bien: Si menciona 4 métodos.
- Regular: Si menciona 3 métodos
- Mal: Si menciona 2 métodos o menos.

Referido a mencionar 5 medidas a tomar durante el proceso de la concepción del embarazo:

- Muy bien: 5 medidas
- Bien: 4 medidas
- Regular: 3 medidas
- Mal: 2 medidas

Se consideró como respuesta correcta marcar los incisos señalados en cada pregunta, siempre que el resto quedara sin marcar. Si la paciente seleccionaba una o varias opciones incorrectas, la categoría de evaluación otorgada era la menor.

A cada categoría se le asignó un valor:

Muy bien: 3 puntos

Bien: 2 puntos.

Regular: 1 punto.

Mal: 0 punto.

Finalmente se sumó la puntuación obtenida en cada pregunta y para realizar la evaluación general, se tuvo en cuenta la siguiente escala:

Muy bien: 20-21puntos

Bien: 17-19 puntos

Regular: 15-16puntos.

Mal: menos de 14 puntos.

***2da Etapa de intervención*:**

En esta etapa se realizaron las actividades educativas diseñadas con el objetivo de que las pacientes incluidas en el estudio adquirieran y profundizaran sus conocimientos sobre el embarazo y su planificación, además de la anticoncepción y las enfermedades o condicionante sobre el mismo.

Se realizaron un total de 6 actividades con una frecuencia de dos por semana y una duración variable en dependencia del tipo de actividad y sus objetivos. En cada una se aplicaron diferentes técnicas educativas.

Las sesiones de trabajo se realizaron con una frecuencia bisemanal y una duración variable en dependencia del tipo de actividad y sus objetivos en 3subgrupos de 14 pacientes dirigidas por el autor de la investigación.

3ra Etapa de evaluación

Previamente se confeccionó un instrumento con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos acerca del tema por parte de los grupos de estudio, la que fue aplicada en la primera y última sesión de la intervención.

Edades	**Sexo Femenino**	
	#	**%**
12-19	12	28,57
20-30	**23**	**54,76**
31-40	7	16,66
41-50	0	0
≥ 51	0	0
Total	**42**	**100**

En la tabla #1 se muestra que el grupo de edades predominante fue el correspondiente a las edades entre 20-30 años para una cifra 23 pacientes lo que representa el 54.76% de la muestra no así en concordancia con lo planteado por (Yago-Simón y Tomas Asnar-2015) los cuales refieren que la edad más afectada corresponde a la adolescencia.

Tabla 2. Distribución de las pacientes según nivel educacional.

Nivel de Escolaridad	**No**	**%**
Secundaria sin terminar	--	--
Secundaria terminada	3	7,14
Téc. Medio sin terminar	2	4,76
Téc. Medio terminado	10	23,80
Pre-universitario sin terminar	8	19,04
Pre-universitario terminado	**15**	**35,71**
Universitaria	4	9,52
Total	**42**	**100**

Fuente: Encuesta

En la tabla #2 se demostró que el nivel educacional promedio de las mujeres en el estudio correspondía al preuniversitario terminado con una cifra de 15 pacientes para un 35.71%, lo cual no se corresponde con la bibliografía consultada ya que estudios realizados principalmente en México refieren que el bajo nivel educacional es un factor de riesgo para la aparición del embarazo no planificado, confirmándose así la teoría de que gracias a que en Cuba la educación es gratuita no es un factor de riego determinante el nivel educacional, no obstante se determinó que la disyuntiva entre realizarse o no como profesional si es un factor determinante en la mujer cubana al de planificar un embarazo.

Tabla 4. Distribución según hábitos tóxicos

Hábitos Tóxicos	**Sexo Femenino**	
	#	**%**
Alcoholismo	2	4,76
Café	**33**	**78,57**
Tabaquismo	7	16,67
Drogas o Fármacos no legales	--	--
Total	42	100

Fuente: Ficha familiar, encuestas

Después de encuestar a las mujeres en nuestro estudio se determinó que el mayor habito toxico es el Café para una cifra de 33 pacientes lo que representa el 78.57% en la tabla #4, no obstante se pudo constatar que un tercio de la muestra en nuestro estudio, presento más de un vicio, conocido así en el argor popular lo cual pudiera servir de punto de partida para otras investigaciones.

Existen autores como (Gonzalez, 2016) los cuales plantean que más del 35% de la población cubana presentan varios hábitos tóxicos como principalmente café y cigarro lo cual se confirma con lo encontrado en nuestra investigación.

Tabla 4.1 conocimientos acerca de los hábitos tóxicos

Métodos Anticonceptivos Mencionados	**Respuestas correctas**			
	Antes		**Después**	
	No	**%**	**No**	**%**
Muy bien	1	2,38	**29**	**69,05**
Bien	9	21,42	11	26,19
Regular	**23**	**54,77**	1	2,38
Mal	9	21,43	1	2,38
Total	42	100	42	100

Fuente: Encuesta **p< 0.05**

Ahora bien se demostró en la tabla #4.1 que la mayor cantidad de mujeres de nuestro estudio, un total de 23 pacientes, para un 54.77% se encontraban con un conocimiento

regular acerca de los mismos al inicio del estudio, lo cual se pudo revertir luego de impartidos los temas, lográndose llevar hasta un estado de muy bien a 29 pacientes para un 69.05%.

Tabla 5. Distribución según enfermedades crónicas no transmisibles y condicionantes

Patologías	**#**	**%**
Asma Bronquial	**6**	**14,28**
Hipertensión Arterial	**8**	**19,04**
Diabetes Mellitus	5	11,90
Gastritis Crónica	3	7,14
Periodo Intergenesico Corto	2	4,76
Hipotiroidismo	2	4,76
Adolescencia	5	11,90
Hipertiroidismo	3	7,14
Epilepsia	1	2,39
Obesidad	4	9,52
Desnutrición	1	2,39
Ulcera Gástrica	2	4,76
Total	42	100

Fuente: Ficha familiar, Historia clínica individual, Encuesta

Se determinó que las enfermedades crónicas predominante fueron la Hipertensión con 8 pacientes lo que represento el 19.04%, y el Asma bronquial con 6 pacientes lo que represento el 14.28% del total de pacientes, datos obtenidos a través de la tabla #5. Se hace necesario mencionar que durante el estudio se encontraron pacientes que presentaban más de una patología, aunque para mejor organización del trabajo en cuestión se decidió tomar en consideración la patología que más afectaba a las pacientes, pero se deja en consideración este aspecto para futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

Al concluir el estudio se demostró que las pacientes tenían edades que oscilaban entre los 20 y 30 años con un nivel escolar predominante de preuniversitario terminados. Se demostró que el Asma bronquial y la hipertensión constituían la principal afectación de la salud. Se logró elevar los conocimientos sobre la anticoncepción. El café resulto ser el principal habito toxico. Se logró establecer una estrategia didáctica que permitió elevar los conocimientos sobre el embarazo y su planificación, además sobre las consecuencias del embarazo no planificado y la importancia de su prevención; además se logró un impacto positivo en las mujeres que estuvieron involucradas en la investigación.

REFERENCIAS

Fernández, H., Gerez, S., Ramírez, N., Pineda, A. (2014) Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. *Rev Cubana ObstetGinecol.* 40(2):197-205.

García, I., Alemán, MM. (2013) Riesgos del embarazo en la edad avanzada. *Rev Cubana ObstetGinecol*. 39(2):120-27.

Gil, I., Díaz, Y., Rodríguez, JF, Quincoces, M., Álvarez, M. (2014). Caracterización clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave en Villa Clara (2012). *Rev Cubana HigEpidemiol*. 52(3):290-300.

Hierrezuelo, N., Álvarez, JT., Subert, L., González, P., de los Angeles, G. (2017) Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. *MEDISAN* 21(5):538–46.

Lau, S., Rodríguez, A., Pría, MC. (2013) Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. *Rev Cubana Salud Pública*. 39(5)

Mainegra, MM, Ramos, NP, Cruz, TM. (2011). Concepción OB. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente “Miguel Montesino Rodríguez”. Fomento. Sancti Spíritus. *Gaceta Médica Espirituana* 13(2):1–8.

Menéndez, GE., Navas, I., Hidalgo, Y., Espert, J. (2012) El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cubana ObstetGinecol*. 38(3):333-42.

Millán, MM., Sánchez, C., Rodríguez, R., Rodríguez, A.R, Fajardo, Y. (2012) Mortalidad materna en Granma. *Rev Cubana ObstetGinecol*. 38(1):11-20.

Portales, AG, Cabrera, AR, Ricardo, MJ. (2016) Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 32(2):178–90.

Varona, F., Hechavarría, NM., Orive, N. (2010). Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 36(4):565–72.

Yago, T., Tomás, C. (2015) Condicionantes de género y embarazo no planificado, en adolescentes y mujeres jóvenes. *Anal. Psicol*. 31(3): 972-978.

CÁNCER CERVICOUTERINO: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR LOS FACTORES DE RIESGO

CERVICOUTERINE CANCER: INTERVENTION STRATEGY TO PREVENT RISK FACTORS

Haydee Yalenis Pérez Caballero bibliodel@ltu.sld.cu

Yuneisy Escalona Batista

Yoenny Peña García

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención con el objetivo de aplicar una estrategia de intervención educativa para incrementar el conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino en mujeres sexualmente activas del CMF 22, del Policlínico Docente "Rafael Izquierdo Ramírez", del área de salud Delicias. La muestra estuvo conformada por 74 féminas. Para medir el nivel de conocimiento sobre el tema a investigar antes y después de realizada la intervención se aplicó un cuestionario. La estrategia se dividió en tres etapas con 4 temas a desarrollar. El factor de riesgo más representativo fue el inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas, seguido de multiparidad y tabaquismo. El nivel de conocimiento de la población en estudio acerca de los factores de riesgo del cáncer cervicouterino fue bajo antes de la intervención educativa pero se fue transformando a alto medida que se fue aplicando la estrategia.

PALABRAS CLAVES: cáncer cervicouterino, factor de riesgo, prevención, intervención educativa.

ABSTRACT

An intervention study was carried out with the objective of applying an educational intervention strategy to increase knowledge about the risk factors of cervical cancer in sexually active women of CMF 22, of the Teaching Polyclinic "Rafael Izquierdo Ramírez", of the Delicias health area . The sample consisted of 74 females. To measure the level of knowledge on the subject to be investigated before and after the intervention, a questionnaire was applied. The strategy was divided into three stages with 4 themes to develop. The most representative risk factor was the beginning of sexual relations at an early age, followed by multiparity and smoking. The level of knowledge of the study population about the risk factors of cervical cancer was low before the educational intervention but it was transformed to a high extent that the strategy was applied.

KEY WORDS: cervical cancer, risk factors, prevention, educational intervention.

INTRODUCCIÓN

"Las células del cérvix son muy activas en la vida reproductiva, por lo que la actividad constante promueve el crecimiento anormal de estas células, cuando se conjugan factores de riesgo para el desarrollo de patologías del cuello uterino" (Cordero y García, 2015, p.351).

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna, caracterizada por la pérdida de la estratificación del epitelio y una marcada atipia celular con alteraciones en la relación

núcleo-citoplasma. Esta neoplasia puede invadir o no el tejido subyacente y producir metástasis a distancia (Rigol, 2014).

El cáncer cervicouterino o de cuello uterino (CCU) es uno de los tipos de cáncer más fáciles de detectar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual. Por lo tanto, el examen periódico lo puede detectar antes de que se propague. Sin embargo constituye una de las principales causas de muerte por cáncer entre mujeres de todo el mundo. Según estimaciones, anualmente se reportan más de 200 000 defunciones por esta causa (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016).

Existen varios factores de riesgo para el CCU, así como para las displasias, todas no actúan de la misma forma en los diferentes grupos poblacionales, lo que para determinada población representa un riesgo de elevada incidencia, para otra no es significativo. Las infecciones de transmisión sexual, el tabaquismo, déficit nutricional y la disminución inmunológica, multiparidad que al actuar sinérgicamente podrían en un tiempo imprevisible evolucionar a la neoplasia intraepitelial cervical y de esta al cáncer.

Para modificar sustancialmente la incidencia y la mortalidad de esta enfermedad, es preciso actuar contra la carcinogénesis y eliminar los factores de riesgo. Es importante adquirir conocimientos de las causas de la enfermedad o de su historia natural, ello puede dar lugar a medidas preventivas y ayudar también a la elección de las intervenciones sanitarias con las mayores probabilidades de controlar el problema en particular, y a evaluar su impacto en la comunidad.

El conocimiento de la importancia del diagnóstico temprano por la población femenina, asociado a una educación sanitaria que incluya otros factores de riesgo, son elementos indispensables para el éxito del programa de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino ya que si esta enfermedad es detectada precozmente se podrán emplear métodos que garanticen una mejor calidad de vida de las mujeres.

Las finalidades básicas de la política de lucha contra el cáncer que se desarrolla en Cuba, están dirigidas a la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento efectivo y eficaz, el alivio del dolor y la adopción de otras medidas para mejorar la calidad de vida de los enfermos.

Realizar investigaciones sobre cómo educar a las mujeres, con el fin de explicarles la importancia de realizarse la citología orgánica por ser un método eficaz para prevenir el cáncer cérvicouterino, es tarea fundamental para disminuir los factores de riesgo que se relacionan con esta enfermedad.

El objetivo de toda estrategia de prevención y control del cáncer debe consistir en prevenir la aparición de la enfermedad; y disminuir la morbilidad y la mortalidad cuando la enfermedad no se ha podido evitar. De entrada debemos saber que prevención es precaver, evitar, impedir. Prever daño o peligro. Se trata de las medidas directas que bloquean la enfermedad, la limitan o impiden el progreso de la misma en cualquier etapa de su historia natural.

Según el Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 2018) en su Anuario Estadístico de Salud ha existido un incremento de la tasa de morbilidad por cáncer cervicouterino desde 1970 al 2016, pues en sus inicios era de 176,307 enfermas para una tasa de

78,5 por cada 1000 mujeres y al finalizar el 2016 se observan 759,206 mujeres enfermas para una tasa de 196,8. Durante el 2017 se reportó un total de 1 060 casos positivos de cáncer cérvico-uterino en mujeres examinadas por el programa. Se han diagnosticado más de 1 000 mujeres con lesiones cervicales en el período comprendido entre 2003 y 2017 en la provincia de Las Tunas, de las cuales han fallecido más de 50 féminas.

En la comunidad femenina del CMF 22 del área de salud de Delicias, se presentaron insuficiencias en cuanto a la percepción de riesgo de contraer el cáncer cérvicouterino, lo que ha agudizado la morbilidad y muerte por esta enfermedad, situación prevenible si se tiene en cuenta el control de los riesgos para el desarrollo de la misma. Ante la pregunta de investigación: ¿Cómo contribuir a la percepción del riesgo del cáncer cervicouterino?, nos propusimos aplicar una estrategia de intervención educativa para incrementar el conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino en 74 mujeres sexualmente activas del CMF 22, del Policlínico Docente "Rafael Izquierdo Ramírez", desde septiembre de 2018 a agosto de 2019, que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación, previo consentimiento informado.

Particularidades del cáncer cervicouterino

La comunidad científica ha consensuado que el cáncer de cuello de útero es uno de los más comunes en la mujer; su mayor incidencia ocurre entre la cuarta y quinta décadas de la vida, y existen en su origen factores de riesgo que favorecen la iniciación del mismo. Presenta una etapa premaligna bien definida, llamada displasia, que va desde leve (I) a moderada (II) y severa (III); si estas son tratadas adecuadamente, puede evitarse el mismo. Además, existen pruebas sencillas para su detección precoz, como la prueba citológica vaginal, de bajo costo y alta eficacia. Desde el punto de vista histológico, existen dos subtipos fundamentales: el carcinoma de células escamosas (epidermoide), con un 80-85 %, que se origina en el epitelio del exocérvix, y el adenocarcinoma (15-20 %), que se inicia en las glándulas del canal endocervical (Rigol, 2014).

Prevención

Por prevención de la enfermedad se conocen todas aquellas acciones concretas que se realizan para evitar la aparición de enfermedades, su prolongación, las secuelas o la muerte a través de la atención oportuna e intervención directa sobre los factores de riesgo biológico, ambiental y del comportamiento individual y colectivo. Se conocen dos tipos de prevención: una proactiva y otra activa: la primera se orienta a estrategias de acción que intentan prevenir la ocurrencia de factores de riesgo; la segunda tiene como objetivo la preparación del sujeto para reaccionar de forma efectiva ante una situación de peligro (García, 2018).

Las intervenciones educativas son el conjunto de acciones con finalidad, planteadas a conseguir, en un contexto institucional específico los objetivos educativos socialmente determinados. La intervención educativa incluye un conjunto de acciones de planificación (fase proactiva), de actualización en actividad (fase interactiva) y de evaluación de la actualización (fase postáctica). Ella es praxis que integra acción, práctica y reflexión crítica (García, 2018).

Promoción de salud

La salud se construye, entre otras cosas, preservando la cultura popular y capacitando a las personas en adoptar formas saludables, para mantener el equilibrio entre cultura y salud. Para elevar la percepción de riesgo del cáncer cérvico-uterino, se impone la necesidad de conocer el valor a la salud de la población femenina desde su propio entorno cultural, para educar en la prevención de los factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino.

Martínez, De la Concepción y Pérez (2014) plantean que en la revisión de la literatura sobre promoción de salud, les permitió concluir que este es:

(…) un proceso dinámico en constante construcción, que implica a todos los actores sociales, que como todo proceso social ha evolucionado y alcanzado un mayor grado de desarrollo en Cuba y el mundo, para lo cual los autores proponen como técnica pedagógica para orientar el ejercicio profesional en las acciones dirigidas a reducir los factores de riesgo de cáncer cérvicouterino, ordenar los contenidos en dimensiones que configuran su abordaje (Martínez, De la Concepción y Pérez, 2014, p.21).

Programa para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino

Desde 1968, el Ministerio de Salud Pública, con la colaboración de los organismos de masas, desarrollan un Programa para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en nuestro país. Durante los años transcurridos millones de mujeres han sido sometidas al estudio de la citología cervicovaginal y miles de ellas han sido beneficiadas con el diagnóstico temprano de esta enfermedad. Sin embargo los nuevos conocimientos desarrollados en los últimos años sobre la epidemiología y la historia natural de esta enfermedad, así como nuevos conceptos en relación con la aplicabilidad práctica de este tipo de Programa, ha determinado la revisión y actualización del mismo, de modo que favorezca mejorar su eficacia y alcanzar la disminución de la mortalidad por este tipo de cáncer (OPS, 2016).

Los grupos de riesgo se clasifican de bajo y de alto riesgo. Uno de los hechos que más llaman la atención es el de que las mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales están virtualmente libres de riesgo de padecer un cáncer del cuello uterino. La historia natural de esta enfermedad indica que la mujer que ha llegado a los 60 años y en las cuales otros estudios citológicos previos han sido siempre negativos, tiene muy pocas probabilidades de desarrollar un cáncer de este tipo.

Metodología del estudio

Para recoger la información sobre el nivel de conocimiento que tenían las féminas antes y después de la estrategia se utilizó un cuestionario de 5 preguntas con un valor de 20 puntos cada una, para evaluar las respuestas se consideró los resultados de la manera siguiente:

Alto: cuando responde entre 4 y 5 preguntas de forma correcta

Medio: cuando responde entre 2 y 3 preguntas de forma correcta

Bajo: cuando responda 1 o ninguna de las preguntas de forma correcta

Estrategia de intervención educativa

La estrategia de intervención tuvo como objetivo general contribuir a modificar el nivel de conocimientos sobre cáncer cervicouterino en las mujeres sexualmente activas. Se realizará en tres etapas: diagnóstico, intervención y evaluación. Las actividades tendrán duración de 1 hora y se realizarán con una frecuencia quincenal, y aplicándose diversas técnicas participativas, las cuales mantuvieron las actividades educativas con un alto nivel de atención y motivación.

Etapa de diagnóstico: Aplicar prueba pedagógica (cuestionario inicial).

Etapa de intervención:

Tema No. 1 Introducción el Programa Educativo.

Objetivos: Presentar a los participantes y crear relaciones afectivas entre los mismos. Presentar el curso y sus objetivos. Motivar a la divulgación de los temas impartidos a amigos, vecinos u otras personas.

Tema No. 2 Factores de riesgo del cáncer cervicouterino

Objetivos: Mostrar los diferentes factores de riesgo que contribuyen a la aparición del cáncer cervicouterino.

Tema No. 3 Conocimiento de la prueba Citológica.

Objetivos: Describir la técnica y frecuencia con que se realiza la prueba Citológica.

Tema No. 4 ¿Qué aprendimos?

Objetivos: Valorar el conocimiento adquirido con la intervención educativa realizada. Aplicar la prueba pedagógica.

Etapa de evaluación: Aplicar prueba pedagógica (cuestionario final).

Caracterización de la población de estudio

Las mujeres estudiadas se distribuyeron en 5 grupos decenales entre 20 y 70 años, la mayor cantidad se ubican en los tres primeros grupos (20-29; 30-39; 40-49), de edades con 25.7; 23.0 y 18.9% respectivamente. Predominó el preuniversitario como nivel escolar con 48.6%, seguido de secundaria básica con 28.4%. El 56.7% tiene como ocupación ama de casa, y el 21.6% trabajadora. Son solteras el 71.6%, mientras que 28.4% están casadas.

Fue importante que la mayoría de las féminas que participaron en el estudio estuvieran en el grupo de jóvenes, ya que el conocimiento que adquirirán les permitirá tomar decisiones correctas y responsables en su vida adulta. Según Parra, Gutiérrez, Rodríguez y Santiesteban (2017) entre los 35 y 54 años comienzan los cambios biológicos e inmunológicos de las etapas del climaterio que pudieran favorecer en gran medida la infección del tracto urogenital, y por el factor hormonal, al comenzar a declinar la función ovárica. Además de encontrarse en una etapa de mayor exposición acumulada a relaciones sexuales.

Factores de riesgo presentes en la muestra

Tabla 1. Distribución de la población según factores de riesgo. CMF 22, septiembre/2018 - agosto/2019

Factores de riesgo	No.	%
Edad de inicio de las relaciones sexuales (antes de 15 años)	43	58.1
Multiparidad	24	32.4
Tabaquismo	21	28.4
Obesidad	18	24.3
Uso de terapias hormonales	15	20.3
Antecedentes patológicos familiares	13	17.6
Infecciones de trasmisión sexual	5	6.8
Cambio frecuente de pareja	2	2.7
Alcoholismo	2	2.7

Fuente: Cuestionario

Se puede observar que el factor de riesgo que más predominó fue el inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años. Resulta importante señalar que este constituye un factor muy importante a tener en cuenta para ejercer acciones de promoción y prevención con las adolescentes, en aras de incrementar la labor educativa para su actual y posterior conducta sexual.

Montero, Ramón, Valverde, Escobedo y Hodelín (2018) encontraron una "mayor incidencia de esta afección en mujeres que habían tenido sus primeras relaciones sexuales a temprana edad y afirman "que la aparición del cáncer cervicouterino tiene una estrecha relación con el inicio temprano de las relaciones sexuales" (p.333).

> (…) El riesgo en el inicio temprano de las relaciones sexuales se debe a que en la adolescente se produce una metaplasia activa, o lo que es igual, una transformación celular del epitelio columnar en metaplásico y de este en escamoso, incrementándose el potencial de interacción entre el carcinógeno (semen y traumas del coito) y el cuello uterino19. Se considera que mientras más temprano se inicie la actividad sexual, mayores son las posibilidades de padecer el CCU (Marañón, Mastrapa, Flores, Vaillant y Landazuri, 2017, p.196).

En cuanto a la multiparidad Cordero y García (2015) afirman que:

> (…) el número de embarazos constituye un riesgo (…). Las mujeres con 2 hijos o más tienen un riesgo mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial, luego de 4 hijos ese riesgo se triplica, después de 7 se cuadriplica y con 12 aumenta en 5 veces. (p.358)

Continúan explicando los autores que las laceraciones y traumatismos obstétricos, que se producen en los abortos y/o partos, afectan las fronteras normales y la relación entre el epitelio endocervial y exocervical.

En lo referente al tabaquismo, se plantea que el hábito de fumar se asocia con una frecuencia dos veces mayor de aparición de cáncer de cuello uterino, el cigarrillo ejerce un poder perjudicial en la respuesta inmunológica, al favorecer el alojamiento del virus en el cuerpo. La nicotina es capaz de inducir cambios mitóticos en las células cervicales y conduce a la disminución de la inmunidad local (Cordero y García, 2015).

Teniendo en cuenta estos elementos es necesario educar a las jóvenes, ya que existe la tendencia de adquirir este hábito que por demás se asocia a cambios importantes en la conducta sexual de jóvenes y adolescentes.

Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo

Tabla 2. Resultados de la prueba diagnóstica. CMF 22, septiembre/2018-agosto/2019

Intervención educativa	Evaluación					
	Alto		Medio		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Antes	13	17.57	22	29.73	39	52.70
Después	38	51.35	17	22.97	19	25.68

Fuente: Cuestionario

Al aplicar el cuestionario antes de la intervención, se puedo observar que solo el 17.57% demostró tener un dominio generalizado sobre el tema aunque requiere de profundización. Y después de aplicada la intervención se produjo un salto positivo en los resultados. El 51.35% de la muestra se ubicó en el nivel alto, lo que indica que asimilaron las acciones realizadas.

Evidentemente se produjo un salto hacia un estado cualitativamente superior en cuanto al nivel de conocimiento adquirido, así resulta que la pirámide inicial es totalmente invertida en el momento de evaluación de la estrategia de intervención dejando la minoría de las mujeres en el nivel bajo de conocimiento y concentrando la mayoría en el nivel alto y medio respectivamente.

Existen a nuestro juicio cuatro componentes básicos del control del cáncer de cuello uterino: la prevención primaria, la detección precoz (programas de pesquisa y diagnóstico precoz), el diagnóstico y tratamiento, así como los cuidados paliativos en la enfermedad avanzada.

La prevención primaria del cáncer se basa en el presupuesto de que la promoción de la salud puede reducir la exposición de la población a factores de riesgo del cáncer, con el objetivo de reducir la incidencia de la enfermedad, es útil enfocarse principalmente en

los que se pueden modificar o evitar, como son: la precocidad sexual, asumir conductas sexuales promiscuas y el hábito de fumar, en vez de los que no se pueden, como ejemplo: la edad. Sin embargo, el conocimiento de los factores de riesgo que no se pueden modificar es relevante porque puede ayudar a sensibilizar a las mujeres que los presentan, acerca de la importancia de la citología vaginal para la detección temprana del CCU (Marañón et al., 2017).

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo presente en las mujeres estudiadas más representativos fueron el inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas y la multiparidad. El nivel de conocimiento de la población en estudio acerca del cáncer cervicouterino fue bajo antes de la intervención educativa y alto después de aplicada. Es importante que las mujeres en sentido general, se apropien de una cultura del autocuidado de la salud; es en los procesos de comunicación entre los distintos actores sociales que se deben coordinar acciones que garanticen el desarrollo de la cultura de la salud y su autocuidado.

REFERENCIAS

Cordero, J., y García, M. (2015). Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia, 41*(4), 350-64. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000400005

García, ME. (2018). *Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cérvico uterino en alumnas de la escuela preparatoria oficial n° 54* (tesis de pregrado). Nezahualcóyotl, México. Recuperado de: http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/95224

Marañón, T., Mastrapa, K., Flores, Y., Vaillant, L., y Landazuri, S. (2017). Prevención y control del cáncer de cuello uterino. *CCM, 21*(1), 187-203. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100015&lng=es

Martínez, M., De la Concepción, J.C., y Pérez, A. (2014). La promoción de salud dirigida a reducir los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino. *Rev Méd Electrón, 36*(3). Recuperado de: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol3%202014/tema08.htm

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Anuario Estadístico de Salud 2017*. La Habana. Cuba. Recuperado de: http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electrónico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf

Montero, Y., Ramón, R., Valverde, C., Escobedo, F.E., y Hodelín, E. (2018). Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. *MEDISAN, 22*(5), 531-37. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192018000500010&lng=es

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales*. Washington, EUA: OPS. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799_spa.pdf?ua=1

Parra, E., Gutiérrez, J.F., Rodríguez, M.D., y Santiesteban, M. (2017). La pesquisa del cáncer cervicouterino a través de la videocolposcopia. *CCM 21*(1), 112-26. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100010&lng=es

Rigol, O. (2014). *Obstetricia y Ginecología*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

FACTORES CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA LACTANCIA MATERNA

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FACTORS RELATED TO BREASTFEEDING

Héctor Francisco Hernández Aguilera hernandezh@ltu.sld.cu

Leovigilda Estela Escalona Molina

Milena Richard Rodríguez

RESUMEN

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, puesto que proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y continúa aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida. Se realizó un estudio transversal, descriptivo, en el Hospital Pediátrico Docente Raymundo Castro Morales, Puerto Padre, Las Tunas, desde el primero de enero y al 31 de diciembre de 2017.Se obtuvo como resultado que el acceso a otro tipo de leche constituyó el factor asociado más frecuente, seguido de educación para la salud a la madre, luego situaciones de estrés. Las infecciones respiratorias agudas, las diarreicas y la anemia carencial se presentaron con mayor frecuencia en niños sin lactancia materna exclusiva.

PALABRAS CLAVES: lactancia materna, factores clínico – epidemiológicos, pediatría

ABSTRACT

Breast milk is the first natural food for children, since it provides all the energy and nutrients they need during their first months of life and continues to provide at least half of their nutritional needs during the second half of the first year and up to third during the second year of life. A cross-sectional, descriptive study was carried out at the Raymundo Castro Morales Pediatric Teaching Hospital, Puerto Padre, Las Tunas, from January 1 to December 31, 2017. It was obtained that access to another type of milk constituted the associated factor more frequent, followed by health education to the mother, then stress situations. Acute respiratory infections, diarrheal infections and deficiency anemia occurred more frequently in children without exclusive breastfeeding.

KEY WORDS: breastfeeding, clinical - epidemiological factors, pediatrics

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, diversos estudios demuestran que la lactancia materna exclusiva, definida como la alimentación basada exclusivamente en leche materna, aporta beneficios insuperables tanto para el/la hijo/a como para la madre, a corto y largo plazo.

Durante los primeros 6 meses de vida, los niños alimentados con lactancia materna exclusiva tienen menor riesgo de padecer diarrea, infecciones respiratorias, otitis media y síndrome de muerte súbita en comparación con los niños alimentados con lactancia artificial. En cada país del mundo, la lactancia materna produce una multitud de beneficios para las mujeres y los niños: salva vidas, mejora la salud de los niños y protege a las madres contra la muerte a causa del cáncer de mama o de ovario. Si bien

las madres han amamantado durante siglos, ha sido de manera muy reciente que hemos empezado a entender cabalmente la función vital de la lactancia materna para la salud y el desarrollo. (Rojas, 2019).

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, puesto que proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y continua aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida. El amamantamiento a largo plazo, que comienza ya en la primera hora de vida, se relaciona con la protección contra las infecciones infantiles, con un incremento de la inteligencia y con una menor prevalencia del sobrepeso y la diabetes.

Sin embargo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva.

Similarmente, según el informe Estado Mundial de la Infancia 2016 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en numerosos países se siguen infravalorando los beneficios de la lactancia materna.

Según este último organismo internacional, si la lactancia materna se expandiera a niveles casi universales, cada año se salvarían las vidas de 823 000 niños menores de 5 años en países de ingresos medianos y bajos. En tanto para las mujeres que dan el pecho, la lactancia ayuda a espaciar los alumbramientos. (Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 2016)

La OMS y Unicef recomiendan alimentar a los bebés solo con leche materna durante sus primeros seis meses de vida, después de lo cual deben seguir recibiendo leche materna, además de alimentos adecuados hasta los dos años de edad o más. En tal sentido, los Estados miembros se comprometieron a aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida al menos a un 50 por ciento antes de 2025, como parte de un conjunto de objetivos en favor de la alimentación a escala mundial. (Ramírez, 2016)

La OMS ha expuesto que “la nutrición deficiente en niños menores de 5 años aumenta el riesgo de padecer enfermedades y es responsable directa o indirectamente de un tercio de las 9,5 millones de muertes que se ha estimado ocurrieron en el año 2006” (OMS, 2016).

Así mismo, ha considerado que las prácticas inadecuadas de LM, especialmente la no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1,4 millones de muertes y el 10 % de la 'carga' de enfermedades entre los niños menores de 5 años.

Es conocido que alrededor del 90 % de las mujeres en los países en desarrollo amamantan a sus hijos después del parto. En Asia y África el porcentaje es un poco mayor que en América Latina y el Caribe (85 %), y la lactancia natural se extiende hasta los 6 meses en el 70 % de los niños asiáticos y africanos. En cambio, en América Latina y el Caribe, la lactancia dura de 2 a 5 meses como promedio, y solo de 35 a 60 % sigue recibiéndola a los 6 meses.

En la tercera versión de la Encuesta por Conglomerados Múltiples realizada en Cuba (2010-2011), el 77 % de los recién nacidos recibieron LM dentro de la primera hora de

vida, y el 90 % en el primer día, pero solo el 49 % recibieron LME hasta el 6to mes. La región oriental del país fue la más beneficiada, con el 58,7 % en esa modalidad de lactancia, y los de peores resultados estuvieron en las provincias centrales, con el 29,6 %. De forma tal vez no esperada, las madres con mayor nivel escolar brindaron LME en 45,1 % de los casos, mientras aquellas con nivel de secundaria lo lograron en 58,7 % en ese tiempo. Esta diferencia se hizo más notable con los meses, cuando las madres con nivel de secundaria lograron 42,8 % de LM y las de nivel superior solo en 19,1 %.

Debe pensarse entonces que son múltiples, y totalmente no estudiados los factores que aún inciden en que no se logre una LM exitosa. (Gorrita, 2016)

Los esfuerzos por la promoción de las buenas prácticas de alimentación en el infante se ven intensificados en los meses de agosto de cada año, especialmente durante la primera semana, en la cual se celebra la "Semana Mundial de la Lactancia Materna". Desde 1992, durante este mes, se realizan campañas dirigidas a educar a la población, encaminadas a que aumente su interés por el tema, que puede verse reflejado en el uso de medios de comunicación para buscar información (Toro, 2017).

En los últimos años ha existido una alarmante tendencia a la declinación en la práctica de la lactancia materna. En Cuba, en 1990, sólo el 62,7 % de los niños recibían lactancia materna exclusiva, y a los 90 días la prevalencia de este modo de alimentación se reducía a un 24,5 %.

En esta provincia y en especial en este municipio en estos últimos años ha existido la tendencia a la disminución de la lactancia materna por este motivo se decidió realizar un estudio para identificar los factores clínicos y epidemiológicos relacionados con la lactancia materna y variables como: factores de riesgo, prevalencia de enfermedades como las respiratorias agudas, diarreicas, la anemia carencial y desnutrición por defecto.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla No. 1 Factores de riesgos relacionados con el tiempo de la Lactancia Materna Exclusiva

Factores	Nro	%
Acceso a otro tipo de leche	325	89.5
Educación para la salud a la madre	312	80
Situaciones de estrés	243	66.9
Madre trabajadora	227	62.5
Uso de medicamentos en la madre	120	25.1
Educación para la salud de la familia	54	11.3
Enfermedades graves del recién nacido	3	0.91
Enfermedad grave de la madre	2	0.60
Total	328	68.7

La tabla 1 nos muestra los factores de riesgo relacionado con el tiempo de lactancia materna exclusiva. El acceso a otro tipo de leche en el 89.5 % constituyó el factor asociado más frecuente, seguido de educación para la salud a la madre con 312 para un 80 %, luego situaciones de estrés con 243 pacientes para un 66.9 %.

Durante los primeros tres meses postparto las razones más comunes de abandono son problemas de lactancia (mastitis, dificultad de cogerse el pecho, dolor o pezones invertidos, experiencia negativa anterior) y la hipogalactia (la percepción de no tener leche suficiente, que se estima que solo en un 5% de los casos se corresponde con la realidad) (CPICM. Las Tunas Boletín Al Día, 2017), no coincidiendo con nuestro estudio.

Tabla No. 2 Relación de la Lactancia Materna exclusiva con las IRA.

Lactancia materna exclusiva	IRA	
	No.	%
No	172	92
Si	156	53.6
Total	328	68.7

Fuente: Encuesta.

En la tabla 2 Se expresa la relación de la lactancia materna exclusiva con las infecciones respiratorias agudas donde en los niños menores de un año el 68 % presentó IRA con frecuencia, los que no lactaron en 172 casos para un 92 % enfermaron más que los que si lactaron exclusivamente que fue en 156 para un 53 %. Las infecciones respiratorias agudas son muy frecuentes en todas las edades más en el menor de un año que se pueden presentar hasta 5 veces y ser normal, en estos casos nos referimos cuando estas son muy frecuentes y se presentan en sus formas complicadas como la Otitis media y las neumonías que son las más relacionadas con la no lactancia materna.

Según Lemus Lago (2014) la IgG e IgM que son inmuoglobulinas propias de la leche materna protegen al niño contra el virus sincitial respiratorio.

Tabla No. 3 Relación de la Lactancia Materna exclusiva con las EDA.

Lactancia materna exclusiva	EDA	
	No.	%
No	132	70
Si	56	19.2
Total	188	39

En la tabla 3 se relacionan los niños con o sin lactancia materna y la aparición de procesos diarreicos, el 39 % de los niños presentaron episodios diarreicos, con más frecuencia se presentó en los que no lactaron 132 casos para un 70 % mientras que los si lactaron exclusivamente 56 niños presentaron diarrea para un 19,2 %. Existen muchos factores a esta edad que pueden favorecer los episodios diarreicos como la disalimentación, las condiciones higiénicas sanitarias deficientes y el bajo nivel cultural, pero la no lactancia materna constituye uno de los más importantes. Se considera que la prevalencia de diarrea en los niños que no lactaron fue alta.

Naylor (1991), citó que… "El papel de la lactancia materna en la morbilidad y mortalidad por diarrea, también es un hecho, demostró que el riesgo de morir de un lactante que no recibe seno materno antes del primer año de vida, a causa de diarrea, es 14.2 veces mayor que aquel que recibe leche materna. (Naylor, 1991, p.43).

Tabla No. 4 Relación de la Lactancia Materna exclusiva con Anemia Carencial

Lactancia materna exclusiva	Anemia Carencial.	
	No.	%
No	82	44
Si	15	5.15
Total	97	20

Fuente: Encuesta.

La anemia carencial y su relación con la lactancia materna se expresa en la tabla no.4, el 20 % de los niños presentaron anemia, pero de ellos la mayoría no tuvo lactancia exclusiva (82, para un 44 %), mientras los que sí lactaron solo se presentó en un 5,15 %. La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más frecuente y constituye uno de los problemas de salud más grave con que se enfrenta actualmente la humanidad. La leche materna proporciona, además, mecanismos de defensa inespecíficos (lactoferrina y lisozimas) y células vivas que llevan información inmunológica de la madre adulta a su hijo: linfocitos T y B que colonizan los órganos hematopoyéticos del lactante por lo que los niños alimentados exclusivamente al pecho tienen menos posibilidades de padecer de anemia, en este estudio se demostró que la anemia fue más frecuente en los niños sin lactancia exclusiva.

Gautier (1999) realizó un estudio de los factores de riesgo de la anemia ferropénica y encontró que el 62,2 % de los niños tuvieron un tiempo de lactancia exclusiva por debajo de los cuatro meses lo que coincide con nuestro estudio. (Gautier y Gómez, 1999).

Tabla No. 5 Relación de la Lactancia Materna exclusiva con la malnutrición por defecto.

Lactancia materna exclusiva	Malnutrición por defecto.	
	No.	%
No	16	8.6
Si	7	2.4
Total	23	4.8

Fuente: Encuesta.

La malnutrición por defecto y su relación con la lactancia materna se expresa en la tabla no. 5, solo el 4,8 % de los niños presentó una afectación de su estado nutricional con 23 casos de ello 16 para un 8.6 % no tuvo lactancia materna, esta enfermedad no tuvo una incidencia alta en relación con el tiempo de lactancia exclusiva ya que puede estar en relación con la alimentación tanto en lácteos como en otras formas, está garantizada para este grupo de edad.

Si un niño no recibe los alimentos en las cantidades suficientes de acuerdo con las recomendaciones nutricionales para su edad y sexo, y a su vez estos alimentos no son de la calidad adecuada para promover la salud, se corre el riesgo de padecer de malnutrición por exceso o por defecto. (Jiménez Acosta, 2018)

CONCLUSIONES

El acceso a otro tipo de leche, educación para la salud de la madre, la situaciones de estrés y la poca educación para la salud a la familia fueron los factores que influyeron negativamente en el menor tiempo de lactancia materna exclusiva, las infecciones respiratorias agudas, las diarreicas y la anemia carencial fueron las enfermedades que se presentaron con mayor frecuencia en niños sin lactancia materna exclusiva, no siendo así la malnutrición por defecto que no presentó una alta incidencia con relación a esta entidad.

REFERENCIAS

CPICM. Las Tunas. (2017). Lactancia materna. Sitio Web *Boletín Al Día*. INTERNET. 2(4). Recuperado de: http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2017/4/012/lactancia-materna/

Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. (2016). Lactancia materna. Estadísticas Mundiales. *Factográfico salud* [Internet]. 2(8): Recuperado de: http://files.sld.cu/bmn/files/2016/07/factografico-de-salud-agosto-2016.pdf

Gautier H., Gómez D. (1999). Factores de riesgo de la anemia por deficiencia de hierro en lactantes de un área de salud. *Rev. Cubana Hematolog. Inmunol*: 15(3): 38 – 42.

Gorrita, RR., Brito, D., Ruiz, E. (2016). Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida. *Rev Cubana de Pediatría*: 88(2):130-143. Recuperado de: http://scielo.sld.cu

Jiménez, SM., Martín, I., Rodríguez, A., Silvera, D., Núñez, E., Alfonso, K. (2018). Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. *Rev Cubana Pediatr*ía 90(1): 79-93. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312018000100009&lng=es.

Lemus, ER., Báez, JM. (2014). *Lactancia Materna*. EN: Álvarez Sintes TI. La Habana: Ciencias Médicas.

Naylor A. (1991). Inmunología y efectos antiinfecciosos de la leche humana. *Rev. Soc. Boliv. Pediatría*: 30(4): 43 – 44.

Ramírez, H. (2016). Reconocen la OMS y Unicef el fomento de la lactancia materna. Sitio Web *Boletín Al Día*. INTERNET. Recuperado de: http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2016/05/12/reconocen-la-oms-y-unicef-el-fomento-de-la-lactancia-materna/

Rojas, Y., Martínez, Y., Fernández, R., Rivero, L., Guerra, Y., Coto, T. (2019). Características socioepidemiológicas en la utilización de la Lactancia Materna. Policlínico Bayamo Oeste. Enero-Diciembre 2017. *MULTIMED* 23(1). Recuperado de: http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1099

Toro, CJ. (2016). Semana mundial de lactancia materna y su impacto en las búsquedas de Google en países sudamericanos. *Rev Cubana de Pediatría:* 89(1) Recuperado de: http://scielo.sld.cu

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EVITAR COMPLICACIONES EN PACIENTES HIPERTENSOS

EDUCATIONAL STRATEGY TO AVOID COMPLICATIONS IN HYPERTENSE PATIENTS

Ilder Escalona Escalona vdd.maj@ltu.sld.cu

Mirna Sierra Pérez mirnasp@ltu.sld.cu

Rolando Bueno Aguero

RESUMEN

La Hipertensión Arterial se identificó como el principal problema de salud en el Análisis de Situación de Salud, siendo la causa más frecuente de asistencia médica del Consultorio Providencia 4 y dentro de ella las cifras elevadas de tensión arterial en pacientes previamente enfermos como descompensación de la misma. Se realizó un estudio con el objetivo de evaluar la estrategia educativa para evitar complicaciones en pacientes hipertensos pertenecientes al Consultorio Médico de Familia Providencia 4, del policlínico 7 de noviembre, del municipio Majibacoa en el periodo del 1ro de octubre del 2018, al 30 de abril del 2019. El universo está constituido por pacientes hipertensos del Consultorio Médico de Familia Providencia 4, y la muestra son los pacientes hipertensos que cumplen con los criterios de inclusión, la obtención de la información se obtuvo a través de cuestionarios que se le realizo a cada paciente, mediante la revisión de historias clínicas individuales e historias de salud familiar, procesamos los datos por métodos manuales y computarizados y los resultados se expusieron en las tablas de los anexos, lo que nos permitió llegar a conclusiones y hacer recomendaciones.

PALABRAS CLAVES: Estrategia educativa, hipertensión arterial, complicaciones.

ABSTRACT

Arterial Hypertension was identified as the main health problem in the Health Situation Analysis, being the most common cause of medical care of the Providence 4 Office and within it the high blood pressure figures in patients previously sick as decompensation of it. A study was carried out with the aim of evaluating the educational strategy to avoid complications in hypertensive patients belonging to the Providence 4 Family Medical Office, polyclinic 7 November, Majibacoa municipality during the period of 1st October 2018, as of April 30, 2019. The universe consists of hypertensive patients from the Providence 4 Family Medical Office, and the sample is hypertensive patients who meet the inclusion criteria, obtaining the information was obtained through questionnaires that were obtained I make to each patient, by reviewing individual medical histories and health histories.

KEY WORDS: educational strategy, high blood pressure, complications.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de

139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa (Zubeldia, Abul K. Abbas, MBBS, Nelson Fausto, MD and Jon Aster, 2014).

La hipertensión arterial se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera uno de los problemas más importantes de salud pública, especialmente en los países desarrollados, afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar; cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo. La hipertensión crónica es el factor de riesgo modificable más importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como para la enfermedad cerebrovascular y renal. La hipertensión arterial, de manera silente, produce cambios en el flujo sanguíneo, a nivel macro y microvascular, causados a su vez por disfunción de la capa interna de los vasos sanguíneos y el remodelado de la pared de las arteriolas de resistencia, que son las responsables de mantener el tono vascular periférico.

Muchos de estos cambios anteceden en el tiempo a la elevación de la presión arterial y producen lesiones orgánicas específicas. En el 90% de los casos la causa de la HTA es desconocida, por lo cual se denomina «hipertensión arterial esencial», con una fuerte influencia hereditaria. Entre el 5 y 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se la denomina «hipertensión arterial secundaria» que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la HTA es únicamente una manifestación clínica.

En el siglo VI a. C., Sushruta menciona por primera vez en sus textos los síntomas que podrían ser coherentes con la hipertensión. En esa época se trataba la «enfermedad del pulso duro» mediante la reducción de la cantidad de sangre por el corte de las venas o la aplicación de sanguijuelas. Personalidades reconocidas como el Emperador Amarillo (en China), Cornelio Celso, Galeno e Hipócrates abogaron por tales tratamientos.

> (…) La comprensión moderna de la hipertensión se inició con el trabajo del médico William Harvey (1578-1657), quien en su libro de texto De motu cordis fue el primero en describir correctamente la circulación sanguínea sistémica bombeada alrededor del cuerpo por el corazón. En 1733, Stephen Hales realizó la primera medición de la presión arterial registrada en la historia. Hales también describió la importancia del volumen sanguíneo en la regulación de la presión arterial. (Valdeuso, 2014, p-332).

Antecedentes de la hipertensión arterial.

La contribución de las arteriolas periféricas en el mantenimiento de la presión arterial, definida como «tono», fue hecha por primera vez por Lower en 1669 y posteriormente por Sénac en 1783. El papel de los nervios vasomotores en la regulación de la presión arterial fue observada por investigadores como Claude Bernard (1813-1878), Charles-Édouard Brown-Séquard (1817-1894) y AugustusWaller (1856-1922). El fisiólogo británico William Bayliss (1860-1924) profundizó este concepto en una monografía publicada en 1923. En 1868, George Johnson postuló que la causa de la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en la enfermedad descrita por Bright fue la presencia de

hipertrofia muscular en las arterias más pequeñas por todo el cuerpo. Nuevos estudios patológicos clínicos por sir William Gull y HG Sutton (1872) dieron lugar a una descripción más detallada de los cambios cardiovasculares producidos en la hipertensión. Frederick Mahomed fue uno de los primeros médicos en incorporar sistemáticamente la medición de la presión arterial como parte de una evaluación clínica. (Socarras, 2015).

El reconocimiento de la hipertensión primaria o esencial, se le atribuye a la obra de Huchard, Vonbasch y Albutt. Observaciones por Janeway y Walhard llevaron a demostrar el daño de un órgano blanco, el cual calificó a la hipertensión como el «asesino silencioso». Los conceptos de la renina, la angiotensina y aldosterona fueron demostrados por varios investigadores a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Nikolai Korotkov inventó la técnica de la auscultación para la medición de la presión arterial. Los nombres Irvine H. Page, Donald D. Van Slyke, Harry Goldblatt, John Laragh, y Jeremy B. Tuttle son prominentes en la literatura sobre la hipertensión, y su trabajo mejora la actual comprensión de las bases bioquímicas de la hipertensión esencial. Cushman y Ondetti desarrollaron una forma oral de un inhibidor de una enzima convertidora a partir de péptidos de veneno de serpiente y se les acredita con la síntesis exitosa del antihipertensivo captopril. (Did, 2014).

La prevalencia de la Hipertensión Arterial en el mundo es alta se calcula que 691 millones de personas la padecen y en Cuba se estima que el 35% de la población mayor de 15 años la presentan; en nuestra provincia y municipio se comporta alrededor de la media nacional, en el Área de Salud existe una prevalencia de 29% y se comprobó que durante el año 2005 acudieron a los cuerpos de guardia un total de 1458 pacientes diagnosticados como hipertensos con cifras de tensión arterial elevadas, acompañadas de síntomas preocupantes, pero sin existir inminencia de una catástrofe vascular o fallo orgánico grave; considerándose estos casos como urgencias hipertensivas que dentro de la crisis hipertensivas son las más frecuentes.

> (…) La presencia de daño en los órganos diana define la situación de urgencia o emergencia hipertensiva, no obstante en ocasiones es difícil establecer una clara distinción sin una cabal historia médica que permita conocer si la disfunción del órgano es nueva o si es una progresión de la enfermedad ya existente (MINSAP, 2016, p.59)

El objetivo de la terapéutica antihipertensiva es disminuir la Presión Arterial Diastólica (PAD) a menos de 90 mmHg y la Presión Arterial Sistólica (PAS) a cifras entre 140 y 160 mmHg con mínimos efectos adversos.

> (…) En el momento de tomar una decisión para imponer un tratamiento antihipertensivo eficaz se debe realizar una adecuada clasificación del riesgo cardiovascular global que incluye las cifras de TA, la presencia o ausencia de otros factores, entre los predisponentes que guardan mayor relación con la hipertensión se señalan: la edad, el sexo, la raza, la herencia, los hábitos de alimentación, peso corporal y lípidos plasmáticos (Roca, 2014, p-325).

Edad. Existe el criterio de que las cifras de presión diastólica, y sobre todo la sistólica, aumentan con la edad. Este incremento en la frecuencia de HTA sobre la base de la edad, es siempre mayor para la sistólica, que puede aumentar hasta los 80 años, que para la diastólica, lo cual debe tenerse en cuenta a la hora de trazar estrategias de

prevención por el impacto que tiene la HSA en la mortalidad del anciano. (Quirantes, 2016).

Sexo. De modo general, se acepta que la prevalencía de HTA es mayor en hombres que en mujeres. Ahora bien, la relación sexo-HTA puede ser modificada por la edad; así, las mujeres después de los 60 años exhiben niveles tensionales similares a los de los hombres, aunque antes de los 40 están más protegidas que los varones contra la muerte por enfermedad coronaria. Esta protección está relacionada con el efecto protector de los estrógenos, el menor consumo de tabaco que los hombres y la disminución de la resistencia periférica total.

Raza. En la actualidad, se han acumulado datos que corroboran las diferencias del comportamiento de la HTA en poblaciones de origen africano en Europa, América y el Caribe; también en África se recoge el impacto de esta enfermedad en la morbimortalidad de la población.

Existen evidencias de que la HTA en la raza negra tiene una prevalencía más alta y un pronóstico menos afortunado, dada la gravedad de la repercusión sobre los órganos diana; por ejemplo la insuficiencia renal terminal en la HTA se presenta 17 veces con más frecuencia en negros que en blancos. Para explicar estas diferencias raciales se han emitido varias hipótesis que involucran alteraciones genéticas, mayor hiperactividad vascular y sensibilidad a la sal, así como una actividad reducida de la bomba sodio-potasio-ATPasa, una baja actividad de sustancias endógenas vasodilatadoras, dietas con alto contenido de sal, tabaquismo y el estrés sociocultural que condiciona el racismo.

Herencia. Múltiples observaciones clínicas corroboran la importancia del factor genético en el origen de la HTA. Se reconoce que esta tiende a surgir en familias y que los hijos de progenitores hipertensos tienen un riesgo mucho mayor que el promedio para padecerla.

Dietas ricas en sal. Existen pruebas inequívocas de que la ingestión excesiva de sal participa en la génesis de la hipertensión

Obesidad se acompaña de una mayor frecuencia de HTA y se calcula que la prevalencía de ésta es el 50% mayor entre las personas que están en sobre peso que entre las que están en su peso normal. El hipertenso obeso tiene mayor gasto cardíaco y menor resistencia periférica, por tanto, la obesidad produce un estado circulatorio hipercinético con un incremento progresivo de las cifras tensionales.

Sedentarismo. Es conocido que una actividad física aeróbica sistemática favorece el mantenimiento o la disminución del peso corporal con un consiguiente bienestar físico y psíquico del individuo.Las personas con presión arterial normal con una vida sedentaria incrementan el riesgo de padecer presión arterial elevada entre un 20 % a un 50 %.

Se recomiendan ejercicios aeróbicos (correr, montar bicicletas, trotes, natación), de actividad física moderada, al menos cinco días a la semana por 30 min. Puede también indicarse la caminata rápida 100 m (una cuadra), 80 pasos por minuto, durante 40-50 min.

Ingestión excesiva de alcohol. Se ha demostrado el daño de la excesiva ingesta de alcohol y su asociación en la aparición o complicación de diversas enfermedades. Las

bebidas alcohólicas proporcionan energía desprovista de otros nutrientes (energía vacía). Es muy poco el beneficio potencial que puede producir el alcohol, vinculado con pequeños aumentos de los niveles de HDL-colesterol, en relación con sus efectos negativos. En el caso de la hipertensión arterial representa un importante factor de riesgo asociado a ella, incrementa la probabilidad de enfermedad vascular encefálica, así como propicia una resistencia a la terapia hipotensora. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR. (December, 2015).

Hábito de fumar. El tabaquismo es un reconocido e importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y su asociación a la hipertensión arterial ha sido demostrada como uno de los factores modificables y beneficiosos, por lo que el personal de salud debe realizar todos los esfuerzos para eliminar en su población este hábito, así como incorporar conocimientos sobre técnicas educativas antitabáquicas y favorecer la aplicación de acciones en servicios especializados con este propósito.

Urgencias hipertensivas

Subida tensional brusca en hipertensos moderados o severos que no se acompaña de lesión del órgano diana inmediato, pero que si pueden aparecer de forma lenta y progresiva si no se introduce la terapéutica adecuada. La PA debe reducirse en las siguientes 24 horas, para lo cual se pueden utilizar fármacos por vía oral. En muchos casos se debe a la suspensión o inobservancia del tratamiento.Se recomiendan antagonistas del calcio de acción retardada, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (captopril) y diuréticos del ASA (furosemida). También son útiles la clonidina, el labetalol, nitrosorbide y la nitroglicerina sublingual. Muchas veces es suficiente el reordenamiento de los medicamentos que habitualmente usa el paciente y crear confianza en el enfermo. No debe usarse la nifedipina sublingual por las caídas bruscas de la presión que puede producir y otros efectos colaterales.

Emergencia hipertensiva

Se considera una emergencia hipertensiva cuando se está en presencia de una subida brusca de la PA, casi siempre con cifras de presión sistólica mayor de 220 mmHg y diástólica superiores a los 130 mmHg a lo que se añade disfunciones nuevas o agudas de órganos diana. La terapéutica debe administrase por la vía parenteral y los pacientes tienen criterio de ingreso inmediato en salas de cuidados especiales o intensivos. Se incluyen aquí encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracraneal, angina de pecho inestable, infarto agudo de miocardio, insuficiencia ventricular aguda con edema pulmonar, aneurisma disecante de la aorta y la eclampsia. En el tratamiento de las emergencias hipertensivas debe reducirse la presión no más del 25 % en minutos a dos horas; debe evitarse las disminuciones excesivas de la presión ya que pueden producirse isquemia coronaria, cerebral o renal. Los medicamentos recomendados por vía intravenosa son nitroprusiato, nicardipina, fenoldopan, nitroglicerina, enalapril, hidralazina, diazoxide, labetalol, esmolol, phentolamina y furosemida.

En el tratamiento de la hipertensión arterial la premisa fundamental debe ser: individualizar la terapéutica. Existen dos tipos de tratamientos:

• Tratamiento no farmacológico: modificaciones en el estilo de vida.

• Tratamiento farmacológico.

Tratamiento no farmacológico:

- *Modificaciones en el estilo de vida*

Todos los pacientes deben ser debidamente estimulados y convencidos de la importancia de esta forma terapéutica, por cuanto es la principal medida a emprender en todo caso y en muchos de ellos, la terapia más apropiada. Es importante el conocimiento y convencimiento del personal de salud sobre tal proceder. Se considera que todos los hipertensos son tributarios de modificaciones en el estilo de vida, las cuales se resumen en:

• Control del peso corporal.

• Reducción de la ingesta de sal.

• Realizar ejercicios físicos.

• Aumentar el consumo de frutas y vegetales.

• Dejar de fumar.

• Limitar la ingestión de bebidas alcohólicas.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se impondrá desde un principio junto al no farmacológico en todos los pacientes clasificados como grado II y en aquellos de grado I con riesgo cardiovascular. El uso de drogas antihipertensivas debe ir siempre acompañado de las medidas para el cambio del estilo de vida del paciente.

Requisitos a tener en cuenta para iniciar y mantener el tratamiento farmacológico:

- Edad del paciente.
- Necesidades individuales y dosis.
- Grado de respuesta al tratamiento.
- Enfermedades o factores comórbidos que
- Formulaciones terapéuticas de fácil administración y óptima eficacia para garantizar una mejor adherencia al tratamiento. Las más adecuadas son aquellas que logren reducir las cifras de PA durante las 24 horas. Lo ideal es mantener más del 50 % de sus niveles de máximo efecto durante el día.

Los medicamentos hipotensores más usados universalmente y que son considerados de primera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial son: los diuréticos, los betabloqueadores, los bloqueadores de los canales del calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y más recientemente los antagonistas de los receptores de la angiotensina II. Otros medicamentos como los alfabloqueadores, los simpaticolíticos centrales, los antagonistas adrenérgicos periféricos y los vasodilatadores directos, se consideran de segunda o tercera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial y algunos de ellos reservado para situaciones muy específicas.

Intervención Educativa

Se identificaron como objetivos los siguientes:

- Identificar los pacientes hipertensos del Consultorio Médico de Familia Providencia 4 en cuanto a edad, sexo, color de la piel y ocupación.
- Precisar la existencia de estilos de vida no saludables asociados con la aparición de complicaciones en pacientes hipertensos, así como los signos y síntomas que se manifiestan.
- Valorar el tratamiento medicamentoso y su efectividad en el control de la Hipertensión Arterial.
- Analizar el nivel de conocimiento antes y después de la estrategia educativa en pacientes hipertensos del Consultorio Médico de Familia Providencia 4.

Para dar cumplimiento al objetivo #1 se realizó una entrevista individual mediante un cuestionario (Anexo II), de forma personal y se tomaron datos de las historias clínicas individuales y familiares de los pacientes que se detectaron con Hipertensión Arterial.

Grupos de edades

- 18-22.años.
- 23-27 años.
- 28-32 años.
- 33-37 años.

Sexo

- Masculino
- Femenino

Color de la piel atendiendo al tipo de raza

- Negra
- Blanca
- Mestiza

Ocupación

- Dirigentes
- Intelectuales
- Obreros
- Campesinos
- Ama de casa

Para darle salida al objetivo No. 2, se registraron los principales síntomas y signos que se manifiestan en pacientes con cifras elevadas de tensión arterial, para ello se le realizaron consultas de seguimiento y nos apoyamos en los antecedentes registrados en las historias clínicas individuales. Además, conocimos los estilos de vida de los pacientes incluidos en el estudio mediante entrevistas individuales y cuestionarios (Anexo 2).

Estilo de vida

- Hábito de fumar
- Ingestión de bebidas alcohólicas
- Realización de ejercicios físicos
- Situaciones generadoras de estrés
- Consumo de sal en la dieta.

Signos y síntomas

- Cefalea
- Mareos
- Nauseas
- Dolor en el pecho
- Visión en candelilla
- Palpitaciones
- Asintomático

Para darle salida al objetivo No. 3, además del interrogatorio al paciente se revisaron las historias clínicas de donde se obtuvieron los datos siguientes: utilización de tratamiento medicamentoso, tipo de fármacos y consumo de otros medicamentos, también nos apoyamos con el cuestionario.

Tratamiento

- Utilización de tratamiento medicamentoso
- Tipo de fármacos
- Consumo de otros medicamentos.

Para darle salida al objetivo No.4, se aplicó un cuestionario de conocimiento para identificar las necesidades de aprendizaje de los pacientes hipertensos (Anexo 2), luego se diseñó y aplicó una estrategia educativa basada en el resultado del cuestionario que nos permitió evaluar el nivel de conocimiento antes y después de la estrategia. La misma se desarrolló en el Consultorio Médico de Familia Providencia 4 y con implementación de técnicas educativas. Se dividió la muestra en cuatro subgrupos pertenecientes cada uno al consultorio médico de la familia y se realizaron 6 secciones de trabajo con un tiempo de duración de 45 minutos. Estas sesiones fueron impartidas por el autor y el tutor.

Nivel de conocimiento

- Adecuado
- No adecuado

CONCLUSIONES

Finalmente es oportuno señalar q se logró realizar la estrategia educativa a una muestra de la población hipertensa del Consultorio médico providencia 4. El grupo de edades más afectado fue el de 33 a 37 años. El sexo que predominó fue el masculino y la raza fue la negra. Los principales factores de riesgo presentes fueron los malos hábitos dietéticos y el tabaquismo en segundo lugar. Se logró elevar el nivel de conocimientos sobre la Hipertensión Arterial después de la intervención.

REFERENCIAS

Abul K., Abbas, MBBS., Nelson, MD. and Jon Aster. (2014). Cap. 11: Hypertensive vascular disease. En *Saunders* (Elsevier). Robbins&CotranPathologicBasis of Disease (8th edición) MD.

Chobanian, AV, Bakris, GL, Black, HR. (2015). Seventhreport of theJointNationalCommitteeonPrevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High BloodPressure. *Hypertension* 42(6): pp.50–52.

Did, J. (2014). Hipertensión arterial. Estratificación de riesgo. *Rev. Cuba de Medicina General Integral*. pp 597-609.

Fernández, LV., Hernández, I. (2015). Prevención y control de la hipertensión arterial. *Boletín de Información Científica para el cuidado en Enfermería (*2). Recuperado de: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/ICCE_02.pdf

MINSAP.(2016). Programa nacional de Prevención, diagnóstico, evaluación y control de la Hipertensión Arterial, Cuba,59-78.

Quirantes, A. (2016).*Consultas médicas*. Sitio web CUBAHORA.cu

Roca, R. (2014). *Temas de Medicina Interna*, 4ta edición. Tomo 2, 325-357. La Habana: Ciencias Médicas.

Socarras, MaM. (2015). Algunas reflexiones sobre el tabaquismo como factor de riesgo para diferentes enfermedades. *Rev. Cub. Med.Gen.Integral:* 18(4), Agosto-Septiembre.

Valdeuso, R. (2014). Urgencia hipertensiva en el consultorio médico. *Revista Cubana Medicina General Integral*: 10(4): 332-339.

CARACTERIZACIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL PRIMER SEMESTRE 2018

CHARACTERIZATION OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN THE 1ST SEMESTER 2018

Ileana Matilde Ochoa Labady
Oscar Jesús Estévez Cueto
Tatiana González González

RESUMEN

Las infecciones respiratorias agudas constituyen un importante problema de salud, tanto por las impresionantes cifras de morbilidad como por el elevado índice de mortalidad que provocan. Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo de corte transversal en el Hospital Pediátrico Docente “Raymundo Castro Morales” municipio Puerto Padre, Provincia Las Tunas, en el periodo comprendido del 1º de enero al 31 de junio de 2018. El universo de trabajo estuvo constituido por 346 niños que ingresaron en la sala Respiratorio con el diagnóstico de infecciones respiratorias agudas. Luego de realizado el estudio se llegó a las siguientes conclusiones: predominó la edad de 1-4 años seguido de los menores de 1 año, la rinofaringitis fue el tipo de infección respiratorias que predominó, seguido de las neumonías, dentro de los factores de riesgo encontramos : la edad y la inadecuada lactancia materna, hábitos de fumar.

PALABRAS CLAVES: Infección respiratoria aguda, pediatría, factores de riesgo

ABSTRACT

Acute respiratory infections are a major health problem, both because of the impressive morbidity figures and the high mortality rate they cause. A cross-sectional prospective descriptive observational study was carried out at the "Raymundo Castro Morales" Pediatric Teaching Hospital, Puerto Padre municipality, Las Tunas Province, in the period from January 1 to June 31, 2018. The work universe consisted of 346 children who entered the Respiratory ward with the diagnosis of acute respiratory infections. After the study was carried out, the following conclusions were reached: the age of 1-4 years followed, followed by those under 1 year old, rhinopharyngitis was the type of respiratory infection that prevailed, followed by pneumonia, within the risk factors We found: age and inadequate breastfeeding, smoking habits.

KEY WORDS: Acute respiratory infection, pediatrics, risk factor's.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por distintos gérmenes, que afectan cualquier parte del aparato respiratorio y se describen entidades de acuerdo con el lugar donde predominan los síntomas. Estas entidades se ubican entre las diez principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los menores de 5 años, por lo cual constituyen un problema de salud pública. (Camps, Calzado, Galano, Perdomo, 2015).

En 1980, se identificaron los principales problemas relacionados con la atención integral a pacientes con IRA en la población infantil, y se consideraron como tales las altas tasas de mortalidad –- oscilaban entre 30-45 casos por cada 1000 niños por año y alcanzaban hasta 20 % más en menores de 5 años residentes en países en desarrollo –4 y de morbilidad, pues las IRA constituían hasta 50 % de las consultas de pediatría, siendo común que los lactantes y preescolares tuvieran entre 5 y 8 episodios anuales de estas afecciones. Otras dificultades identificadas se relacionan con la calidad de la atención a pacientes, así como la detección y reducción de factores de riesgo, complicaciones o muerte por neumonía, que constituyen la plataforma epidemiológica de la cual emanan las impresionantes cifras de morbilidad y mortalidad en poblaciones vulnerables. (Tamayo, Bastart, 2015).

La infección respiratoria aguda causa anualmente 4,3 millones de muertes en niños menores de cinco años, las cuales representan 21,3 % de todas las muertes en este grupo de edad. Globalmente, produce dos millones de muertes cada año, 70 % de las cuales suceden en África y el sudeste asiático. Además, se sabe que ocupa el primer lugar entre las causas de años de vida ajustados por discapacidad (Disability Adjusted Life Years, DALY), en los países en desarrollo. Para reducir estas cifras alarmantes, es necesario complementar con medidas preventivas los esfuerzos dirigidos a mejorar el manejo de los casos. (Corredor, Umbacía, Sandoval y Rojas, 2015).

Se estima que alrededor de 13 millones de niños menores de 5 años de edad mueren cada año en el mundo de los cuales aproximadamente la tercera parte de todas las muertes de este grupo etáreo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el Virus Sincitial Respiratorio (RSV) y el virus tipo 3 de la influenza son las causas principales de infecciones respiratorias agudas en la infancia y la niñez temprana, causando del 20 al 25% de los casos de neumonía y del 45% al 50% de bronquiolitis en niños hospitalizados.

Según datos estimados estas infecciones representan en este grupo etario, entre el 30% y el 50% de las visitas a los establecimientos de salud, así como entre las 20% y 40% de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Anualmente, a nivel mundial según las cifras de 2010 de la Organización Mundial de la Salud, cada año mueren 7,6 millones de niños menores de cinco años. (Alvarado, Álvarez, 2016).

Se estima que en el preescolar; pueden ocurrir entre 4 y 6 episodios de IRAs al año, el riesgo de adquirir la enfermedad es inversamente proporcional a su edad, tienden a enfermar uno más que otro, esto está sujeto a que, anatómicamente, la rinofaringe es pequeña y horizontal en el niño, aunado al crecimiento del tejido linfoide, hace más difícil el drenaje de esta región, permitiendo la colonización de virus; fisiológicamente, es un respirador nasal por excelencia, y la expectoración es deficiente, impidiendo la expulsión de virus y favoreciendo su colonización en la mucosa nasal. (Niquin, 2017).

Según Aguirre (2014),

> (…) las infecciones respiratorias agudas están presentes durante todo el año y se incrementan de manera significativa en los meses de invierno, con alta morbilidad y baja mortalidad. Corresponden a la principal causa de ausentismo escolar y de hospitalización, con las consecuentes pérdidas económicas que ello significa. Estas

> afecciones, conjuntamente con las enfermedades diarreicas agudas y la malnutrición, encabezan las principales causas de muerte entre los niños en los países subdesarrollados. (Aguirre, 2014, p.19).

El Programa de Enfermedades Respiratorias Agudas en el niño surge en 1970 como parte del programa de reducción de la mortalidad infantil y continúa en la década de los 80 hasta el momento actual a manera de subprograma en el Programa Nacional de Atención Materno Infantil. En el año 2000 el MINSAP aprueba y redacta el Programa Integral de Atención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas que cubre todas las edades, pero con dos vertientes bien definidas: una dirigida a menores de 15 años, ya preexistente, y otra dirigida a mayores de esta edad. El programa tiene como objetivo general reducir la morbilidad y mortalidad por IRA en la población cubana. (Cuba, Ministerio de Salud Pública, 2002)

Las ERA constituyen un importante problema de salud pública, pues tienen la morbilidad más alta en el mundo, por lo cual el diagnóstico precoz, la detección de factores de riesgo, así como el tratamiento adecuado y oportuno, minimizan las complicaciones y disminuyen la mortalidad. (Juy, 2014).

En un estudio realizado en México la relación de las condiciones económicas de la familia ha hecho que ambos padres trabajen, aumentando la asistencia de niños a guarderías. Según la revista española de salud pública la asistencia a este tipo de establecimientos, presenta un incremento de riesgo de infección respiratoria alta (RR= 1,88), otitis media aguda (RR= 1,58), otitis media con derrame (RR= 2,43), infecciones respiratorias bajas (globalmente RR= 2,10; neumonías RR= 1,70; bronquiolitis RR= 1,80; bronquitis RR= 2,10). (Duran y Tribiño, 2011).

Comportamiento de las Enfermedades Respiratorias Agudas en Las Tunas.

En el año 2003 se realiza en nuestro país un estudio estadístico acerca del comportamiento de las IRA a nivel nacional y su relación con otras entidades.

En Las Tunas durante el año 2006 se atendieron 309.952 personas con IRA, de ellas 103.317 menores de 5 años, teniendo en cuenta la alta morbilidad por esta entidad en nuestro Hospital es que surge la motivación para este estudio con la finalidad de precisar el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas en la sala Respiratorio del Hospital Raymundo Castro Morales en el 1er trimestre 2018 y sus variables como son: definir la edad de los niños estudiados, identificar el tipo de infección que presentan, relacionar los factores de riesgo presente en los casos estudiados.

Análisis y discusión de los resultados.

Cuadro 1: Distribución de casos según edad. “Hospital Pediátrico Docente” Raymundo Castro Morales. Municipio Puerto Padre

Grupos de edades (años)	Nro.	%
Menores de 1 año.	109	31.5
De 1-4 años	156	45

De 5-9 años.	59	17
De 10-14 años.	20	5.7
De 15-19 años.	2	0.5
Total	346	100

Fuente. H.C

Predominó la edad de menores de 1 a 4 año (Cuadro 1) con 156 niños para el 45 % seguido de los menores de 1 años con 109 niños para un 31.5%. Los resultados del presente estudio coinciden con los de García Figueredo, similares resultados reportó Agudo Artola. Otros estudios muestran un predominio de las IRA en menores de 2 años, como los realizados por los Dr. Fernando Mayea Sánchez y Dr. Orlando Tomé López con un 86,5 %.

En investigaciones realizadas en Venezuela, para determinar el origen de las IRA en menores de cinco años adquiridas en la comunidad, se ha encontrado que la tasa de portadores nasofaríngeos de Streptotococcus Pneumoniae, en edades entre cero a cuatro años de países subdesarrollados, va de 72% a 97%, en comparación con 28% a 44% determinada en estudios realizados en países desarrollados, coincidiendo con nuestro estudio. (Rodríguez, 2011)

Cuadro 2 Distribución de casos según tipo de infección.

Tipo de infección	Nro.	%
Rinofaringitis.	107	31
Laringitis.	20	5.7
Neumonías.	101	29.1
Otitis.	68	19.6
Faringoamigdalitis.	35	10.1
Adenoiditis.	15	4.3
Total	346	100

Fuente. H.C

En el (cuadro No. 2) donde se relacionan según tipo de infección predominó la rinofaringitis con 107 pacientes para un 31%, le siguió las neumonías con 101 pacientes para un 29.1%, pensamos que se debe a que predominó los niños menores de 5 años y en el caso de menores de 1 año generalmente se ingresan según condiciones o por ser

revisiones. Las manifestaciones clínicas dependerán de la localización de la infección respiratoria, la edad del paciente y los factores de riesgo asociados, pero la fiebre es el síntoma más común en la mayoría de los afectados. Por su parte, en un estudio llevado a cabo en Santiago de Cuba, en menores de 5 años con neumonía, las manifestaciones más frecuentes fueron la fiebre y la disnea (Casanova DA. Neumonía en menores de 5 años ingresados en el Hospital Infantil Norte Docente de Santiago de Cuba [tesis para optar por el título de Máster en Atención Integral al Niño]. 2009, Santiago de Cuba).

Esto se debe a las condiciones anatomofisiológicas del aparato respiratorio, a las diversas causas que las producen y a las características inmunológicas a esta edad.

Nuestro estudio coincide con otros autores que encontraron como causa más frecuente la rinofaringitis aguda (46,3%), seguida de la otitis media (23,1%); sin embargo, Robaina et al (2015) y Maceo (2017) señalaron al catarro común en primer orden.

Cuadro 3: Distribución de casos según factores de riesgo.

Factores de riesgo.	Nro.	%
Edad.	145	42
Ausencia de lactancia materna.	80	23.1
Hábitos de fumar	50	14.5
Enfermedades crónicas	46	13.29
Hacinamiento	25	7.2
Total	346	100

Fuente. H.C

Dentro de los factores de riesgo (cuadro 3) que predominaron fueron: la edad con 145 niños para un 42%, en segundo lugar la ausencia de la lactancia materna con 80 niños para el 23.1 %, a pesar de todas las actividades de promoción que se realizan en nuestro medio aún persisten casos donde no se aplica adecuadamente la lactancia materna. Las infecciones respiratorias son causa importante de morbilidad mortalidad en niños sobre todo en edades tempranas y son más frecuentes en aquéllos que tuvieron destete precoz, la leche materna entre sus múltiples beneficios contiene componentes protectores tales como el lípido factor antiviral que protege contra la influenza y el alfa-2-macroglobulina, que actúa contra la influenza y parainfluenza, agentes causantes de infección respiratoria aguda alta. (Maisanche, 2015).

CONCLUSIONES

Predominó la edad de 1-4 años seguido de los menores de 1año, la rinofaringitis fue el tipo de infección respiratoria que más aportó, dentro de los factores de riesgo se encontró: la edad y la inadecuada lactancia materna, hábitos de fumar, entre otros.

REFERENCIAS

Alvarado, JL., Álvarez, N. (2016). *Factores contribuyentes a infecciones respiratorias agudas en preescolares (2 a 5 años) del Cantón Santa Marta, Victoria, Cabañas.* (Tesis doctoral). Universidad de El Salvador. Recuperado de: http://ri.ues.edu.sv/16170/

Camps, M., Calzado, D., Galano, Z., Perdomo, J. (2015). Infecciones respiratorias agudas pediátricas. Un acercamiento a la bronquiolitis. *Rev. inf. cient.* 90(2): Recuperado de: http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/257

Corredor ,S., , F., Sandoval, C., Rojas, P. (2015). Factores de riesgo para infección respiratoria aguda en los barrios Ciudad Jardín y Pinos de Oriente, Tunja, Colombia. *Revista Investig. Salud Univ*. 2(1): 14 – 30. Boyacá.

Cuba Ministerio de Salud Pública. (2002). *Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 2000-2003*. La Habana: Ciencias Médicas.

Duran, Ch., Tribiño, Y. (2011). Infección respiratoria aguda en primera infancia, estudio de casos y controles. *Rev Facultad de Salud - RFS*. 3(2): 33-46.

Juy, E., Céspedes, F., Rubal, AC., Maza, AM., Terán, CA. (2014). Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *MEDISAN* 18(11): 1490-1498. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100002&lng=es.

Niquin, E., Paredes, H., DB. (2017). Factores culturales, ambientales y magnitud de las infecciones respiratorias agudas en pre-escolares en curgos, huamachuco. (Tesis). Trujillo – Perú.

Maisanche, AR. (2015). Factores que condiciona el destete precoz de lactantes menores de 6 meses y su influencia con el desarrollo de infecciones respiratorias agudas en el subcentro de salud de tisaleo en el período octubre 2013 – marzo 2014. (Tesis). Ambato, Ecuador.

Rodríguez, G. (2011). Estrategia Educativa sobre prevención de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de cinco años. Plaza. Venezuela. 2007. Tesis en opción al título académico de Máster en enfermedades infecciosas.

Tamayo, CM., Bastart, EA. (2015). Nuevo enfoque sobre la clasificación de las infecciones respiratorias agudas en niños. *MEDISAN* 19(5): Recuperado de: http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/304

ASMA BRONQUIAL EN LA EDAD PEDIÁTRICA. SU CARACTERIZACIÓN

BRONCHIAL ASTHMA IN THE PEDIATRIC AGE. ITS CHARACTERIZATION

Ileana Matilde Ochoa Labady

Héctor Hernández Aguilera hernandezh@ltu.sld.cu

Mariela Román Pérez mrlromanperez@gmail.com

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal, de tipo descriptivo, en el Hospital Pediátrico "Raymundo Castro Morales" municipio Puerto Padre, Las Tunas, desde el 1º de enero al 31 de diciembre de 2018. El Universo estuvo constituido por todos los pacientes que ingresaron en el servicio de respiratorio durante ese año y la muestra por el total de niños con el diagnóstico de Asma bronquial. Resultando que fue el sexo masculino y el grupo de 5 a 9 años los que más pacientes aportaron, la infección respiratoria aguda fue factor desencadenante de las crisis, el mayor porciento de ingresos correspondió a las crisis ligeras y la complicación más frecuente fue la bronconeumonía.

PALABRAS CLAVES: asma bronquial, pediatría, caracterización, tratamiento.

ABSTRACT

A cross-sectional, descriptive study was carried out in the "Raymundo Castro Morales" Pediatric Hospital, Puerto Padre municipality, Las Tunas, from January 1 to December 31, 2018. The Universe was constituted by all the patients who entered the respiratory service during that year and the sample by the total number of children with the diagnosis of bronchial asthma. It turns out that it was the male sex and the group of 5 to 9 years who contributed the most patients, acute respiratory infection was a trigger for the crisis, the highest percentage of income corresponded to light crises and the most frequent complication was bronchopneumonia.

KEY WORDS: bronchial asthma, pediatrics, characterization, treatment

INTRODUCCIÓN

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en pediatría y constituye un serio problema de salud, en todas las edades de la vida, se caracteriza por ser un cuadro de hiperreactividad bronquial con historia familiar multifactorial, en la que intervienen: factores genéticos, inmunológicos, endocrinos, infecciosos, bioquímicos y/o neurovegetativos, los cuales producen obstrucción bronquial reversible espontáneamente o bajo el tratamiento con broncodilatadores. (Martínez, Bermúdez Mastrapa, Bermudez Cordoví, Cruz, Ross, 2016)

El asma bronquial es una enfermedad heterogénea caracterizada por inflamación crónica de la vía respiratoria. Según la OMS, el asma bronquial, afecta 235 millones de personas en el mundo, alcanzando en los Estados Unidos, una prevalencia del 8.4% en la edad pediátrica según la CDC. (Vera, 2018).

Se reconoce por diversos autores que la inflamación y la hiperreactividad de las vías aéreas son los principales mecanismos fisiopatológicos, pero cada vez cobra más fuerza la idea de que esta enfermedad no es una afección única, sino una expresión

clínica común, de diferentes mecanismos patogénicos, por lo que el AB podría determinarse como un síndrome. (Álvarez, Parra, Ochoa, Pérez, Paneque, 2017).

La inflamación crónica está asociada con la hiperreactividad de las vías respiratorias que conduce a episodios recurrentes de sibilancias, dificultad para respirar y tos, especialmente en la noche o en la mañana; estos episodios se asocian generalmente a obstrucción variable del flujo aéreo, que aunque puede ser reversible de forma espontánea, en la mayoría de los casos requiere de tratamiento. (Blanquiceth, Rodríguez, Montoya, Velilla, 2015).

La presencia de un criterio mayor (antecedentes familiares de asma, antecedentes personales de eczema o dermatitis atópica, sensibilización por alergenos inhalantes) o dos criterios menores (rinitis atópica, sibilancias independientes de los resfríos, eosinofilia mayor o igual a 4 % y sensibilización por alergenos alimentarios) tiene una especificidad de 97% y un valor predictivo positivo de 77 % para el diagnóstico de asma al final de la infancia.

Cuba no está ajena de esta realidad, pues presenta una alta morbilidad y elevado costo socioeconómico, estadística que la ubica como uno de los países con más prevalencia de esa enfermedad, atribuible a factores ambientales y hereditarios; con una tasa de 93,8 por cada 1000 habitantes, la prevalencia es de 8,6 % en adultos y de 14 % en menores de 15 años, ligeramente superior en el sexo femenino y en individuos de zonas urbanas. (Márquez, Collado, Sagaró, Sánchez, Estrada, 2017).

En nuestro país al igual que en el resto del mundo, el asma bronquial (AB) constituye un problema de salud importante, con incidencia relevante en los niños. Es por ello que desde 1972 se ejecuta el Programa Nacional de asma bronquial, el cual está sujeto a actualizaciones periódicas, y con el que se han obtenido evidentes resultados positivos.

Según reportes de la Comisión Nacional de Asma, la prevalencia actual de la enfermedad es del 10 % promedio en la población infantil, con una tendencia alarmante al incremento. Se considera que el aumento de niños asmáticos que se atienden actualmente en nuestro país, no es solo por una mejor organización o atención médica, sino también por el aumento real de pacientes asmáticos, tal como sucede en otros países, debido a causas hereditarias y sobre todo a factores exógenos como la urbanización, la contaminación ambiental, los cambios dietéticos y de hábitos de vida. (Soler, Pérez, Rigñack, Hevia, 2013)

Según Muñoz ()

> (…) aunque la predisposición genética persiste durante toda la vida, en un elevado porcentaje de casos, correctamente tratados, dejan de haber síntomas al cabo de un periodo variable de años. El asma más grave es el que se inicia antes del tercer año, persistiendo a los seis, o el que comienza después de los tres años. Algunos niños con asma grave mejoran e incluso “curan” al llegar a la pubertad, aunque es erróneo dejar al asmático sin tratamiento en la esperanza de que todo lo arregle el “desarrollo”. En algunos adolescentes la sintomatología llamativa desaparece y se convierte en subclínica, estimando ellos que esa es su normalidad. (Muñoz, p 1437).

Por eso es tan importante diagnosticar y tratar el asma lo más tempranamente posible, porque mientras más rápido se haga, mejor será el resultado a largo plazo y la persona afectada tendrá una mejor calidad de vida en el futuro. Además, podrán ser evitadas

situaciones potencialmente riesgosas para la existencia del enfermo, porque una de las .metas en el manejo de esta enfermedad es evitar las crisis agudas que eventualmente pueden ser mortales. Este trabajo tiene como objetivo determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de los pacientes ingresados por Asma Bronquial y caracterizar la incidencia de ingresos por Asma Bronquial según variables estudiadas. De lo antes expuesto puede colegirse que el futuro de vida de un grupo importante de niños con Asma Bronquial, va a depender en definitiva de una valoración correcta y de un tratamiento adecuado de su enfermedad. A este importante tema de la Pediatría dedicamos el presente estudio.

Análisis y discusión de los resultados.

Se realizó un estudio de 325 pacientes ingresados en el servicio de respiratorio del Hospital Pediátrico Docente "Raymundo Castro Morales" del Municipio Puerto Padre Provincia Las Tunas con el diagnostico de asma bronquial.

En el tabla # 1: i*ncidencia del Asma Bronquial***,** de un total de 1010 pacientes ingresados en el servicio de respiratorio, 325 ingresaron por Crisis Aguda de Asma Bronquial para un 32,18%, pensamos esto se deba a que es la enfermedad crónica más común en los niños, dentro de las enfermedades no transmisibles es la principal causa de ingresos hospitalarios en nuestro país, esto coincide con los estudios realizado por el Dr. Roberto Álvarez Sintes.

Tabla # 1. Incidencia del Asma Bronquial Hospital Pediátrico Docente "Raymundo Castro Morales" Año 2018.

INCIDENCIA	No	%
Ingresos Respiratorio	1010	100
Ingresos por Asma	325	32,18

n =1010

Fuente: *Archivo Hospital Pediátrico Docente "Raymundo Castro Morales*

La exposición al medio ambiente desencadena resultados en el aumento de la hiperreactividad bronquial y el asma. La atopia y rinitis alérgicas relacionadas con la exposición a los alérgenos en una edad temprana probablemente contribuye a mayor incidencia de asma. (Franco, 2016).

Al realizar el análisis de la tabla # 2, distribución por sexo, aunque no se obtuvo una diferencia muy significativa, si el 57, 23% correspondió al sexo masculino, lo cual se corresponde con lo señalado por otros autores.

Tabla # 2 Distribución por sexo

Sexo	No	%
Masculino	186	57,23

Femenino	139	42,77
Total	325	100

***Fuente**: Formulario.*

Aunque no están determinadas las razones, en los niños varones lo favorece el carácter genético. En la adolescencia, el tórax de un varón es de mayor dimensión que el femenino y por tanto su función pulmonar, debido al mayor calibre de sus vías aéreas, llega a una capacidad superior que lo hace menos propenso a los síntomas.

Tabla # 3 Distribución por edad de comienzo

EDAD	No	%
De 1 – 4 años	75	23.08
De 5 – 9 años	173	53.23
De 10 – y mas	77	23.69
Total	325	100

Fuente: Formulario.

En el tabla # 3, edad de comienzo, muestra que el mayor por ciento correspondió a los niños entre 5 a 9 años de edad con 173 casos para un 53.23%, esto coincide con el estudio de Álvarez Sintes que durante los años 2001-2006 esta fue la edad más frecuentes de ingreso por esta patología. (Álvarez, 2008)

Tabla # 4 Factores desencadenantes de la crisis.

Factores Desencadenantes	No	%
Infecciones Respiratorias	150	46,15
Cambios meteorológicos	80	24,61
Contaminación Ambiental		
Humo del cigarro	62	19.0
Polvo de casa	20	6,15
Combustible domestico	8	2,46
Subtotal	90	27.69
Alergenos ingestantes	5	1,54
Total	325	100

Los factores desencadenantes de las crisis, tabla # 4, el mayor número se encontró en las infecciones respiratorias agudas víricas con 150 pacientes para el 46,15 %, Entre los factores de riesgo se incluye el hábito de fumar, en especial de la madre embarazada, porque suele asociarse con una mayor prevalencia de síntomas respiratorios y asma en lactantes y niños pequeños. Este hábito, cuando se relaciona a factores como: historia personal y familiar de alergia, la ausencia de lactancia materna exclusiva, uso de combustibles inadecuados para la cocción de alimentos, insuficiente ventilación de la vivienda, bajo nivel socioeconómico y la escasa escolaridad materna, conforman una situación de alto riesgo de recurrencia de las crisis de asma.

Tabla # 5 Intensidad de las crisis.

intensidad	no	%
Ligeros	239	73.54
Moderados	86	26.46
Total	325	100

Fuente: Historia Clínica.

En el tabla # 5*, Intensidad de las crisis***,** se muestra que el mayor número de ingresos fueron con crisis ligera con 239 para 73.54 %. Esto puede explicarse porque el gran número de pacientes residen en áreas alejadas del centro hospitalario lo que conlleva a ser remitido cuando comienza la crisis como prevención de futuras complicaciones ya que como se sabe según normas de procedimiento y tratamiento estas crisis ligeras deben ser tratadas en el Consultorio Médico de Familia.

Tabla # 6 complicaciones.

complicaciones	No		%
Bronconeumonías	42		12.92
Atelectasia	34		10.46
Aire subcutáneo	1		0,31
Subtotal	77		23.69
No tuvieron	248		76.31
Subtotal		248	76.31
Total		325	100

Fuente: Historia Clínica.

Según los datos que aparecen en el tabla # 6, complicaciones, estas solo estuvieron presentes en 77 pacientes para un 23.69% siendo las bronconeumonías las más frecuentes para un 12.92 %, esto responde a la vigilancia y tratamiento adecuado de las crisis preconizado por el Programa Nacional Integral de Atención y Control de las enfermedades respiratoria.

CONCLUSIONES

El sexo masculino y la edad de comienzo entre 5 a 9 años fueron los predominantes, el principal factor desencadenante de las crisis fueron las infecciones respiratorias agudas víricas, el mayor porciento de ingresos correspondió a las crisis ligeras y la complicación más frecuente fue la bronconeumonía.

REFERENCIAS

Álvarez, O., Parra, JM., Ochoa, TZ., Pérez, A., Paneque, T. (2017). Evaluación del estado clínico-funcional de niños con asma bronquial tratados con Montelukast. *CCM* (2) Recuperado de: http://scielo.sld.cu

Álvarez, R. (2008). Asma. En: Álvarez Sintes R. *Medicina General Integral* II. La Habana: Ciencias Médicas; pp: 28-38.

Blanquiceth, Y., Rodríguez, AL., Montoya, CJ., Velilla, PA. (2015). Inducción de células T reguladoras por estatinas: alternativa terapéutica para el control del asma extrínseca. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* 31(4). Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892015000400007&lng=es

Ciria, A., Capote, A., Rodríguez, A., Sardiñas, SY. (2016). Tabaquismo pasivo y recurrencia de crisis en niños asmáticos de edad escolar. *Rev Cubana de Medicina General Integral;* 35(2).Recuperado de: http://scielo.sld.cu

Franco, JM. (2018). Asma infantil: Complicaciones y factores de riesgo en pacientes de 2 a 10 años en el servicio de emergencias hospital del niño Dr. Francisco Icaza Bustamante periodo Agosto del 2015 a Enero del 2016. Guayaquil – Ecuador 2015-2016. (Tesis) .Recuperado de: repositorio.upao.edu.pe.

Márquez, A., Collado, K., Sagaró, N., Sánchez, C., Estrada, GA. (2017). Manifestaciones clínicas en pacientes con asma persistente. *MEDISAN* 21(7):788 .Recuperado de: http://scielo.sld.cu

Martínez, JR., Bermúdez, LA., Bermudez, LL., Cruz, YB., Ross, A. (2016). Uso combinado de furosemida y salbutamol inhalados, en el tratamiento de la crisis aguda de asma bronquial. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*; 41(6) Recuperado de: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/700

Muñoz, F., Cruz, M. (s.f). Asma bronquial infantil. EN: Cruz *Tratado de Pediatría*. 10ma ed. Madrid; p 1437.

Silva, M., Martínez, Y. (2016). Índice predictivo de asma y factores asociados en menores de cinco años con sibilancias recurrentes. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*; 41(1). Recuperado de: http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/search/search

Soler, V., Pérez, X., Rigñack, L., Hevia, LE. (2013). Relación entre las infecciones respiratorias agudas altas y el asma bronquial. *Rev Cubana de Medicina General Integral ;*29(3):297-305. Recuperado de:http://scielo.sld.cu

Vera, RO. (2018). Ictericia neonatal como factor de riesgo de asma bronquial en niños de 6 a 12 años de edad. *repositorio.upao.edu.pe*. Recuperado de: https://scholar.google.com.cu/scholar?as_ylo=2015&q=factores+de+riesgo+de+asma+bronquial&hl=es&as_sdt=0,5

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

EDUCATIONAL INTERVENTION ON ADOLESCENT PREGNANCY

Iliana Teresa Cantero Ramos
Kerys Pérez Morales
Ailén Pérez Bell

RESUMEN

El trabajo tiene como objetivo incrementar el conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia en menores de 20 años, mediante la aplicación de una estrategia de intervención educativa. La falta de información y educación concreta y oportuna con relación al ejercicio de la sexualidad y la vida reproductiva desde los primeros años de la niñez por parte de la familia y de la escuela o incluso desde otros ámbitos, son los determinantes sociales que influyen en el inicio temprano de sus vidas sexuales. Por lo cual se aplica una estrategia de intervención educativa. Antes de la intervención mostraron conocimiento inadecuado sobre la edad adecuada para la reproducción, los métodos para prevenir el embarazo, las consecuencias del aborto, las complicaciones del embarazo en la adolescencia; y en la evaluación general un bajo nivel de conocimiento. Después de la aplicación del programa educativo la mayoría de los participantes mostraron conocimiento adecuado sobre los aspectos evaluados y un alto nivel de información en la evaluación general. Se demostró que la intervención educativa incrementó el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia en los menores de 20 años.

PALABRAS CLAVES: adolescencia, conocimientos, embarazo, métodos anticonceptivos.

ABSTRACT

Introduction: to increase the knowledge on the pregnancy in the adolescence in smaller than 20 years, by means of the application of a strategy of educational intervention. Objectives: elevated incidence of not planned pregnancy and not wanted in the adolescents, the lack of information and concrete and opportune education with relationship to the exercise of the sexuality and the reproductive life from the first years of the childhood on the part of the family and of the school or even from other environments, they are the social determinant that influence in the early beginning of their sexual lives. Reason why a strategy of educational intervention is applied. Before the intervention they showed inadequate knowledge on the appropriate age for the reproduction, the methods to prevent the pregnancy, the consequences of the abortion, the complications of the pregnancy in the adolescence; and in the general evaluation a low level of knowledge. After the application of the educational program most of the participants showed appropriate knowledge on the evaluated aspects and a high level of information in the general evaluation.

KEY WORDS: adolescence, knowledge, pregnancy, birth-control methods.

INTRODUCCIÓN

> (…) La adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita por patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. Sus límites han sido fijados entre los 10 y 19 años. Es la etapa que sucede entre la niñez y la adultez, un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales. (Mora, y Hernández, 2015, p.7).

Durante la adolescencia los patrones conductuales, conocimientos y actitudes se establecen y se fortalecen, incluyendo aquellos vinculados con las relaciones interpersonales y el ejercicio de la sexualidad. El ejercicio responsable, respetuoso y equitativo de las relaciones interpersonales es fundamental para disminuir conductas sexuales riesgosas. Por lo que se recomienda la pertinencia de programas de educación sexual integral, que empoderen y capaciten a los adolescentes para tomar decisiones que determinen la salud y la plenitud de su sexualidad en el contexto de su desarrollo y del ejercicio de sus derechos fundamentales. (Calero, Rodríguez y Trumbull, 2017).

La educación sexual integral es una intervención educativa para mejorar conocimientos, actitudes y habilidades en siete ámbitos: el género, la salud sexual y reproductiva, la ciudadanía sexual, el placer, la violencia, la diversidad y las relaciones. La evidencia a nivel internacional demuestra que la educación sexual se asocia con mejores conocimientos, mejores resultados en salud sexual y reproductiva y menos prácticas de riesgo. La educación sexual integral no fomenta la actividad sexual, sino que aplaza la edad de inicio de vida sexual, reduce el número de parejas sexuales y mejora las prácticas de protección. Además de representar un elemento central en la prevención del embarazo precoz no deseado. (Villalobos, et. al. 2015).

Para Gómez (2017) “el embarazo adolescente o precoz es aquel que se produce en una mujer: entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia” (p.12). Se calcula que aproximadamente 17 millones de adolescentes dan a luz cada año en el mundo, un millón entre 10-14 años y 16 millones entre 15 y 19 años. El 10% de todos los partos a nivel mundial son en adolescentes, cifra que aumenta en los países en vía de desarrollo, ya que se estima que en estos países corresponde al 17%. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en los países en desarrollo, la probabilidad de que una mujer de 15 anos muera por una causa materna es uno en 3 800 en los países desarrollados y uno en 150 en los países en desarrollo.

La prevalencia de embarazo en la adolescencia varía en cada país; 20% en México, 20,33% en Brasil, 39% en Colombia, 12,2% en Perú, 24,6% en Nicaragua, 21,4% en Honduras y 15,6% en Bolivia.

Los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años son en su mayoría embarazos no deseados. Esta situación afecta en mayor medida a las niñas y adolescentes de sectores sociales más desprotegidos. Diversos factores inciden en la ocurrencia de embarazos adolescentes en menores de 15 años, como el desconocimiento del cuerpo y de los hechos básicos de la reproducción y la falta de conocimiento de medidas de prevención del embarazo y de acceso a las mismas.

El embarazo en la adolescencia es considerado como un "problema" al vincularse con consecuencias no deseadas ni previstas como el aborto ilegal, el abandono y maltrato de los niños y variados conflictos conyugales y familiares, dependencia económica del grupo familiar, delegación del cuidado de los hijos, uniones conyugales forzadas, abandono de los estudios, dificultades en la inserción laboral y variados problemas de salud del niño y su madre, entre otras.

El embarazo en las adolescentes trae consigo múltiples complicaciones por un lado las consecuencias del aborto si decide interrumpirlo y si decide continuarlo pueden aparecer trastornos hipertensivos de la gestación, poca ganancia de peso, anemia, parto pretérmino, lesiones durante el parto secundario a la desproporción céfalopélvica, deserción escolar, alteraciones en los procesos familiares y alteraciones en el desempeño del rol materno. En cuanto al niño, el embarazo en adolescentes predispone a un aumento de la morbimortalidad, la cual está relacionada con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbimortalidad perinatal. La mortalidad infantil en los hijos de madres adolescentes puede llegar a resultar hasta 30 veces más elevada que en los niños de madres adultas. El riesgo de muerte materna en adolescentes es el doble que en el resto de las mujeres de edad fértil, y cuatro veces mayor cuando se trata de menores de 15 años.

En Cuba anualmente se realizan alrededor de 22 000 abortos inducidos en menores de 20 años y casi 16 000 nacimientos ocurren en las madres adolescentes, hallándose entre las naciones con un índice elevado de nacimientos en este grupo de edad.

El embarazo adolescente constituye una de las problemáticas de mayor importancia contra la cual luchan actualmente los sistemas sanitarios a nivel mundial, especialmente, aquellos pertenecientes a los países en vías de desarrollo, donde este fenómeno tiene mayor incidencia y las tasas de embarazo adolescente superan el promedio en el mundo entero.

La falta de información y educación concreta y oportuna con relación al ejercicio de la sexualidad y la vida reproductiva desde los primeros años de la niñez por parte de la familia y de la escuela o incluso desde otros ámbitos, son los determinantes sociales que influyen en el inicio temprano de su vida sexual, dando como resultado la presencia de un embarazo no planeado y no deseado en la vida de las y los adolescentes.

El embarazo adolescente es un problema de salud pública que requiere atención urgente, debido a que se incrementa día con día, por el riesgo en la salud de la madre y de su hijo, el alto costo social relacionado con el abandono escolar, la etapa productiva, el rechazo social y las expectativas de vida; así como los altos riesgos para la salud de la madres menores de edad, ya que se relaciona con diferentes eventos negativos como la prematurez, el bajo peso al nacer, el sufrimiento fetal, entre otras complicaciones que pueden aumentar de manera notable las tasas de morbilidad y mortalidad infantil e inclusive exponer a la gestante a sufrir afecciones en su salud física y mental, durante y posterior a la gravidez que podría llevarlas hasta la muerte por lo que es necesario desarrollar un modelo de intervención integral enfocado a la prevención del embarazo adolescente.

Lo antes expuesto motivó a realizar esta intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia y de esta forma proporcionar información sobre la utilización de los

métodos anticonceptivos en estas edades y sobre los riesgos que entraña el embarazo antes de los 20 años para el niño y la madre.

Presentación del diseño

Se realizó un estudio cuasi- experimental de intervención educativa tipo antes y después de un solo grupo en el Consultorio Médico Triángulo 3 perteneciente al Policlínico Francisco Caamaño Deño del Municipio Colombia en el periodo comprendido entre enero de 2018 y abril de 2019, con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia en menores de 20 años.

Universo y muestra:

El universo de estudio lo formaron los 156 menores de 20 años de ambos sexos, y la muestra fueron 48 seleccionados mediante muestreo no probabilístico intencional, debido a que la elección de los participantes se realizó de acuerdo a ciertos criterios que se valoraron como necesarios o convenientes para poder tener una unidad de análisis que reuniera las mayores ventajas posibles para los fines que persigue la investigación.

Resultados

La edad de los adolescentes entre 15 y 19 años fue representada por 33 (68,7 %), y 15 (31,3 %) se ubicaron en el grupo de entre 10 a 14 años. Resultado semejante al estudio de Coronado Velásquez L en el Centro de Atención Permanente de Comitalcillo, San Marcos, Guatemala 2017 donde la mayoría de los participantes eran mayores de 15 años. Otros estudios que abordaron la temática como el de Argudo, efectuada en Ecuador informa que entre los encuestados los pertenecientes al grupo de 14 a 17 años. En tanto, los investigadores Quispe, KK y Tturo en Arequipa Perú al caracterizar la población de estudio encuentran que la mayoría están comprendidos entre 14 y 15 años.

En cuanto a la edad de los participantes, Vinueza en una clínica particular de Ecuador informa que predominó el grupo con edades comprendidas entre 14 y 16 años. Saavedra, en Trujillo señala que casi la mitad de las adolescentes tuvo 16 años y Nebot dice que de los 138 adolescentes que participaron la mayoría tenían entre 16 y 19 años.

El 32 (66,7 %) adolescentes participantes eran de sexo femenino y 16 (33,3 %) de sexo masculino. Resultado que se asemeja al de Gómez et al. Secundaria Básica "Mario Acevedo Francia" en Quemado de Güines quienes informan en su investigación que el mayor porcentaje de participantes fueron féminas. Asimismo, Argudo informa que predominaron ligeramente los adolescentes del sexo femenino.

La edad de la primera relación sexual en 31 (64,6 %) adolescentes fue antes de los 16 años y en 17 (35,4 %) a los 16 años o más. Resultado similar al que hallaron Gómez en la Secundaria Básica "Mario Acevedo Francia" en Quemado de Güines, donde el mayor porcentaje de adolescentes inició precozmente la práctica de las relaciones sexuales.

Respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, el trabajo de Valera en el Hospital Regional de Cajamarca señala que más de dos terceras partes de los adolescentes inicio sus relaciones sexuales entre los 17 a 19 años. En tanto, Argudo en

una muestra de 1800 adolescentes encuentra que la mayor parte la tuvo entre los 14 y 16 años.

Las relaciones sexuales en la actualidad inician a edades mucho más tempranas que hace unos 20 años y las consecuencias de esto se ve en el incremento del embarazo precoz y el contagio con ITS. El inicio temprano de las relaciones implica también la aparición de problemas sexuales.

Los motivos para iniciar las relaciones sexuales aparecen en el (66,7 %) refirieron que fue por amor, 11 (22,9 %) por deseo propio, 4 (8,3 %) por presión de amigos y 1 (2,1 %) por violación. Este resultado es similar al de Contreras, en San Jerónimo, Andahuaylas, Perú, quien encuentra que el motivo de inicio de relaciones sexuales en la mayoría de los adolescentes fue por búsqueda de amor. En cambio, Valera en el Hospital Regional de Cajamarca informa que la mayoría refirió que tuvo las primeras relaciones sexuales por voluntad.

Refirieron 26 adolescentes (54,2 %) que no usaban anticonceptivos en las relaciones sexuales. Resultado similar al estudio de Gómez en la Secundaria Básica "Mario Acevedo Francia" en Quemado de Güines donde encuentra que el mayor porcentaje de adolescentes refirió no usar anticonceptivos en las prácticas sexuales.

Casadiego, al determinar el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por un grupo de adolescentes de la Comunidad 5ta. Avenida de la Vivienda Rural de Bárbula Municipio Naguanagua. Edo. Carabobo detecta que la mayoría no utiliza métodos. Al practicar sexo inseguro, es decir el no utilizar métodos de protección (anticonceptivos hormonales y/o preservativo) contra ITS/VIH- Sida y/o embarazos no deseados, ya sea por desconocimiento o por omisión, es una de las conductas sexuales riesgosas más comunes que podemos observar entre los adolescentes que instigados por la curiosidad de conocer nuevas experiencias, ponen en riesgo su salud.

Antes de la intervención 13 (27,1 %) adolescentes mostraron conocimientos adecuados sobre la edad óptima para el embarazo y después de la intervención 44 (91,6 %) conocieron adecuadamente sobre este aspecto. La modificación favorable en el nivel de conocimiento sobre la edad óptima para la procreación antes y después de aplicada la intervención fue estadísticamente significativa ($p<0,05$), después de la intervención todas las participantes conocen la edad ideal para procrear, la mayoría alcanzó este conocimiento posterior a la aplicación del programa educativo.

Antes de la intervención 15 (31,2 %) adolescentes mostraron conocimientos adecuados sobre los métodos para la prevención del embarazo y posterior a esta 37 (77,1 %) alcanzaron conocimientos adecuados. Los cambios favorables del conocimiento de los métodos anticonceptivos alcanzado por las participantes con la aplicación de la intervención educativa fueron estadísticamente significativos ($p<0,05$) al realizar la prueba estadística.

Antes de la intervención 9 (18,7 %) adolescentes conocían de forma adecuada las consecuencias de la interrupción del embarazo y posterior a las acciones educativas se elevó a 36 (75 %). La prueba estadística arrojó una significación $p<0,05$ lo que denota que la intervención educativa produjo cambios estadísticamente significativos en el conocimiento sobre las consecuencias del aborto en la adolescencia. Resultado que se asemeja al de Hernández.

Antes de la intervención 7 (14,6 %) adolescentes tuvieron conocimiento adecuado sobre las complicaciones maternas del embarazo en la adolescencia y después de las acciones educativas 37 (77,1 %) participantes. La intervención educativa produjo cambios estadísticos significativos ($p<0,05$) en el conocimiento sobre las complicaciones maternas que ocurren en las adolescentes que se embarazan según evidencia la prueba estadística que se aplicó. Este resultado concuerda con el que reporta Hernández en 180 adolescentes del área urbana del municipio de Cumanayagua, provincia Cienfuegos al observar una mejoría en el nivel de conocimiento sobre los riesgo del embarazo en la adolescencia después de la intervención educativa.

Al respecto, la literatura internacional destaca que además del parto pretérmino, que es el principal riesgo de la adolescente en gestación, la rotura prematura de membrana, el desgarro del tracto vaginal y el trabajo prolongado de parto, son complicaciones que también se vinculan a la gestación precoz, sin embargo, el desconocimiento de estos peligros por parte de casi la mitad de las 87 menores de 20 años que incluyó el estudio de Soto en la ciudad de Guayaquil.

Un embarazo precoz, suele generar un estado de shock y habitualmente la joven suele vivir un estado de depresión o un estado ansioso. Para la familia resulta una situación muy difícil, por las expectativas arruinadas de los padres y por los problemas que perciben que tendrá su hija a futuro, y entre otros, la sobre carga económica que eso va a implicar.

Antes de la intervención 12 (25 %) adolescentes mostraron un alto nivel de conocimientos y después de la intervención este nivel fue alcanzado por 32 (66,7 %). El cambio en el nivel de conocimiento que se generó con la aplicación de la intervención educativa fue estadísticamente significativo ($p<0,05$) según confirma la prueba estadística que se aplicó.

Este resultado concuerda con el informe de Hernández, quien logró modificar de forma creciente el conocimiento general de adolescentes del área urbana del municipio de Cumanayagua, provincia Cienfuegos de forma en aspectos relaciones con el embarazo en la adolescencia.

CONCLUSIONES

Se concluyó que prevalecieron los adolescentes con edades de 15 a 19 años, de sexo femenino. Iniciaron las relaciones sexuales antes de los 16 años, por amor y que no usaron anticonceptivos. Antes de la intervención mostraron conocimiento inadecuado sobre la edad adecuada para la reproducción, los métodos para prevenir el embarazo, las consecuencias del aborto, las complicaciones del embarazo en la adolescencia; y en la evaluación general un bajo nivel de conocimiento. Después de la aplicación del programa educativo la mayoría de los participantes mostraron conocimiento adecuado sobre los aspectos evaluados y un alto nivel de información en la evaluación general. Lo que demostró que la intervención educativa incrementó el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia en los menores de 20 años del Consultorio Médico Triángulo 3 perteneciente al Policlínico Francisco Caamaño Deño de Colombia.

REFERENCIAS

Alfonso, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Rev Ciencias Médicas, 21*(2), 2-6. Recuperado el 15 de Enero de 2019 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942017000200020&lng=es

Amador, A. y Álvarez, E. (2018). *Factores de riesgo y protección afectivos y del desarrollo cognitivo de adolescentes embarazadas* [tesis]. Santa Marta: Universidad cooperativa de Colombia; 2018. Recuperado de: http://repository.ucc.edu.co/bitstream/ucc/5278/1/Factores%20de%20riesgo%20y%20protecci%C3%B3n%20afectivos%20y%20del%20desarrollo%20cognitivo%20de%20adolescentes%20embarazadas.pdf

Argudo, C.P. y Ortiz, C.A. (2018). *Frecuencia de paternidad y maternidad, características del inicio de relaciones sexuales en adolescentes escolarizados activos.* [Tesis]. Cuenca- Ecuador: Universidad de Cuenca; Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000100002&lng=es

Calero, E., Rodríguez, S. y Trumbull, A. (2017). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Rev. Hum. Med.*, *17*(3), 577-592. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2015000100006&lng=es

Casadiego, W. (2014). *Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en un grupo de adolescentes* [Tesis]. Valencia. Universidad de Carabobo. Recuperado de: http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/549/4/wcasadiego.pdf

Chacón, D., Cortes, A., Álvarez, A.G. y Sotonavarro, Y. (2015). Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. *Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología*., 41(1), 3-7. Recuperado de: http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/ cocmed/article/view/1990

Contreras, M. (2018). *Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el centro de salud San Jerónimo*, Andahuaylas 2017 [tesis]. Huancavelica – Perú: Universidad Nacional de Huancavelica. Recuperado de: http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1705/TESIS%20CONTRERAS%20LLAMOCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Coronado, L. (2017). *Factores que influyen en los embarazos en adolescentes, centro de atención permanente*. [Tesis]. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112016000100008&lng=es.

Gálvez, M., Rodríguez, L. y Rodríguez, C. O. (2016). El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Rev. Cubana Med. Gen. Integ., 35*(2), 1-3. Recuperado de: http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/225

Gamero, R.E. y Montalvo, S.S. (2015). *Actitudes de riesgo hacia el embarazo precoz en estudiantes de una institución educativa pública*, Chiclayo, [tesis]. Chiclayo: Universidad Privada Juan Mejía Baca. Recuperado de: http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/100/1/tesis%20stephani%20Gamero%20y%20stany%20Montalvo.pdf

García, L.F., Correa, F., García, T. y Espinoza, A.V. (2017). El embarazo adolescente desde una perspectiva contemporánea. *Interamerican Journal of Psychology, 51*(1), 1-10. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28452860011

Gómez, R.T., Rodríguez, L.M., Gómez, A. y Torres, E. (2017). Acciones educativas dirigidas a mejorar la percepción de riesgo del embarazo en adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública, 43*(2), 1-10. Recuperado de: http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrcd/2018/09/02/Coronado-Lucrecia.pdf

Hernández, Z.L., Bravo, E., López, P. C., Águila, N. y Cepero, L. (2015). Efectividad del programa psicoeducativo de educación sexual y salud reproductiva. *Rev. Cubana Enfermer.*, *31*(1), 3-5. Recuperado de: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29878/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf

Hilaquita, G.R. y Palacios, Y.A. (2018). *Ideación suicida y estrategias de afrontamiento frente al impacto del embarazo en adolescentes de un hospital nacional de Lima Metropolitana* [tesis]. Lima: Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud.

Jiménez, A., Granados, J. A. y Rosales, R. A. (2017). Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. *Salud pública Méx.*, *59*(1), 2-7. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17278120201700030001 0&lng=es

Mendonca, A., Campos, L. y Riul, S. **(**2015). Prácticas educativas con embarazadas adolescentes con miras a la promoción, protección y prevención en salud**.** *Rev. Min. Enferm., 19*(1), 1-3. Recuperado de: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-768481

Mora, A. M., Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex.*, *83*(2), 1-7. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf

Nebot, L., Díez, E., Martín, S., Estruga, L., Villalbíb, J. R., Pérez, G., et al. (2016). Efectos de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos con alta proporción de inmigrantes. *Gac Sanit*, *30*(1), 43-46. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342017000 100011&lng=es.

Parra, E., Gutiérrez, J.F., Garrido, E., Gómez, R.E. y Pérez, I.L. (2016). Regulaciones menstruales en adolescentes y factores de riesgo. *Correo Científico Médico, 20*(4), 6-7. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662017000200005&lng=es

Rojas, R., Castro, F., Villalobos, A., Allen, B., Romero, M., Braverman, A. y Uribe, P. (2017). Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública Mex., 59*(6), 5-8. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10650518009

Valera, A. (2016). *Factores sociodemográficos y personales asociados a primer embarazo en adolescentes. Hospital Regional de Cajamarca* – 2015 [tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; Recuperado de: http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/911

Villalobos, A., Campero, L., Suárez, L., Atienzo, E., Estrada, F. y Salazar, E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud pública Méx., 57*(2), 1-8. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003663420150002000008&lng=e

Vinueza, M. E. y Bello, H. I. (2017). Embarazo en la adolescencia. Características epidemiológicas. *Dom. Cien., 4*(1), 8-9. Recuperado de: http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES ALCOHOLICOS EN EL CMF DOS HERMANOS JOBABO 2017-2019

INTERVENCION'S STRATEGY IN ALCOHOLIC TEENS OF THE CMF TWO BROTHERS. JOBABO 2017-2019

Iliannis Arias Reyes

Zoika Duardo Alemán

RESUMEN

El consumo del alcohol es un problema de salud en Cuba y el mundo. Se realizó una estrategia educativa para incrementar el nivel de conocimientos sobre el tema alcoholismo en adolescentes que pertenecen al consultorio médico de la familia de Dos hermanos en Jobabo en el período de Octubre 2017-Junio 2019. El universo estuvo constituido por 42 pacientes adolescentes que se escogieron al azar, de ambos sexos y la muestra estuvo constituida por 33 pacientes. Predominó las edades entre 15-17 años con 21 pacientes el sexo masculino fue el que predominó con un 66.6% y en menor cantidad el sexo femenino, con un nivel cultural de secundaria con 14, el medio de difusión masiva fue el que más se informaban tienden a tener un conocimiento no adecuado del tema, antes de la intervención Con la aplicación de la intervención educativa se logró modificar el nivel de conocimientos sobre el alcoholismo.

PALABRAS CLAVES: Alcoholismo, nivel de conocimiento, adolecentes.

ABSTRACT

The consumption of alcohol is a problem in health in Cuba and the world. Made an educational strategy to increment the level of topical knowledge alcoholism in teens that they belong to the medical doctor's office of two brothers' family in Jobabo in the period of October 2017 June 2019. The universe was constituted for 42 adolescent patients that were chosen at random, of both sexes and the sign was constituted for 33 patients. Predominated the ages between 15-17 years with 21 patients the masculine sex matched the than predominated with a 66,6 % and in minor quantity the female sex, with a cultural level of secondary school with 14, the midway of mass diffusion went the what else they got informed they tend to have a knowledge made suitable of the theme, before the intervention With the application of the educational intervention it was managed to modify the level of knowledge on alcoholism.

KEY WORDS: alcoholism, level of knowledge, adolescent

INTRODUCCIÓN

“El alcoholismo constituye un flagelo que alcanza en mayor o menor grado a todas las sociedades del mundo”. (Díaz, 2008, p.3).

La palabra alcohol proviene del vocablo árabe *alkuhul*, que significa “*esencia*”. El alcohol es el producto de la fermentación de sustancias vegetales. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad cuando nuestros remotos antepasados tuvieron la experiencia de beber el líquido resultante de la colección de agua de lluvia en alguna irregularidad del tronco de un árbol, luego de haber caído en dicho depósito alguna fruta desprendida que sufriera

posteriormente, el proceso de fermentación. La capacidad de observación del hombre primitivo le permitió reproducir dicho fenómeno y obtener el preparado, aunque este solo pudo ser utilizado en cantidades importantes a partir de la cultura del neolítico, hace unos diez mil años, cuando fue posible la utilización de recipientes adecuados, gracias al desarrollo de la alfarería, con la consecuente posibilidad de la producción masiva y almacenamiento del tóxico.

Hay evidencias escritas del uso de bebidas alcohólicas durante más de 4000 años a.n.e., en las pirámides egipcias, Mesopotamiay China. Alrededor del año 800 d.C. el químico árabe, Rhamses descubrió el proceso de destilación que favoreció la fabricación y comercialización, hacia Europa, de bebidas fermentadas, y destiladas. (González, 2008).

Según la definición del Comité de Expertos de Alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), " el alcoholismo es un trastorno conductual crónico, manifestado por repetidas ingestas de alcohol, excesivas respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad y que acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor" (Guibert, Cobas, Reyes, GovinZuaznabar, 2008, p.109)

A grandes rasgos podemos plantear que si excluimos las culturas islámicas e hindú, se calcula que 70 % del resto de la población mundial consume alcohol en alguna cantidad y que de ellos, l de cada 10 se convierte en alcohólico, mientras que la proporción de adictos por cada 10 consumidores sería: café y tabaco 5; marihuana y cocaína por vía nasal, 6; cocaína fumada (*crack*), 8; y morfina y heroína, 9; con el reporte no excepcional de casos "esclavizados" desde el primer consumo con las dos últimas sustancias.

El alcohol es la droga de mayor consumo (en algunos países llega a 25 L de alcohol puro per cápita en mayores de 15 años) y por ello la de peores consecuencias familiares y sociales, y que la potencialidad adictógena del tóxico resulta sensiblemente mayor en los que presentan patrones de consumo de riesgo. El alcoholismo constituye en la actualidad la más relevante toxicomanía a nivel mundial por su prevalecía y repercusión biopsicosocial; las abundantes evidencias científicas y la realidad social no dejan lugar a dudas sobre el potencial de riesgo, para la salud, y el bienestar humano individual y colectivo, que genera el consumo cotidiano de bebidas alcohólicas. (Freixa San Feliu, 2011, p.133).

En recientes estudios, realizados en distintos países europeos y en los propios Estados Unidos, se considera al alcohol responsable del 25% de las admisiones en hospitales psiquiátricos; 30% del total de las cirrosis hepáticas; 50% de los accidentes del tránsito; 30% de los suicidios; del 30 al 40% de las violaciones; 50% de la violencia hogareña, y de una disminución de doce años en el promedio de esperanza de vida. Se relacionan también con la ingestión del tóxico, aproximadamente ocho muertes al año por 10000 habitantes.

Actualmente el consumo de alcohol se ha incrementado -creemos propiciado por diversas variables socioeconómicas biopsicosociales por lo que es vital el trabajo del equipo de salud para identificar a tiempo el consumo anormal de bebidas alcohólicas. En América Latina la proporción de alcohólicos en población adulta presenta un rango de 4% a 24% y la cifra estimada de alcohólicos rebasa actualmente los 40 millones.

Estudio del alcoholismo en Cuba.

Cuba no está exenta de esta problemática, motivo por el cual se han realizado numerosas investigaciones acerca de la prevalecía, las causas y las consecuencias de la ingestión de bebidas alcohólicas, dirigidas a diversos grupos de población y áreas de salud, en las cuales se han recogido importantes investigaciones.

> (…) entre el 60,6% y el 80,1% de la población adulta consume algún tipo de bebida, dentro de los cuales del 10,3% al 28,6% resulta ser bebedor problema… en Cuba, los estudios regionales en poblaciones seleccionadas arrojan cifras de prevalecía global de 7% a 9% en adultos masculinos y de 4% a 5% si se consideran ambos sexos en población adulta según Hall (2010, p.8).
>
> (…) El alcoholismo es de causa multifactorial y se considera una enfermedad cuya prevención es efectiva, aunque requiere de mayores esfuerzos. La adicción alcohólica trasciende a todas las esferas de la vida, afecta su calidad y deteriora las funciones del individuo lo cual corrobora la necesidad de intervenciones integrales que involucren a la familia y a la comunidad. (Pérez, 2010, p.11).

Evaluación de los riesgos en los adolescentes

Para identificar los riesgos en los adolescentes es clave la realización de una historia clínica detallada, y siempre vamos a diferenciar los grupos de adolescentes para identificar los riesgos en los adolescentes, aquellos sanos que acuden a la consulta de manera preventiva. Hablamos principalmente de adolescentes que presentan problemas familiares, que tengan riesgo de consumir bebida alcohólicas, trastornos depresivos.

Debido a la alta incidencia de alcohólicos y sus riesgos en la adolescencia en el Consultorio Médico de la Familia Dos Hermanos me motivé a realizar este estudio con el objetivo de modificar el nivel de conocimiento sobre el alcoholismo y sus factores de riesgo en la población.

Se realizó un estudio de intervención educativa .El universo estuvo constituido por un total de 42 pacientes adolescentes que se escogieron al azar, de ambos sexos y la muestra estuvo constituida por un total de 33 pacientes. La recogida de la información se hiso a través de las historias de salud individual y las encuestas realizadas. Los resultados se presentaron en tablas procesadas en Microsoft Excel y como procesador de texto se utilizó Microsoft Word.

En la tabla 1 se observa la distribución de la muestra según edad siendo el grupo etario más representativo el de15-17 con 21 para el 63,6%, seguido del grupo de 10-14 con 8 para un 24.2%. Lo cual coincide con estudios anteriores como el de González (2008) ya que son características propias de esta etapa del desarrollo que pueden contribuir a la vulnerabilidad de este grupo poblacional para el consumo de alcohol por ejemplo la curiosidad es decir la necesidad de experimentar sobre lo nuevo, la presión del grupo, el desafío a la sociedad, la agresión a los padres, pérdidas afectivas.

Tabla 1 Adolescentes que consumen bebidas alcohólicas según edad.

Adolescentes	No.	%
De 10 a 14 años	8	24.2
De 15 a 17 años	21	63.6
De 18 a 19 años	4	12.1
TOTAL	33	100

Fuente: Encuesta. Historia de Salud Familiar.

El alcoholismo afecta más a los varones, pero está aumentando su incidencia entre las mujeres, en la tabla 2 se observa que 20 para un 60.6% es de los varones y las féminas con 13 para un 39.3. De forma general existe un predominio por el consumo de bebidas alcohólicas por el sexo masculino a lo que se le atribuye independencia temprana, machismo, poder y otros patrones impuestos en la sociedad, datos que se asemejan a la investigación realizada por Días y Moracén (2013) pues es mayor la proporción de hombres alcohólicos que las mujeres y cada vez son más jóvenes los que practican este mal hábito.

Tabla 2 Distribución de los adolescentes según sexo

sexo	No.	%
femenina	13	39.3
masculino	20	60.6
Total	33	100

Fuente: Encuesta. Historia de Salud Familiar.

El principal motivador del abuso de alcohol durante la secundaria es la convivencia frecuente con consumidores habituales. En esa etapa se inicia el proceso para convertirse en futuros adictos, porque es cuando el niño enfrenta cambios cruciales en su vida. La presión social sobre los jóvenes es muy fuerte y enfrentan situaciones que pueden afectar seriamente su autoestima. Esto provoca en ellos tensión, angustia y en muchas ocasiones frustración, que detonada por el alcohol puede manifestarse de modos muy destructivos.

Es importante reconocer que el personal de la salud, intervienen e informan a los grupos de riesgo y forman parte indispensable en la lucha contra el alcoholismo en la adolescencia, con gran similitud con el estudio de Sandoval y Hernández (2011).

En la tabla 3 se observa el nivel cultural de los pacientes, existiendo un predominio en el nivel secundario con14 pacientes para el 42.4% seguido del nivel preuniversitario con 8 para el 24.2%.

Tabla 3 Distribución según grado de escolaridad

Nivel escolar	No	%
Primaria	5	15.5
Secundaria	14	42.4
Pre- universitario	8	24.2
Técnico medio	6	18.1
Total	33	100

Fuente: Encuesta. Historia de Salud Familiar.

CONCLUSIONES

El grupo etario de mayor predominio fue el 15-17 años .El sexo más representativo fue el masculino .El nivel escolar de mayor representatividad fue el secundario .Mejorado el nivel de conocimiento de los pacientes después de la intervención.

REFERENCIAS

Cap, JR., Iglesias, M., TteCor, C. (2008). Consumo de Alcohol y riesgo de alcoholismo. *Rev Cubana Med Milit;* 29 (2): 103 – 8.

Díaz, O., Soler, B., Soler, ML. (2004) Aspectos epidemiológicos del alcoholismo San Cristóbal. *Rev. Cubana de Med Gen Integr*; 12(4): 342 – 348; 2008.

Días, T., y Moracén, D. (2013). *Estrategia de Intervención Comunitaria en la atención al paciente alcohólico*. La Habana: Ciencias Médicas

Freixa, F. (2011). De la embriaguez al alcoholismo. Magnus Huss, 1807 - 1890: Conceptos vigentes en el 2007. *Rev Esp Drog;* 22 (2): 133 – 6.

Hall, N. (2010). *Estrategia de Intervención Comunitaria en la atención al paciente alcohólico en el área urbana de la Policlínica "Guillermo Tejas*". Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Las Tunas.

González, R. (2008) *¿Cómo enfrentar el peligro de las drogas*? Santiago de Cuba: Editorial Oriente.

González, R. (2008). *Alcoholismo. Abordaje Integral*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.

González, R. (2011). *Contra las drogas clínica y terapéutica*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.

González, R. (1992). *El alcohol y su atención específica*. La Habana: Ciencias Médicas.

Guibert, W., Cobas, FS., Reyes, R., GovinZuaznabar, R. (2008). Comportamiento ante la ingestión de bebidas alcohólicas. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 15 (2): 109 – 4.

MINSAP. Centro Municipal de Estadística, Datos sobre Alcoholismo, Jobabo, 2017.

Oliva, C. (2010). ¿Alcohol? Claro que no. *Rev Educación* 102: 44-6,

Otaño, Y., Valdés, Y. (2009). Algunas reflexiones sobre el alcoholismo en la comunidad. *Rev Cubana Enfermería*; 20(3).

Pérez, P. (2010). *Estrategia de Intervención Comunitaria en la atención al paciente alcohólico en el área urbana de la Policlínica "Piti Fajardo"*. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Las Tunas.

Rodríguez, O., Baldo, R., Cardoso, S. (2008). Consumo de alcohol. Alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 16 (3): 255 – 9.

Sandoval, JE., Hernández, AE. (2011). *Alcohol: Mito y Realidad*. La Habana: Científico –Técnica.

Sandoval, JE. (2008). Alcohol, alcoholismo, comunidad y salud. *Rev Cubana Med Gen Integr;* 13 (2).

Sandoval, JE., Lanigan, ME., Gutiérrez, L. (2011). Conocimientos y actitudes de la población acerca de alcohol y el alcoholismo. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 16 (1): 13 – 7.

Taboada, O., Alberdí, J. (2008). Alcoholismo. Guías Clínicas. Recuperado de: http://www.papps.org/prevención/estilo-vida/p86.htm

Valdés, A., Dn, FNa. (1992). Alcoholismo, un problema de salud de nuestro siglo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 8(4):374-9

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL GESTACIONAL

EPIDEMIC AND CLINICAL CHARACTERIZATION OF THE PREGNANCY ARTERIAL HYPERTENSION

Irma Hidalgo Alvarez yoennypg@ltu.sld.cu
Joanne Mola Vega joanne71@ltu.sld.cu
Yoenny Peña García yoennypg@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizará un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo para caracterizar clínica y epidemiológicamente la hipertensión arterial gestacional en el Consejo Popular 13 del área de salud de Puerto Padre durante el período de enero a diciembre de 2019 con la finalidad de caracterizar variables sociodemográficas, se identificarán los principales factores de riesgo y complicaciones de la hipertensión arterial gestacional. Se definirá la tasa de incidencia y prevalencia de la hipertensión arterial gestacional. El universo estará constituido por todas las gestantes captadas del consejo popular 13. La hipertensión arterial gestacional es una de las principales causas de morbimortalidad materno infantil, sus factores de riesgo están relacionados con la edad, la nutrición, el estado socioeconómico y las enfermedades crónicas de la madre. La prevención de estos factores de riesgo es de vital importancia para garantizar un estado óptimo de salud maternoinfantil.

PALABRAS CLAVES: hipertensión arterial crónica, hipertensión arterial gestacional, factores de riesgo, complicaciones.

ABSTRACT

It will be carried out a descriptive, longitudinal study, prospective to characterize clinical and epidemically the pregnancy arterial hypertension in the 13th Popular Council of the Puerto Padre´s health´s area in period of January to December of 2019 with the purpose of characterizing social and demographic variables, the main risk factors and complications of the pregnancy arterial hypertension will be identified. It will be defined the rate of incidence and prevalence of the pregnancy arterial hypertension. The universe will be constituted by all the pregnancy catchment the 13th popular council. The pregnancy arterial hypertension is one of the main causes of maternal and infantile morbidity and mortality, its factors of risk are related with the age, the nutrition, the socioeconomic state and the mother's chronic illnesses. The prevention of these factors of risk is of vital importance to guarantee a good state of maternal and infantile health.

KEY WORDS: chronicle arterial hypertension, pregnancy arterial hypertension, risk factors, Complications.

INTRODUCCIÓN

La gestación constituye una de las etapas más importantes en la vida de la mujer, que trae consigo algunos trastornos que pudieran implicar peligro para la madre y/o el feto. Como lo expone Chávez (2018) en su investigación: nunca antes la OMS ha tenido un reto tan grande como el de reducir la morbimortalidad por complicaciones de la

gestación, estas diferencias están dadas por las distintas regiones, razas, factores socio-económicos y culturales. Para enfrentar desde la APS este reto, se debe tener un enfoque médico integral a la mujer.

Romero (2018) han planteado que:

> (…) la hipertensión gestacional consiste en una afección de causa desconocida, desarrollada de manera sistémica, durante, tal como lo indica su nombre, la etapa de gestación y el postparto o puerperio en ciertas ocasiones en quienes la padecen. Para ser más específicos, es una patología ocasionada debido a la placenta, ya que se ha identificado en gestaciones donde aparece tejido trofoblástico pero que no es necesariamente del feto. Se define con este nombre al cuadro caracterizado por el aumento de la presión arterial de manera súbita, desarrollada a lo largo de todo el período de gestación con énfasis en el segundo trimestre del mismo, caracterizada así mismo por proteinuria, pudiendo desarrollar o no cuadros de edema o anasarca en las pacientes. Esta patología daña especialmente a las nulíparas, se identifica luego del sexto mes de la gestación y generalmente se revierte inmediatamente luego del nacimiento. (Romero, 2018, p.54)

Los cuadros hipertensivos durante el período de gestación representan un estado patológico de etiología desconocida, pero con la participación de diferentes situaciones predisponentes, el cual se ve resuelto en su totalidad al momento del parto, pero teniendo asociado diferentes complicaciones que pueden resultar en mortales para la gestante, así como para el producto. (Romero, 2018).

Así se denomina al síndrome clínico asociado a hipertensión durante la gestación, el cual puede manifestarse con mayor probabilidad cercano a las 20 semanas del período de la gestación, de manera perinatal o incluso hasta los dos primeros meses del postparto. Su principal característica son las alteraciones en cuanto a la formación y ubicación de la placenta, así como el estado de hipoxia en todos los tejidos del organismo. (Romero, 2018).

En el protocolo de actuación del Instituto Mexicano del Seguro Social –IMSS- (2017) se plantea que la hipertensión es el trastorno médico más común de la gestación y se complican 1 de cada 10 gestaciones. La principal preocupación acerca de la presión arterial elevada son sus posibles efectos perjudiciales, tanto para la madre como para el feto.

Rosas (2016) ha referido como a escala mundial, cada año, los desórdenes hipertensivos durante la gestación representan 50,000 muertes maternas y 900,000 perinatales, además de constituir una predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares en el futuro, y que los hijos puedan padecer hipertensión arterial (HTA) en edades tempranas, así como síndrome metabólico.

En Latinoamérica y el Caribe la preeclampsia es la causante de 25.7 % de las muertes maternas y en las últimas dos décadas se ha producido un aumento de su incidencia en 25 %; así mismo se considera que mujeres que padecen trastornos hipertensivos durante la gestación, cerca de 50 a 100 de ellas desarrollarán secuelas y 1 posee probabilidades de fallecer.

Bryce (2018) también demuestra cómo los trastornos hipertensivos es una complicación médica más común en la gestación que afecta a aproximadamente entre

el 5 y el 10 % de todas las mujeres gestantes. A pesar de los avances en medicina obstétrica, sigue siendo la segunda causa de mortalidad materna en todo el mundo, así como una causa importante de morbilidad para la madre y el niño.

La hipertensión puede existir antes (como hipertensión crónica) o desarrollarse de nuevo en la gestación, supeditada a dos trastornos bien definidos: la preeclampsia y la hipertensión gestacional. La preeclampsia a menudo puede desarrollarse superpuesta a la gestación o bien en personas con hipertensión crónica establecida. El análisis de varias bases de datos nacionales registra los resultados maternos y demuestra que la atención de baja calidad en los aspectos de reconocimiento y control de la presión arterial puede tener consecuencias devastadoras, tanto para la madre como para el niño.

Teniendo en cuenta los cambios demográficos de las madres de todo el mundo (hacia una tendencia de las madres de edad avanzada con condiciones más crónicas de salud, como la obesidad y la diabetes), se espera que la incidencia de los trastornos hipertensivos siga aumentando. Los servicios de obstetricia tendrán que adaptarse para proporcionar un diagnóstico adecuado y la intervención oportuna, idealmente con manejo interdisciplinario por servicios médicos obstétricos, cardiacos y generales. Del mismo modo, hay oportunidades para nuevas investigaciones en esta área que definan mejor los mecanismos de patogénesis, así como las estrategias de tratamiento para mejorar los resultados maternos y fetales. (Bryce, 2018).

En este sentido se plantea que:

> (…) los estados hipertensivos de la gestación son un conjunto de trastornos heterogéneos y de etiopatogenia dispar que tienen en común dos hechos: 1) ocurren durante la gestación, y 2) existe hipertensión arterial. Dentro de los trastornos hipertensivos que ocurren durante la gestación aparecen signos y síntomas acompañantes, que definen, junto con la hipertensión arterial, condiciones clínicas distintas con repercusiones diferentes, cuyo diagnóstico y tratamiento adecuados son clave para un buen resultado de la gestación (Chávez, 2018, p.5)

Así, la hipertensión arterial en la gestación se define como “la existencia de una presión arterial sistólica ≥140 mmHg o una presión arterial diastólica ≥90 mmHg en dos lecturas separadas por un intervalo de 4-6 horas, pero no de más de 7 días” (Chávez, 2018, p.5).

El diagnóstico de la hipertensión arterial durante la gestación basado en el criterio de un aumento relativo de 30 mmHg en la presión sistólica o de 15 mmHg en la presión diastólica desde los valores previos a la gestación ha sido abandonado, ya que aumentos similares son frecuentes en gestaciones que cursan sin complicaciones. La presión arterial debe tomarse con una técnica adecuada y estandarizada.

Además Chávez (2018) reconoce que las pacientes gestantes hipertensas están predispuestas al desarrollo de complicaciones potencialmente mortales, como son básicamente: el desprendimiento de placenta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, insuficiencia hepática y renal.

El número de mujeres que presentan hipertensión en el curso de la gestación puede estimarse en alrededor del 10%, con incidencias hasta del 20 % si la paciente es

nulípara. A su vez, la prevalencia de hipertensión crónica en la gestación difiere según la etnia y el area geográfica que se considere entre el 1 y el 5%.

Romero y coautores (2017) expusieron que su incidencia está estimada en el rango de 10 a 20 %, aunque se han reportado cifras inferiores (10 %) y superiores (38 %), sin embargo Vázquez y coautores (2017) y García (2018) refirieron que en Estados Unidos, su incidencia varía entre 1,6 a 12,6 %, lo cual contrasta con la de países del tercer mundo en los cuales alcanza hasta 40 % en grupos humanos considerados de alto riesgo.

En los países en vías de desarrollo es la causa más importante de muerte materna y en los países latinoamericanos su incidencia elevada de mortalidad constituye un problema grave de salud pública, particularmente en Ecuador y Paraguay. Esta alta mortalidad se produce debido a que la hipertensión arterial gestacional predispone a complicaciones como desprendimiento normo placentario, edema agudo del pulmón, insuficiencia renal aguda, hemorragia cerebral, coagulopatía intravascular diseminada y ruptura hepática. El riesgo perinatal varía con la intensidad del cuadro. Se observa un incremento en la prematuridad, bajo peso al nacer y retardo del crecimiento. La mortalidad fetal está alrededor de 30 %, especialmente en los casos de eclampsia, en los cuales el pronóstico del recién nacido es malo, ya que está influido por el estado general de la madre, según han referido Pérez (2016) y Díaz Pérez (2017).

Según el Anuario Estadístico Nacional 2017 del MINSAP (2018) en Cuba la tasa de mortalidad materna del 2017 fue de 38.3 defunciones por 100 000 nacidos vivos, inferior en un 8.6 % a la del 2016. La tasa de mortalidad materna por causas indirectas aumenta, mientras que decrecen las tasas por causas directas y tardías. No se reportan muertes por secuelas de causas obstétricas. La medición del evento “muerte materna”, posee alcance nacional, sistemas de medición paralelos y fuentes independientes de comparación intencionales, para garantizar la búsqueda activa y permanente en los procesos de reporte continuo.

En la provincia de Las Tunas la tasa de mortalidad materna se registró en un 33,8 por cada 100 000 nacidos vivos (NV), y la tasa de mortalidad materna directa se registro en un 16,9 por cada 100 000 nacidos vivos (NV), Según estadísticas reflejadas en el Anuario Estadístico Nacional 2017 del MINSAP (2018). Es importante dominar estas cifras para una mejor atención a la gestante y hacer más oportuno el diagnóstico y las acciones preventivas.

En nuestra área de salud es elevado el número de gestantes que son atendidas en los diferentes Consultorios Médicos de la Familia por hipertensión arterial ya sea crónica o gestacional, muchas de estas gestantes presentan factores asociados relacionados con la propia gestación, la familia y la sociedad, sobre los que se puede actuar para prevenir la magnitud de la hipertensión arterial gestacional.

Cuando se trata de gestante, existen riesgos importantes de que se produzca una complicación que ponga en peligro la vida de esta o el producto de la concepción; un número importante de estos casos requiere de atención hospitalaria especializada y producto a los factores de riesgo que adquieren durante la gestación debutan con hipertensión arterial y en ocasiones en forma de complicaciones graves que pueden prevenirse.

Es importante insistir, valorar, persuadir y prevenir la conducta que se toma con cada caso desde brindar apoyo psicológico e informar a las pacientes de los posibles síntomas y complicaciones donde no se percibe el peligro al que se está expuesto.

En el municipio de Puerto Padre la hipertensión arterial gestacional es uno de los factores de riesgo con mayor magnitud y constituye un problema de salud importante como causa de morbimortalidad materna y perinatal. Por todo lo anteriormente expuesto se decidió realizar el presente estudio para caracterizar clínica epidemiológicamente la hipertensión arterial gestacional en el área de salud de Puerto Padre durante el periodo enero – diciembre de 2019.

Se realizará un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo para caracterizar la hipertensión arterial gestacional en el Consejo Popular 13, del área de salud de Puerto Padre, durante el período: enero – diciembre de 2019.

El universo estará constituido por todas las pacientes gestantes captadas en el Consejo Popular 13 del área de salud de Puerto Padre según registros estadísticos y base de dato del programa materno infantil durante el periodo: enero – diciembre de 2019. El tamaño de la muestra del estudio estará constituido por las gestantes hipertensas captadas.

Epidemiología de la HTA Gestacional. Variables para su estudio.

Color de la piel: algunos autores refieren una menor incidencia de trastornos hipertensivos en la raza blanca. Otros autores, como Chesley (2018) o Ansari et al (2015), no encuentran diferencias entre personas blancas y personas negras en poblaciones de Estados Unidos.

Lugar de residencia: algunos estudios determinaron que la vida en el medio urbano, por ser más estresante, predisponía a los EHG. Otros trabajos posteriores no han confirmado este hallazgo, aunque la altitud sobre el nivel del mar, tal vez por la hipoxia materna que condiciona, sí puede influir en la aparición de la enfermedad, Chesley (2018) y Ansari et al (2015).

Nivel socioeconómico: durante mucho tiempo se pensó que la preeclampsia era una enfermedad de las clases altas. Posteriormente, algunos autores determinaron que las malas condiciones socioeconómicas también favorecen la aparición de EHG, fundamentalmente las formas más graves. (Silva, Coolman, Steegers, Jaddoe, Moll y Hofman, 2008).

Nutrición: el Comité de expertos de la OMS en 1965 concluyó que los factores nutricionales no tienen importancia en la génesis de la preeclampsia. No obstante, algunos autores encuentran mayor incidencia de preeclampsia en mujeres con dietas pobres en hierro o en calcio y ricas en colesterol y en ácidos grasos, Fernández et al (2016).

Edad: existe acuerdo unánime en la literatura médica acerca de la mayor frecuencia de los EHG en las edades extremas de la vida reproductiva (menos de 20 años y más de 35 años), Chesley (2018) y Ansari et al (2015).

Gravidez y paridad: Long y colaboradores (1979) publicaron que la preeclampsia es más frecuente en la primera gestación que en los siguientes. Tanto es así que si la

mujer ha tenido un aborto anterior, esta circunstancia tiene efecto protector, y si las gestaciones son de maridos diferentes, las posibilidades de trastorno hipertensivo con la segunda pareja son las mismas que si la mujer es primigravida. Respecto a la paridad, Botella (1978) encuentra un aumento de la preeclampsia en las grandes multíparas, achacando este hecho al mejor control actual de las primeras gestaciones y a la existencia de preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica no diagnosticada.

Constitución: para Mac Gillivray (1978) y Comino (1987), los trastornos hipertensivos son más frecuentes en mujeres de talla baja.

Historia familiar de preeclampsia: Botella (1978) describe que se ha encontrado una cierta tendencia hereditaria a padecer preeclampsia en mujeres de una misma familia.

Enfermedades maternas: Botella (1978) refiere que existen condiciones o enfermedades crónicas en las mujeres que cuando se embarazan incrementan el riesgo de HTA gestacional, tales como: Diabetes, hipertensión, enfermedades y malformaciones renales o vasculares predisponen a padecer EHG.

Tabaquismo: aunque los resultados encontrados en la literatura médica son contradictorios, el trabajo de Davies y Dunlop (2013) parece confirmar que las gestantes fumadoras padecen menos EHG. Sin embargo la mayoría de los autores plantean lo contrario, tales como Botella (1978), Mac Gillivray (1978), Comino (1987), Chesley (2018) y Ansari et al (2015).

Factores relacionados la gestación: Cortés, Pérez, Gobernado y Mora (2009) concuerdan que la ganancia ponderal excesiva, la gestación múltiple, gestación molar, hidramnios, o presencia de fetos malformados se asocian más frecuentemente a trastornos hipertensivos.

Procedimientos:

Para la obtención de la información se revisará el Registro estadístico del Programa Materno Infantil (automatizado), así como los registros del programa materno infantil del departamento de Estadística del área de Salud. La información se procesará mediante métodos de estadística descriptiva: incidencia y prevalencia. Los datos se resumirán en tablas de distribución de frecuencias absoluta y relativa y gráficos estadísticos para la mejor comprensión y su posterior análisis y discusión de los resultados se compararán con bibliografía nacional e internacional consultada que permitirá arribar a conclusiones y recomendaciones al respecto.

CONCLUSIONES:

La hipertensión arterial gestacional es una de las principales causas de morbimortalidad materno infantil, sus factores de riesgo están relacionados con la edad, la nutrición, el estado socioeconómico y las enfermedades crónicas de la madre. La prevención de estos factores de riesgo es de vital importancia para garantizar un estado óptimo de salud maternoinfantil.

REFERENCIAS

Ansari MZ, Mueller BA, Krohn MA (2015). Epidemiology of eclampsia. Eur J *Epidemiology* (11):447–51.

Botella J., Clavero, JA (1978). *Tratado de Ginecología. Tomo II: Patología obstétrica*. Madrid: Científico Médica.

Bryce, A., Alegría, E., Valenzuela, G., Larrauri, CA, Urquiaga, J., San Martín, MG, (2018). Hipertensión en el embarazo. *Rev Perú Ginecol Obstet;* 64(2) 191-6. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n2/a06v64n2.pdf

Chávez, K. (2018). *Perfil epidemiológico y factores de riesgo de hipertensión gestacional con proteinuria significativa*. Tesis de Grado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Recuperado de: http://repositorio.ug-.edu.ec/bitstream/redug/30638/1/CD%202266-%20CHAVEZ%20TOAPANTA-%20KATHERYN%20XIOMARA.pdf

Chesley, LC. (2018). *Hypertensive disorders in pregnancy*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.

Comino, R. (1987). *Los estados hipertensivos del embarazo en nuestro país. Programa Obstetricia Ginecología* 30:73–8.

Cortés, S., Pérez, F., Gobernado, JA., Mora, F (2009). Epidemiología de los estados hipertensivos del embarazo. *Clin Invest Ginecología Obstetricia* 36(4):132–139. Recuperado de: www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&piir=7

Davies, AM, Dunlop, W. (2013). Hypertension in pregnancy. En: Barron SL, Thompson AM, editors. *Obstetrical epidemiology*. Londres: Academic Press.

Díaz, A., Roca, A., Oñate, G., Castro, P., Navarro, E. (2017). Interacción dinámica de factores de riesgo epidemiológicos presentes en los trastornos hipertensivos del embarazo: un estudio piloto. *Salud Uninorte;* 33(1):27–38. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=-lth&AN=123843697&lang=es&site=ehost-live

Fernández, G., Diéz, M., Velázquez, N. (2016). Interrelationship between iron deficiency anemia and impaired renal function in toxemia of pregnancy. *Inv Clin*;17:191–4.

García, AJ., Valeria, M., González, DJ., Cruz, P., Sandoval, L., Kuc, LM. (2018). Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*; 26(4):256-62. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184e.pdf

IMSS (2017). Detección, Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo. Mexico: Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf

Long, PA., Abell, DA., Beischer, NA. (1979). Parity and preeclampsia. Aus NZJ *Obstet Gynecol*;19:203–5.

MacGillivray, I. (1978). Some observations on the incidence of preeclampsia. *J Obst Gynecol Br*;65:536–7.

MINSAP (2018). Anuario Estadístico de Salud 2017. Dirección de Registros Médicos y Estadística de Salud. La Habana: MINSAP. Recuperado de: http://www.sld.cu/anuncio/2018/04/06/publicado-el-anuario-estadistico-de-salud-2017

Pérez, M., Vázquez, M., Álvarez, E., Alvez, MT, Domínguez, P. (2016). Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en gestantes con estados hipertensivos. Experiencia de 10 años. *Ginecología y Obstetricia de México*; 84(9):573–85. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=118275862&lang=es&site=ehost-live

Romero, M., Orós, D., Vigil, P., Fabre, E. (2018). Estados hipertensivos del embarazo. En: Gonzalez Merlo J. *Obstetricia.* España: Elsevier. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/service/-content/pdf/-water-marked/3-s2.0-B978849113122900027X.pdf?locale=es_ES

Romero, JF., Álvarez, MG., Encalada, A., Pérez, MC., Chan, RG., Leaños, A. (2017). Diferencia entre la concentración de factores angiogénicos en preeclampsia e hipertensión gestacional y su relación con el resultado materno y perinatal. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*; 85(9):561–8. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=-124898860&lang-=es&site=ehost-live

Rosas, M., Borrayo, G., Madrid, A., Ramírez, E., Pérez, G. (2016). Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa. *Revista Médica del IMSS*; 54:S90–111. Recuperado de: http://search.ebscohost.-com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=118760688&lang=es&site=ehost-live

Silva, LM., Coolman, M., Steegers, EA., Jaddoe, VW., Moll, HA., Hofman, A. (2008). Low socioeconomic status is a risk factor for preeclampsia: The Generation R Study. *J Hypertens*; 26:1200–8.

Vázquez, M., Pérez, M., Álvarez, E., Alves, MT. (2017). Factores clínicos y bioquímicos de riesgo de hipertensión arterial en mujeres con diagnóstico previo de estados hipertensivos del embarazo. *Ginecología y obstetricia de México*; 85(5):273–88. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123079831&lang=es&site=ehost-live

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE UN CONSULTORIO MÉDICO

THE GERIATRIC CHARACTERIZATION OF THE PATIENTS IN A DOCTOR'S OFFICE

Isabel María Telpez García isabeltelpez@infomed.sld.cu

Yaineris Velázquez Ocampo yaineris93@nauta.com.cu

Yone Lores Cepero

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es una realidad visible que nos impone retos y nos hace encaminar nuestro trabajo a identificar y trabajar con aquellos factores que posibiliten agregar más calidad de vida a estas personas.Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar a la población geriátrica atendida en el consultorio médico # 30perteneciente al municipio Manatí, en el período comprendido entre Noviembre 2017 a marzo 2019. El universo estuvo constituido por los 345 pacientes mayores de 60 años pertenecientes a dicha comunidad y se seleccionaron de forma aleatoria simple 100 gerontes de uno u otro sexo, lo que constituyó la muestra. Previo consentimiento informado se aplicó el instrumento que recogió los datos generales de los individuos a estudiar. Se valoraron diferentes variables como: edad, sexo, estado civil, antecedentes patológicos personales y grado funcional. Toda la información se llevó a una base de datos nominal en función del objetivo trazado, a partir de la cual se elaboraron tablas para su análisis. Se calcularon los porcentajes de prevalencia de las variables estudiadas.

PALABRAS CLAVES: adulto mayor, evaluación geriátrica, estado funcional.

ABSTRACT

Its a visible reality that people are getting older and impose us challenges that help us guide our job in order to identify and work with those factors that facilitate add more quality of life to these people. It was carried out a descriptive observational study with transverse court with the aim of characterizing adult population assisted in the 30 medical clinic where I prescribe, belonging to Manati town, in the period from November 2017 up to March 2019.The simple was constituted by 345 patients older than 60 years who lived in this community. They were selected in aleatory simple way,100 elder from one sex or another. Previously it was applied an instrument that picked up general data of the individuals to study. Different variables were values, such as: age, sex, maritalstatus, personal pathological antecedents and functional degree. All the information was taker to a nominal data base in function of the objective proposed, making posible the elaboration of charts for its further analysis.

KEY WORDS: elder adult, adult evaluation, functional state.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico se define como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total. El número de personas mayores aumenta exponencialmente en coyunturas socioeconómicas

complejas e inciertas y solo las intervenciones oportunas permitirán potenciar la contribución de este grupo al desarrollo social y prevenir que se convierta en un factor de crisis para la estructura sanitaria. (Llanes, 2014).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) vislumbra que para el año 2025, la población adulta mayor se duplicará, lo que plantea hoy retos al Estado y a la sociedad en su conjunto para atender las crecientes demandas de este grupo poblacional, que debe prever cómo refuerza sus sistemas de protección social para estar en capacidad de atenderlas adecuadamente.

Desde lo social, el fenómeno del envejecimiento muestra en América Latina y el Caribe dos características preocupantes: Un ritmo más acelerado históricamente en países en vías de desarrollo y un contexto caracterizado por una persistente desigualdad entre los recursos de la población y un débil progreso institucional, sobre todo en los sistemas de protección social de baja cobertura y calidad, acompañado de una sobrecarga peligrosa para la familia que, junto con asumir las necesidades de las personas de edad avanzada, se compromete con los vacíos derivados de la exigua presencia de las instituciones sociales como dispositivos de protección y cohesión.(Velásquez, y Barreto, 2016).

Tanto en los países desarrollados, como en los subdesarrollados, el aumento de la expectativa de vida determina que diariamente aumente el número de personasque rebasen los 65 años de edad disfrutando de buena salud física y mental. La perspectiva mundial de personas de edad avanzada para el año 2025 es de 1 100millones en el mundo.

En lo particular, Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos. En el 2014 existían en el país un total de 11 224 190 personas, de los cuales 2 118 219 eran mayores de 60 años, lo que representa el 19,0 % de la población total. El envejecimiento de la población cubana, como característica demográfica esencial del país, permite prever que las tendencias existentes en la actualidad se mantendrán y constituyen un escenario complejo, donde la adopción de medidas vinculadas con la dinámica demográfica, para atenuar su efecto sobre la sociedad, son de extrema relevancia y urgencia. En el mundo es frecuente que este grupo poblacional se vea limitado al acceso a los servicios de salud, ya sea por razones económicas, geográficas o de otra índole, situación muy diferente a la que ocurre en Cuba, donde brindar servicios de salud de calidad y accesibles para toda la población es el objetivo central del sistema de salud.

La atención al adulto mayor en Cuba es una prioridad y para ello se realiza un trabajo multidisciplinario e intersectorial, que garantiza la calidad de vida a este sector poblacional. Se plantea además que la esperanza de vida al nacer alcanza los 78 años como promedio y para la próxima década, más del 87 % de los cubanos sobrevivirán los 60 años.

La distribución de la población adulta en el CMF 0130 con 60 años o más según sexo y grupo de edad representa el 22.4 % de su población, muy por encima de la media nacional y provincial que es de 19,5 % y 19.6 % respectivamente.

Un consultorio que se preocupa por los que más han vivido, se prepara para lidiar con el envejecimiento, beneficia a las personas de cualquier edad, gana en cultura

gerontológica y se planifica un futuro donde sus entornos sean lo suficientemente amigables con los ancianos, todo lo cual facilitará que puedan disfrutar de una vejez sana y saludable.

Por tal motivo, el objetivo principal de la investigación fue caracterizar clínica y epidemiológicamente a la población geriátrica del consultorio médico 0130, correspondiente al policlínico con hospitalización “Mártires de Manatí “en el período comprendido entre Noviembre 2017 a marzo 2019., con el propósito de mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Caracterización clínica y epidemiológica de la población geriátrica correspondiente al policlínico con “Mártires de Manatí.

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por las 345 adultos mayores pertenecientes al consultorio del Médico y Enfermera de Familia # 30 del grupo básico de trabajo número uno, del policlínico con hospitalización "Mártires de Manatí”, municipio Manatí, en el período Noviembre 2017 a marzo 2019. Se seleccionaron de forma aleatoria simple 100 gerontes de uno u otro sexo, lo que constituyó la muestra de estudio.

Para la recolección de la información se elaboró un formulario, el cual fue llenado partiendo de la información existente en la Historia Clínica Individual, la Historia de Salud Familiar, los exámenes periódicos de salud y la entrevista directa realizada al individuo por los autores del trabajo y sin realizar presión para las respuestas.

Toda la información se llevó a una base de datos nominal en función del objetivo trazado, a partir de la cual se elaboraron tablas para su análisis. Se calcularon los porcentajes de prevalencia de las variables estudiadas.

La investigación se sustentó en los principios éticos y, a su vez, los pacientes expresaron su libre consentimiento de participar en la investigación después de ser informados de los objetivos y el método a emplear. El estudio tuvo una finalidad puramente científica, y la información obtenida no se empleó para otros fines, fuera del marco de la investigación.

Análisis y discusión de los resultados.

El envejecimiento demográfico es un fenómeno que se observa en nuestra población. Este fenómeno poblacional ha ocurrido en todo el mundo y algunos países como el nuestro tienen un envejecimiento acelerado, lo que significa que se duplicará el número de personas mayores de 60 años en un período de 25 años, a diferencia de 100 años que es el tiempo que demoró en los países europeos; estos han envejecido lentamente y en condiciones mejores que las nuestras. Según los datos de la OMS, en el mundo se considera que hay unos 600 millones de personas mayores de 60 años, y para el año 2025, alcanzará la cifra de 1.200 millones, el 70% de los cuales estarán en los países en vías de desarrollo.(MINSAP, 2017).

Cuba, junto con Uruguay, Argentina y Chile, se encuentra entre los países más envejecidos de América Latina, con una transición demográfica prácticamente concluida y una baja fecundidad como principal variable actuante en el crecimiento poblacional, que está por debajo del nivel de reemplazo generacional y así también, su proyección futura. Se mantienen también niveles bajos de mortalidad infantil y un incremento en la

esperanza de vida, los cuales se registran como los más bajos del continente. Las migraciones externas presentan saldos negativos desde hace varias décadas; esto hace decrecer la población joven en edad productiva y reproductiva.

En la casuística (tabla # 1) predominaron el sexo femenino (55.0 %) y el grupo etario de 60-69 años (45.0 %)

Tabla # 1 Distribución de los adultos mayores según edad y sexo CMF 0130. Municipio Manatí, 2017-2019.

Grupos de edades	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
60-69	20	20.0	25	25.0	45	45.0
70-79	17	17.0	20	20.0	37	37.0
Más de 80	8	8.0	10	10.0	18	18.0
Total	45	45.0	55	55.0	100	100.0

El grupo de edad predominante de 60-69 años en nuestro estudio no coincide con otro realizado en Cuba, también a nivel primario en los consultorios 1 y 2 del Castillo de Jagua pertenecientes al Policlínico Área 6 de Cienfuegos, donde predomino el grupo de 70-79 años.

Tabla # 2. Distribución de los adultos mayores según estado civil. CMF 0130. Municipio Manatí, 2017-2019

Estado Civil	Total	%
Casados	68	68.0
Solteros	32	32.0

En la tabla # 2 podemos apreciar que predominaron los casados (68.0%), por lo que pensamos que esto se encuentre en relación con la necesidad en el adulto mayor de mantener una pareja estable que ha compartido diferentes experiencias de su vida, el miedo a la soledad y a los mitos que existen con relación al matrimonio después de enviudar.En un estudio realizado en Brasil por Dal Pizzol (2012) se encuentran resultados similares a los alcanzados en la investigación,donde el 71,8 % de los adultos mayores estaban casados.

En nuestro estudio (tabla # 3), dentro de las afecciones más frecuentes en los ancianos se encuentran la hipertensión arterial (70.0%), la diabetes mellitus(24.0 %), las cardiopatías isquémicas (9.0 %) y la discapacidad (9.0%). Estos resultados no entran en desacuerdo con el ámbito mundial pues la HTA es la enfermedad cardiovascular de mayor morbimortalidad a nivel mundial, y junto a la diabetes mellitus constituye el factor de riesgo más importante de la aterosclerosis y de las enfermedades coronarias. Otras investigaciones nacionales como el estudio SABE (Salud y Bienestar en las Américas).

realizado en Ciudad de La Habana, lo reafirman, pues el 44 % de las personas mayores declararon ser hipertensos, seguidos de los diabéticos y las enfermedades del corazón.

Tabla # 3 Distribución de los adultos mayores según antecedentes patológicos personales.CMF # 30 Municipio Manatí, 2017-2019.

Antecedentes patológicos personales	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Diabetes mellitus	10	10.0	14	14.0	24	24.0
Cardiopatía isquémica	5	5.0	4	4.0	9	9.0
Insuficiencia renal crónica	2	2.0	0	0.0	2	2.0
Hipertensión arterial	33	33.0	37	37.0	70	70.0
Neoplasias	1	1.0	1	1.0	2	2.0
Asma bronquial	3	3.0	6	6.0	9	9.0
Enfermedad cerebro-vascular	1	1.0	1	1.0	2	2.0
Discapacidad	4	4.0	3	3.0	7	7.0
Artropatías	8	8.0	10	10.0	18	18.0
Otras	11	11.0	9	9.0	19.0	19.0

La hipertensión arterial es la afección más frecuente en el adulto mayor, aunque no existe un modo de predecir en quién aparecerá una tensión arterial elevada, esta puede detectarse con facilidad. El mayor énfasis del control de la hipertensión debe ponerse en la detección temprana.

Más del 80 % de personas de 60 años o más en Cuba refieren padecer al menos de una enfermedad crónica. Según el estudio SABE de La Habana (8), las mujeres refieren tener más enfermedades crónicas que los hombres, y a mayor edad, mayor cantidad de padecimientos.

En cuanto a la HTA coincidimos con la literatura mundial, según la OMS, las enfermedades no trasmisibles son responsables, directa o indirectamente, de

morbilidad, mortalidad, pérdida de calidad de vida y altos costos sanitarios en los adultos de todos los países incluyendo los industrializados y con más desarrollo económico y en los que ostentan esta clasificación, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la obesidad, la diabetes y las dislipidemias son comunes en estas enfermedades de los adultos.

Es poco común encontrar a una persona mayor que no padezca al menos una enfermedad crónica, pero lo más importante no es la presencia de alguna enfermedad sino las limitaciones que esta produzca, quiere decir que lo más importante para un anciano no es el diagnóstico de una enfermedad determinada, sino en cuánto lo limita para mantener su autonomía o independencia funcional o sea para conservar la capacidad que le permita realizar sus actividades de la vida diaria por sí mismo.

En la (tabla # 4) podemos observar la distribución de los adultos mayores según el grado funcional, predominando los adultos independientes con el 89.0 %.

Tabla # 4 Distribución de los adultos mayores según el grado funcional.CMF #30 Municipio Manatí, 2017-2019

Grado funcional	Total	%
Independientes	89	89.0
Dependientes	11	11.0

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la OMS propone como el indicador más representativo para este grupo etáreo el estado de independencia funcional. La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a acabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne.

Nuestro estudio coincide con otras investigaciones, como la realizada en Ciego de Ávila, Morón, durante el 2010, la cual demostró que el 60,0 % de los adultos mayores, como resultado de la evaluación funcional, fueron independientes, solo los mayores de 84 años necesitaban ayuda. Selin (2012), reconoce que el mayor porcentaje se encuentraba evaluado en la categoría dos del estado funcional global lo que significa que el 48 % de esos ancianos dependían en su vida diaria de los cuidados de otra persona.

Es importante la participación activa del adulto mayor en la actividad social y cultural, pues nada más lejos de una longevidad satisfactoria que la persona encerrada en su casa, sin un interés determinado, a expensa de lo que le indica la familia, vecinos o amigos para continuar como ser social activo, logrando su independencia el mayor tiempo posible

CONCLUSIONES

En el estudio realizado, predominó el sexo femenino y el grupo de edad de 60 a 69 años, la enfermedad más asociada fue la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Los adultos mayores casados e independientes predominaron en la investigación.

REFERENCIAS

Llanes, C. (2014). Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. *Revista Habanera De Ciencias Médicas,* *14*(1). Recuperado de: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/561/576

Velásquez, VF. Y Barreto, YM. (2016). Efecto de un programa de atención primaria en salud sobre la funcionalidad familiar desde abuelos y nietos, Guapi - Cauca. *Universidad y Salud*, *18*(3), 514-524. https://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.56

Pereira, L., Figueiredo, M., Beleza, M., Andrade, E., Rangel, MJ., y Pereira, AF. (2017). Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *70*(1), 112-118. https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0046

Sosa, D., García, S., Oliva, MM., Durand, R. y Fernández, JR. (2017). Promoción de salud de carácter gerontagógico en la atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, *43*(3), 1-13. Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300002&lng=es&tlng=es.

MINSAP. (2017). Anuario Estadístico de Cuba 2016. La Habana: MINSAP

Guevara de León, T., & Valdés Rodríguez, E. (2013). VIOLENCIA EN EL ADULTO MAYOR. *Medicentro ElectróNica,* *17*(4), 161-163. Consultado de http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1596

Dal Pizzol, T., Pons, E., Hugo, F., Bozzetti, M., Sousa, M., y Hilgert, J. (2012). Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, *28*(1), 104-114. https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100011

Albala, C. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública,* 17(5-6), 307-322.

Castillo, Y., Chávez, R., y Alfonzo, J. (2011). Incidencia y prevalencia de hipertensión arterial registrada en el Día Mundial de la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Experiencia de un grupo de trabajo. *Revista Cubana de Medicina*, *50*(3), 234-241. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300002&lng=es&tlng=es.

Selin, M., y del Valle, M. (2012). Caracterización de ancianos frágiles y sus cuidadores. *MediSur*, *10*(3), 213-217. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000300007&lng=es&tlng=es

Mondéjar, MD., Sifontes, LH. Y César, G. (2010). Fragilidad en el adulto mayor: intervención educativa sobre cuidados en el anciano. *MEDICIEGO* 16(2) ,1-11. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl2_10/pdf/t5.pdf

USO DEL MISOFAR COMO MÉTODO PREINDUCTIVO EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

I USE OF THE MISOFAR LIKE METHOD BEFORE INDUCING IN PREGNANCIES IN ROADS OF CONTINUATION

Isel Escalona Carbonell isel92@nauta.cu

Deinier Pérez Morales

Martha Celia Velázquez Martín

RESUMEN

Existen múltiples alternativas para mejorar las condiciones cervicales o preinducir el parto, como el Misofar, alternativa terapéutica de gran valor, de la cual es necesario conocer resultados de su uso. Se realiza un estudio de intervención prospectivo para determinar la eficacia del Misofar como método preinductivo en gestantes con embarazo en vías de prolongación en el Hospital General Docente ¨Guillermo Domínguez López¨ de Puerto Padre, entre marzo de 2018 y febrero 2019, se trabaja una muestra de 152 gestantes que recibieron preinducción con Misofar 25 µg cada 24 horas hasta tres días. Los alcances más relevantes del estudio estuvieron representados por el 70.39 % de gestantes que lograron parto vaginal, de ellas el 38.81% llegaron al parto en las primeras 24 horas, por lo que necesitaron una dosis de Misofar. El índice de cesáreas primitivas disminuyó, las principales causas de las mismas no tiene relación directa con el medicamento.

PALABRAS CLAVES: preinducción del parto, prostaglandinas, Misofar, embarazo postérmino, maduración cervical.

ABSTRACT

There are multiple alternatives to improve cervical conditions or pre-induce labor, such as Misofar, a therapeutic alternative of great value, from which it is necessary to know the results of its use. A prospective intervention study is carried out to determine the efficacy of Misofar as a pre-inductive method in pregnant women with long-term pregnancy in the General Teaching Hospital "Guillermo Domínguez López" of Puerto Padre, between March 2018 and February 2019, a sample is worked of 152 pregnant women who received pre-induction with Misofar 25 µg every 24 hours up to three days. The most relevant scopes of the study were represented by 70.39% of pregnant women who achieved vaginal delivery, of which 38.81% arrived in childbirth in the first 24 hours, so they needed a dose of Misofar. The index of primitive caesarean sections decreased, the main causes of them have no direct relationship with the drug.

KEY WORDS: pre-induction of childbirth, prostaglandins, Misofar, post-term pregnancy, cervical maturation.

INTRODUCCIÓN

“El embarazo prolongado se refiere a aquella gestación que alcanza o supera los 294 días (42 semanas cumplidas) desde la fecha de la última menstruación” (Frailuna, Dericco y Repetto, 2012, p. 76).

Los embarazos prolongados suponen una media del 10% de todos los embarazos. El riesgo perinatal y materno se incrementa a las 41 semanas respecto a la 39 o la 40. Este incremento del riesgo sugiere que la definición de embarazo prolongado debe modificarse e iniciar un manejo desde que se corrobora que el embarazo tiene 41 semanas (embarazo postérmino). Su manejo requiere preparar el cérvix para la inducción del parto, (Frailuna, 2012).

En la obstetricia moderna se establece la necesidad de aumentar las alternativas para vencer la constante de resistencia del cuello del útero a la actividad uterina durante todo el periodo gestacional; no obstante, la necesidad de interrumpir el embarazo cuando está en riesgo la madre o el feto, resulta un desafío permanente para el obstetra en la práctica de esta disciplina (Nápoles, 2017). Gran parte del arte de una buena atención obstétrica implica evitar la cesárea, con sus complicaciones inherentes.

> (…) Los fenómenos fisiológicos del parto pueden aparecer de manera espontánea o ser inducidos desde el punto de vista médico, con el fin de lograr un parto lo más cercano posible a la normalidad. Deben evaluarse de manera oportuna la selección del método a emplear, los riesgos potenciales y las consecuencias de aceptar o declinar este proceder. (Hernández y Ruiz, 2016, p. 2).

Así mismo, Nápoles (2017) señala que “si al término del embarazo no se ha alcanzado la madurez cervical, esta puede ser inducida de manera artificial” (p. 2043).

La preinducción es la fase previa al trabajo de parto en la se observan modificaciones del cuello uterino en cuanto a consistencia, posición, borramiento, dilatación y permeabilidad.

La preinducción e inducción del parto son métodos ampliamente utilizado en el mundo. En el Reino Unido, uno de cada cinco partos fue inducido en el año 2004 y 2005, mientras que en Egipto la frecuencia aumentó en forma constante, llegando a 18 % en el 2005. En Estados Unidos, la incidencia de inducción del trabajo de parto aumentó más del doble, entre 1991 y 2011 (Hernández y Ruiz, 2016).

Existen múltiples alternativas con el objetivo de mejorar el estado del cuello uterino o preinducir el parto, entre ellas se incluyen desde métodos mecánicos como la estimulación del pezón hasta el uso de agentes farmacológicos tales como: estrógenos locales y sistémicos, relaxina, acupuntura, homeopatía (caulophyllum) y otros, así como la maduración con oxitocina; sin embargo, las prostaglandinas E2 y más recientemente las E1 (misofar/misoprostol), constituyen las terapéuticas principales en el proceso de remodelación cervical.

El Misofar por sus grandes ventajas, dadas en el bajo costo, estabilidad, conservación a temperatura ambiente y pocas reacciones adversas cuando se utiliza en forma adecuada, ha logrado imponerse en múltiples indicaciones y básicamente en la que nos interesa, preinducción del parto; de hecho se utiliza en numerosos países desarrollados y en vías de desarrollo (Hernández y Ruiz, 2016).

Con el establecimiento del protocolo del uso del Misofar como método para provocar la maduración del cérvix, en el municipio de Puerto Padre el índice de cesárea disminuyó significativamente de 39 % en el 2017 a 12% en 2018, convirtiéndose este fármaco en una alternativa terapéutica de gran valor, del cual es necesario conocer características y resultados de su uso.

La preinducción del parto es un procedimiento obstétrico que debe ser simple, seguro, efectivo, no invasivo y de bajo costo, es por ello que el presente estudio tiene como objetivo determinar la eficacia del Misofar como método preinductivo en gestantes con embarazo en vías de prolongación en el Hospital General Docente ¨Guillermo Domínguez López¨, en el periodo de marzo de 2018 a febrero 2019. Este estudio está diseñado para realizarlo hasta mayo del 2020, pero se le hace un corte al estudio de intervención terapéutica prospectivo hasta la fecha indicada, se trabaja con una muestra de 152 gestantes que recibieron preinducción con Misofar 25 µg cada 24 h hasta tres días consecutivos previa especuloscopía. Las gestantes debían cumplir los criterios de inclusión, previa autorización y firma del consentimiento informado.

Preinducción del parto

El procedimiento preinductivo debe producir la remodelación cervical, al actuar sobre los glicosaminoglicanos, con la consecuente disminución de las fibras colágenas y la producción, finalmente, de un reblandecimiento del cuello (aumento de la “complianza” cervical). Se considera que las pacientes que alcanzan la fase activa mediante este procedimiento no forman parte del indicador inducción. La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que un indicador adecuado de inducción se corresponde con 10 %, lo que resulta además el indicador de calidad de entrada en la evaluación del funcionamiento de un servicio de obstetricia.

Nápoles y Piloto (2016) refieren que el propósito elemental del procedimiento preinductivo consiste en la remodelación o mejoramiento adecuado del cérvix, el cual no va unido necesariamente a la actividad uterina.

Características del Misofar

Al inicio de la década de 30, Kurzrok y Lieb (1930), Goldblatt (1933) y Von Euler (1935), trabajando de forma independiente observaron que extractos de las glándulas genitales de mamíferos inducían actividad en preparaciones de músculo liso aislado. Von Euler identificó el compuesto activo como un ácido liposoluble que denominó prostaglandina, estas se forman en todos los tejidos, aunque en pequeñas cantidades, así como en líquidos orgánicos y se le conceden múltiples efectos biológicos que abarcan prácticamente todas las funciones del organismo (Nápoles y Piloto, 2016).

El Misofar o Misoprostol o Cytotec, es una prostaglandina que favorece las condiciones del cérvix o cuello uterino y lleva a las mujeres al parto transpelviano, o sea, hace posible lo que llamamos un parto normal, en condiciones más adecuadas y fáciles. De esta manera puede acelerarse el alumbramiento, evita el uso de oxitocina, conocida como la hormona del parto que de manera artificial puede llevar a ciertas complicaciones (Nápoles y Piloto, 2016).

Es análogo de la prostaglandina E1 metilada a partir del carbono 16 es de bajo costo y se almacena con facilidad a la temperatura ambiente, así como presenta pocos efectos secundarios sistémicos. El mismo se absorbe con rapidez por vía oral, vaginal, rectal y sublingual. Estudios recientes señalan que el misoprostol puede usarse con seguridad en pacientes con enfermedades subyacentes como asma bronquial y algunos desórdenes cardiovasculares en contraste con otras prostaglandinas (Nápoles y Piloto, 2016)

En 1985 el Misofar/ Misoprostol fue por primera vez registrado bajo la marca Cytotec y fue rápidamente aceptado en múltiples países para el tratamiento de la úlcera péptica y en los pacientes que ingerían antiinflamatorios no esteroideos.

La utilización del Misofar vaginal en dosis de 25µg (máximo tres dosis con intervalos de 24 horas), en la preinducción del parto, favorece la remodelación cervical que produce reblandecimiento del cuello cervical (maduración), y consecuentemente, la reducción de la labor de parto; así mismo, disminuyen las cesáreas urgentes y la morbilidad fetal y neonatal. (Hernández y Ruiz, 2016).

Uso de Misofar en Cuba

En Cuba, en el año 2006 se suspendió el misoprostol para la preinducción e inducción del parto; sin embargo, esta decisión fue reevaluada en mayo del 2012, lo que permitió la aprobación y protocolización de su empleo en el periparto, pero solo por vía vaginal y en tabletas de 25 µg. Desde el año 2016 se introduce en el país el Misofar, prostaglandina E1, que presenta un éter metílico en C1, un grupometílico en C6 y un grupo hidroxilo en C16 en lugar de C15, con vial para administrar por vía vaginal, lo que le confiere mayor eficacia, inicialmente se comenzó su empleo en el país en 10 instituciones con fin preinductivo e inductivo, los resultados evaluados tempranamente en algunas de estas instituciones demuestran eficacia e inocuidad, siempre que en cada colectivo se cumpla con el adecuado control del medicamento y el cumplimiento estricto del protocolo (Nápoles y Piloto, 2016).

Protocolo para preinducción e inducción del parto con Misofar

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 2017) certifico el Protocolo de preinducción con Misofar, confeccionado por el Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia que atiende el Programa Materno Infantil, este regula la indicación por vía vaginal de la tableta de 25 µg, agente uterotónico que está indicado para la maduración cervical e inducción del parto a término, especialmente en casos de cuello uterino inmaduro, siempre que no existan contraindicaciones fetales o maternales, propone la técnica para la colocación. Se considera criterio de éxito, alcanzar un test cervical igual o mayor de 7, lo que permite el uso de oxitocina para la inducción del parto. No debe usarse oxitocina antes de las 6 horas de la última dosis aplicada.

Para la preinducción con Misofar debe realizarse el procedimiento como norma en la Sala de Cuidados Especiales Perinatales con vigilancia médica y de enfermería. Se recomienda realizar la evaluación del cérvix mediante especuloscopia, con examen cruzado por dos observadores. En el primer ciclo se coloca tableta de 25 µg de misofar para uso vaginal en fondo de saco posterior, con seguimiento de foco fetal y dinámica uterina cada 1 hora hasta que se establezca actividad uterina (MINSAP, 2017).

Una vez que se establece actividad uterina, seguimiento de foco fetal y dinámica uterina cada 30 minutos. Se recomienda monitoraje fetal intermitente cada 3 horas con un mínimo de 30 min, si disponibilidad. Puede incrementarse la vigilancia en base a la indicación. De no lograrse maduración cervical: Iniciar el segundo ciclo a las 24 horas, con igual dosis previa evaluación del cérvix y perfil biofísico, si es necesario repetir tercer ciclo (MINSAP, 2017).

Preinducción con Misofar

El uso de prostaglandinas para madurar el cérvix previo al parto es ampliamente conocido. Nuestro estudio muestra los resultados clínicos de la aplicación del Misofar intravaginal en gestantes con diagnóstico de embarazo en vías de prolongación. Los alcances más relevantes de nuestra investigación estuvieron en que se logró que la vía de parto vaginal fuera la más representativa con 107 de 152 para el 70.39%.

Tabla 1. Nacidos por preinducción con Misofar según vía de parto. Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López", Puerto Padre. Marzo/2018 - Febrero/2019

Nacimientos		Marzo-junio/ 2018		Julio-octubre/ 2018		Noviembre/ 2018-febrero/ 2019		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Total de nacimientos		304	30.37	374	37.36	323	32.27	1001	100
Total de Preinducción		48	4.79	51	5.09	53	5.29	152	15.18
Vía de parto de preinducciones.	Eutócico	32	21.05	35	23.03	40	26.31	107	70.39
	Cesárea	16	10.52	16	10.53	13	8.55	45	29.60
	Total	48	31.57	51	33.56	53	34.86	152	100

Fuente: Registro Misofar. Sala de Cuidados Especiales Perinatales

Recientemente, el Misofar ha sido utilizado como proceder preinductivo para la interrupción del embarazo a las 41 y 42 semanas según el criterio empleado para considerar el embarazo como prolongado, en nuestra institución se puede observar que el uso del Misofar logró un número significativos de partos eutócicos en las preinducciones, similares resultados lo obtuvo Quijada (2018) y Adiego (2004) este último señala además en su trabajo varios estudios que coinciden con sus conclusiones como son: disminuye el riesgo de fracaso de parto vaginal según una revisión publicada por la BD Cochrane Library en el 2003 y un metaanálisis realizado en el 2000 cuyos resultados revelan que las pacientes que recibieron Misofar presentaban una tasa menor de cesárea.

Hofmeyr, Gülmezoglu, y Pileggi (2010) realizaron una revisión en la base de datos Cochrane en la que se incluyeron 62 estudios clínicos, como resultado se asoció el Misofar con un incremento en la maduración cervical (RR de cuello uterino desfavorable o sin modificaciones después de 12 a 24 horas de Misofar es de 0,09; IC del 95%: 0,03 a 0,24). También se asoció con una reducción en la falla para lograr un parto vaginal en 24 horas (RR0, 36; IC del 95%: 0,19 a 0,68

El efecto beneficioso del Misofar sobre el cuello uterino, así como su actividad útero-estimulante sobre la fibra muscular lisa se evidencia además en el estudio de Nápoles, Gómez y Caveda (2007) quienes afirman que en el procedimiento de preinducción en su estudio (N=2315) el 60 % de las pacientes pasaron a fase activa de parto.

Dosis de Misofar

Uno de los objetivos más común expuestos en la literatura es lograr el parto vaginal en las primeras 24 horas. Nuestro estudio se rige por el Protocolo de preinducción con Misofar que establece el uso de 25µg vía vaginal cada 24 horas, el éxito de los resultados obtenidos fue alto, se logró que la preinducción con Misofar en su primera dosis, finalizara en parto eutócico de 59 gestantes para un 38.81%.

Tabla 2. Distribución de dosis de Misofar por vía final del parto. Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López", Puerto Padre. Marzo/2018 - Febrero/2019

Dosis		Marzo-junio/ 2018		Julio-octubre/ 2018		Noviembre/ 2018-febrero/ 2019		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	eutócico	18	11.84	19	12.5	22	14.47	59	38.81
	cesárea	5	3.29	7	4.60	5	3.29	17	11.18
2	eutócico	9	5.92	8	5.26	12	7.89	29	19.08
	cesárea	9	5.92	5	3.29	2	1.31	16	10.53
3	eutócico	6	3.95	8	5.26	6	3.95	20	13.16
	cesárea	1	0.66	4	2.63	6	3.95	11	7.24
Total		48	31.57	51	33.56	53	34.86	152	100

Fuente: Registro Misofar. Sala de Cuidados Especiales Perinatales

En su trabajo Adiego (2004) coincide con estos resultados y hace referencia a un metaanálisis realizado en el 2000 cuyos resultados revelan que las pacientes que recibieron Misofar tenían una tasa más alta de parto vaginal en las 24 h siguientes al comienzo de la preinducción.

Nápoles, Gómez y Caveda (2007) afirman que en el procedimiento de preinducción encontraron resultandos relevantes, 71 % lo hizo con una sola dosis, 20 % con dos y sólo 9 % con tres. En su estudio Quijada (2018) plantea "en relación con esta variable hemos encontrado mayor tasa de parto vaginal en las primeras 24 horas" (p.229).

Causas de cesárea primitiva

En la siguiente tabla se exponen las causas que más incidieron en las cesáreas primitivas, resaltando el riesgo pérdida de bienestar fetal con 21 casos para el 47.73 %, seguido de la inducción fallida con 7 para el 15.91%.

Tabla 3. Principales causas de cesárea primitiva en gestantes preinducidas. Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López", Puerto Padre. Marzo/2018 - Febrero/2019

Causas de cesáreas en gestantes en preinducción	Marzo-junio/ 2018		Julio-octubre/ 2018		Noviembre/ 2018-febrero/ 2019		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Riesgo perdida bienestar fetal	8	18.18	7	15.91	6	13.64	21	47.73
Desproporción céfalo-pélvica	2	4.55	3	6.82	1	2.27	6	13.64
Inducción fallida	1	2.27	2	4.55	4	9.09	7	15.91
Detención de progreso del trabajo de parto	2	4.55	3	6.82	0	0	5	11.36
Otras causas	2	4.55	1	2.27	2	4.55	5	11.36
Total	15	34.09	16	36.36	13	29.54	44	100

Fuente: Registro Misofar. Sala de Cuidados Especiales Perinatales

Podemos afirmar por los resultados obtenidos en esta investigación que el uso del Misofar disminuye el índice de cesáreas primitivas, así como la morbimortalidad perinatal, elementos básicos en la calidad del funcionamiento de los servicios obstétricos.

La investigación de Adiego (2004) coincide con la nuestra, el autor refiere en su estudio que las indicaciones más comunes de cesáreas fueron no progresión del parto, desproporción pélvico cefálica, fracaso de inducción, en ese orden de aparición.

Nápoles (2007) asegura que la utilidad del Misofar quedó además demostrada en su estudio por los índices óptimos de cesáreas primitivas que se lograron durante los años

estudiados, con un indicador de 12,5 %, siendo el indicador de cesárea por inducción fallida de 5 %, es decir, muy bajo. Quijada (2018) afirma que la alta eficacia del Misofar define esta prostaglandina como altamente eficaz, criterio que según ella este criterio es compartido por otros autores.

CONCLUSIONES

La preinducción con Misofar en dosis de 25 µg, por vía vaginal cada 24 horas permite mejorar las condiciones del cuello uterino, aumentando el porcentaje de éxitos de partos vaginales y disminuyendo el tiempo de dilatación y porciento de cesárea. Los alcances más relevantes del estudio estuvieron representados por el 70.39 % de gestantes que lograron un parto vaginal, de ellas el 38.81% llegaron al parto en las primeras 24 horas, por lo que solo necesitaron una dosis de Misofar. Y el índice de cesáreas primitivas disminuyó, ya que las principales causas de las mismas no tiene relación directa con el medicamento.

REFERENCIAS

Adiego, B. (2004). El empleo del misoprostol en obstetricia. e-*Archivos Obstetricia y ginecología*. Recuperado de http://www.e-archivos.org/e-AGO200301/Misoprostol%20en%20Obstetricia.pdf

Frailuna, M.A., Dericco, M., Repetto, J. (2012). Guía de práctica clínica: Embarazo de 41 semanas 2011. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 31*(2), 75-87. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91224139004

Hofmeyr, G.J., Gülmezoglu, A.M., Pileggi, C. (2010). Misoprostol vaginal para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* 10. Recuperado de: https://www.cochrane.org/es/CD000941/misoprostol-vaginal-para-la-maduracion-cervical-y-la-induccion-del-trabajo-de-parto

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Protocolo para pre inducción e inducción continua del parto con Misofar*. La Habana, Cuba.

Nápoles, D., Gómez, Y., Caveda, A. (2007). Experiencia con el uso del misoprostol en la preinducción e inducción del parto. *Rev Cubana Obstet Ginecol,* 33. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300002&lng=es

Nápoles, D., Piloto, M. (2016). Misofar en el periparto. *MEDISAN*, 20(7), 979-87. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000700016&lng=es.

Nápoles, D. (2017). El Misofar como prostaglandina facilitadora: una nueva opción en obstetricia. *MEDISAN, 21*(9), 2042-6. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000900011&lng=es

Quijada, M.A. (2018). *Preinducción del parto con Misoprostol frente a Dinoprostona via vaginal.* Murcia, España: Universidad de Murcia. Recuperado de: https://pdfs.semanticscholar.org/3217/2ac9bdc1d353453539e3766531a7afc5a6b7.pdf

PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SEXUALIDAD Y EMBARAZO PRECOZ EN LA ADOLESCENCIA

EDUCATIONAL PROGRAM ON SEXUALITY AND EARLY PREGNANCY IN ADOLESCENCE

Ismaray Verdecia Chi ismaray.verdecia@nauta.cu

Orquídea Alomà Magariño

Rosa Valentina Lozada García

RESUMEN

El embarazo irrumpe en la vida de la adolescente en momentos en que todavía no alcanza la suficiente preparación física y psíquica. Con el objetivo de evaluar las modificaciones en el nivel de conocimiento que produce la aplicación de un programa educativo sobre sexualidad y embarazo precoz en adolescentes del Consultorio Médico 7 del Policlínico “Aquiles Espinosa”: 2017-2019. Se hizo un estudio de intervención educativa, prospectiva, longitudinal durante el cual se aplicó un instrumento, diseñado a los efectos de este estudio, antes y después de desarrollar el programa educativo elaborado, el cual se impartió durante la etapa de intervención, considerándolo efectivo si se lograba incrementar el conocimiento en el 80 % o más de las jóvenes que inicialmente obtuvieran la calificación de inadecuado. En este sentido predominaron las féminas solteras (63,0%), con el inicio de las relaciones sexuales el grupo de 14-15 años, bajo conocimiento de la edad óptima para embarazarse (15,2%) y su forma de evitarlo a edades tempranas. (26,1%), las complicaciones del embarazo (10,9%), estos conocimientos se elevaron una vez concluida la intervención. El programa educativo fue efectivo porque se logró incrementar el conocimiento sobre embarazo en la adolescencia en las jóvenes participantes.

PALABRAS CLAVES: Embarazo en la adolescencia, sexualidad, educación para la salud, programa educativo

ABSTRACT

Pregnancy bursts into the adolescent's life at a time when she is not yet sufficiently physically and psychically prepared. Objective: To evaluate the changes in the level of knowledge produced by the application of an educational program on sexuality and early pregnancy in adolescents of Medical Office 7 of the "Aquiles Espinosa" Polyclinic: 2017-2019. Material and Method: study of educational, prospective, longitudinal intervention during which an instrument was applied, designed for the purposes of this study, before and after developing the elaborated educational program, which was taught during the intervention stage, considering it effective if it was possible to increase knowledge in 80% or more of the young women who initially obtained the qualification of inadequate. Conclusion: the educational program was effective because it was possible to increase the knowledge about teenage pregnancy in the young participants.

KEY WORDS: pregnancy in adolescence, sexuality, healtheducation, educational program.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa bien definida del ciclo vital humano que se encuentra entre la niñez y la adultez, se caracteriza por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales.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 hacen que sea la adolescencia, después de la infancia, la etapa más vulnerable del ciclo vital, por lo que debe ser privilegiada y atendida dirigidos a estos, requieren fortalecer un enfoque integral, orientado hacia el contexto socioeconómico, político, jurídico y cultural, al ambiente grupal, familiar y al propio desarrollo individual del adolescente (Martín y Reyes, 2010).

Uno de los aspectos que más preocupa en las maternidades y en la Atención Primaria de Salud (APS), es enfrentarse a un embarazo en la adolescencia por los riesgos que este presupone, tanto para la madre, como para su hijo (Louro, 2008). El embarazo irrumpe en la vida de la adolescente en momentos en que todavía no alcanza la suficiente preparación física y psíquica. El embarazo en las adolescentes tiene un riesgo mucho mayor de complicaciones invalidantes definitivas en los planos orgánico, social y psicológico de las madres. Por ello, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la segunda causa de mortalidad entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Al revisar la literatura científica, solo se encontró un estudio publicado que aborda un tema sobre sexualidad y embarazo en la adolescencia. Por tanto, conlleva a considerar de insuficiente las acciones en esta área de salud al respecto lo que a su vez puede conducir a una escasa percepción de riesgo y vulnerabilidad y mínima educación sexual en esta población, lo cual puede favorecer la ocurrencia de embarazos, abortos, infecciones de transmisión sexual (ITS) u otro problema de salud.

La sexualidad es una parte integral de la personalidad, está presente durante toda la vida del ser humano desde el nacimiento hasta la muerte y la manera de manifestarla yvivirla es diferente en cada persona, así como su forma de expresión varían según cada época de la vida (Calero, Rodríguez, y Trumbull, 2017). La adolescencia es considerada como una de las etapas más sanas de la vida, también una de las más complejas. Es por ello que para brindar una adecuada atención integral a los adolescentes y jóvenes son necesarios los servicios de calidad que incluyen no solo la integralidad, formación y capacitación del personal que brinda el servicio, sino la participación activa de los adolescentes, ya sea en el consultorio de la comunidad (médico de familia, policlínico, escuela, centro de trabajo) o en unidades hospitalarias describe las características más específicas en cuanto al desarrollo sexual en la adolescencia. Estas tipologías coinciden con lo descrito por los autores antes mencionados:

Pre adolescencia: escasa preocupación física y psíquica por la sexualidad, recogida de información y mitos.

Adolescencia temprana: pubertad: curiosidad, deseo, preocupación por los cambios puberales, amistades del mismo sexo, exploración sexual, enamoramiento, frecuentes fantasías sexuales.Adolescencia media: se completa la maduración sexual. Se produce

una energía sexual alta: importancia del contacto físico, preocupación por el sex appeal, acercamiento al sexo opuesto, conductas de riesgo.

Adolescencia tardía: identidad sexual adulta, capacidad para la intimidad, conducta sexual menos explosiva, más expresiva, preocupación acerca de la procreación.

En la actualidad, los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez más temprano, aunque es una práctica para la que no están preparados. Pese a que han dejado de ser niños, todavía no son adultos. Es un período de rápido desarrollo en el que los jóvenes adquieren nuevas capacidades y se encuentran ante muchas situaciones nuevas.Es necesario destacar que mediante la educación sexual y la promoción de salud se contribuye al bienestar de los individuos, las familias, se favorece el desarrollo de habilidades y destrezas, se incrementa el autocuidado y la responsabilidad con la salud individual y colectiva mediante un trabajo sistemático con toda la población.

La educación sexual no es solo una educación para el ejercicio de la genitalidad, sino que es una educación integral y es también una educación ética y moral (entendiéndose por moral la que se basa en la igualdad y en la aceptación de la diversidad). No inculca miedos, no impone conductas porque no es autoritaria. Es reflexiva para conseguir resultados duraderos mediante el razonamiento. Es una educación para el placer y no para el sufrimiento ni la sumisión y está basada en el respeto y el amor. Una buena comunicación en la sexualidad ayuda en la construcción de una familia duradera y confortable (Granero, 2014).

El conocimiento acerca de la fisiología del ciclo menstrual, se pueden definir los días fértiles de la mujer, correspondientes al momento de la ovulación, la cual produce cambios que pueden ser apreciados clínicamente, como el aumento de la temperatura basal corporal, dolor y tensión en las mamas, entre otros síntomas que, de conocerse pueden ayudar a evitar un embarazo. La ovulación se produce, aproximadamente entre los 12 y 16 días antes del inicio del próximo ciclo menstrual, a lo que hay que agregar un margen que cubra el tiempo de vida del espermatozoide y del óvulo, lo que resulta en un número aproximado de días en los que, de tener relaciones sexuales desprotegidas, es probable que ocurra un embarazo, los días restantes se consideran potencialmente infértiles.

Muchas mujeres, sobre todo adolescentes, consideran que evitar un embarazo es responsabilidad solamente femenina, no tomando en consideración a la pareja, también los varones piensan muchas veces de esta manera, expresando que son ellas las que tienen que cuidarse, con lo que demuestran, solamente, inmadurez e irresponsabilidad ante algo tan delicado como tener un hijo, son aquellos que muchas veces, después, evaden sus responsabilidades como padres.

Los anticonceptivos son aquellos métodos que utiliza una pareja para espaciar los embarazos o para evitar la fecundidad. Se clasifican, según el tiempo de duración de su efecto, en transitorios (reversibles) y permanentes (irreversibles). Existen otras muchas clasificaciones, pero hoy en día se hace difícil poder ubicar en cada grupo los diferentes anticonceptivos, porque en la práctica se combinan muchos de ellos en busca de una mayor efectividad.

Generalmente se dividen en:

- Métodos de barrera
- Dispositivos intrauterinos (DIU)
- Hormonales
- Biológicos
- Quirúrgicos

La efectividad de cada uno varía y puede modificarse de una pareja a otra. El conocimiento y uso de estos métodos no siempre es adecuado, fundamentalmente entre adolescentes con poca percepción del riesgo. Puede considerarse que el aborto es un recurso que no tiene sanción social, religiosa, cultural o de otro tipo. Sin embargo en otros países, como Venezuela, el aborto no es un procedimiento legal, si la joven sale embarazada, tiene que llegar al término de la gestación, asumiendo todos los riesgos que esta pueda acarrear, tanto para ella como para el fruto de su embarazo.

De cualquier forma, como proceder quirúrgico, nunca debe utilizarse como método para regular la fecundidad, más aún en edades tempranas de la vida, donde el escaso desarrollo biológico hace que la mucosa del cuello uterino aún no esté totalmente preparada para este tipo de proceder, lo cual puede ser asiento de futuras afecciones como el cáncer cérvico-uterino y de infecciones de transmisión sexual.

Con relación a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, entre las que podemos citar la toxemia, la eclampsia y las anemias. Son más proclives también a los partos pre términos, que pueden llevar incluso a la muerte, o a recién nacidos de bajo peso, prematuridad, traumas obstétricos y un riesgo elevado de muerte prenatal en el transcurso del primer año de vida. Además, en la embarazada adolescente se suma el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra. (Soto, Franco, Silva y Velázquez, 2003).

De forma global en la morbilidad de la gestante adolescente, se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, (incluida la bacteriuria asintomática) los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, los síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares.

En el parto, los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que implica un mayor peligro de parto traumático para el feto. En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pre término como por escaso crecimiento para la edad gestacional. Los adolescentes son un grupo de alto riesgo, su adelantada maduración sexual en la actualidad, lo lleva a la búsqueda de relaciones sexuales tempranas como inicio de su vida sexual activa. Estas características los exponen, entre otras afecciones, a las infecciones de transmisión sexual y al embarazo precoz, que por lo general sucede por la falta de uso de métodos anticonceptivos, en fin, tienen una inadecuada preparación para la práctica de relaciones sexuales (Fernández, Carro, Oses y Pérez, 2004).

Las acciones educativas sobre sexualidad en la adolescencia permiten a los jóvenes tomar decisiones fundamentadas sobre su sexualidad y su salud, prepararse para la

vida y mejorar su conducta hacia modos de actuación responsables, con lo cual logran preservar la salud, la calidad de vida. Se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de abordar el embarazo y la sexualidad en la adolescencia y las acciones educativas como alternativa de la educación sexual. Se ejecutó una búsqueda exhaustiva en la literatura digital de artículos de investigaciones originales, se consultaron varias bibliografías teniendo en cuenta su grado de actualización. Se examinaron las bases de datos SciELO Cuba, SciELO Regional, ScienceDirect, Clinical Key, Cumed, Lilacs, así como los sitios web Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Población de las Naciones Unidas de Cuba (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF).

La investigación se dividió en tres etapas:

- Diagnóstica o Pre-test.
- Aplicación del programa.
- Evaluación de los resultados o Post-test.

Para el desarrollo de las sesiones se utilizaron diferentes técnicas que facilitaron la interrelación con las participantes:

Técnicas participativas o educativas:

Constituyen un conjunto de procedimientos encaminados a la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas así como la elevación de la conciencia de salud tanto individual como colectiva; las mismas pueden ser de: presentación, animación, análisis general, de organización y planificación, entre otras.

Técnicas de presentación y animación:

Son aquellas que se utilizan al inicio de la jornada para permitir la interrelación de los participantes así como después de momentos de intenso trabajo para hacerlos descansar y reintegrarlos a las tareas.

Técnicas de análisis general:

Son técnicas que pueden ser utilizadas para la discusión de cualquier tema, con el objetivo de que se analicen aspectos importantes del mismo; así como también para saber si los conocimientos fueron adquiridos

Evaluación.

Una vez finalizada la etapa anterior, transcurridos 4 meses de la última sesión de trabajo, se aplicó nuevamente el cuestionario inicial con los mismos criterios de calificación de la etapa diagnóstica. De esta forma se obtuvieron dos resultados o evaluaciones de conocimientos: antes y después de la intervención. Los cambios encontrados sobre la base de este periodo de tiempo, se interpretaron como la efectividad del programa educativo empleado. Se consideró efectivo si se lograba elevar los conocimientos generales en un 80 % o más de las adolescentes que presentaron conocimientos insuficientes antes de la intervención.

Técnicas y procedimientos

Para el cumplimiento del objetivo 1 se les realizó un minucioso interrogatorio a las adolescentes de 14 a 19 años que no estaban embarazadas en ese momento, los datos obtenidos fueron reflejados en el cuestionario confeccionado al efecto. (Anexo 2).

Para dar salida al objetivo 2 se aplicó el programa educativo que constó con 6 encuentros diseñados con este fin. (Anexo 3)

Para dar salida al objetivo 3 se evaluó los resultados de la intervención al aplicar el mismo cuestionario al finalizar este programa.

Recolección de la información:

Se realizó una amplia revisión bibliográfica de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación, a través del acceso a Internet, Biblioteca Virtual de Salud y otros sitios.

La recolección de los datos estuvo a cargo del equipo de investigación, lo que permitió uniformidad en la recogida de los mismos y, por lo tanto, una disminución de los sesgos del observador.

CONCLUSIONES

Con la aplicación del programa educativo sobre el embarazo en la adolescencia, se pudo identificar el bajo nivel de conocimiento que poseían acerca de las consecuencias de esta condición a temprana edad. Se consideró efectivo este programa educativo,ya que se logró incrementar el nivel de conocimiento sobre sexualidad y embarazo en la adolescencia y sus riesgos en las jóvenes participantes desde el rol educador del médico comunitario.

REFERENCIAS

Álvarez, R. (2008). *Temas de Medicina General Integral (Vol. II).* La Habana: Ciencias Médicas.

Calero, E., Rodríguez, S., y Trumbull, A. (2017). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades Médicas* 17(3), 577-592.

Castellanos, C., Vera, C. y Gutiérrez, P. (2003). Educacion sexual en un grupo de estudiantes de secundaria Integr. *Rev Cub de Med Gen,* 16(1), 31-38.

Cruz, F. (2016). Adolescencia. En C. Autores, *Pediatría diagnóstico y tratamiento* (pág. http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/pediatria_diagnostico_ttmo_3eraedicion/cap_4.pdf). La Habana: ECIMED.

Domínguez, L. (2003). *Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud.* La Habana: Félix Varela.

Fernández, L., Carro, E., Oses, D., y Pérez, J. (2004). Caracterización de la gestante adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecología* 30(2).

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (2009). Estado mundial. Edición de América Latina y el Caribe. Informe Gubernamental, UNICEF.

Francisca, H., y Francisco, D. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes,* 26(1), Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1 -s2.0-S0716864015000127.

Gómez, R., Díaz, M., Sainz, E., y Gómez, K. (2015). Acciones educativas sobre aspectos de la sexualidad dirigidas a adolescentes Cubana de Salud Pública. *Rev Cub Sal Publica,* 41(1), Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100006&nrm=iso.

Gonzáles, B. (2003). *Comunicación social en salud.* Tesis en opción al título académico de Máster en Promoción y Educación para la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.

Granero, M. (2014). Tomás Santidrián, un precursor en Educación Sexual. *Rev Intern Androl,* 12(1). Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1 -s2.0-S1698031X14000260.

Guerrero, N., y Pérez, M. (2013). ¿Qué preceptos teóricos y metodológicos deben sustentar el estudio y la educación integral de la sexualidad en adolescentes y jóvenes? *Sexualidad, Salud y Sociedad.* 19(1). Recuperado de: http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/9/55.

Hernández, J., y Pérez, O. (2005). Temas sobre sexualidad que interesan a un grupo de adolescentes en el área de salud Iguará. *Rev Cubana Enfermería*, 21(2).

Herrera, N., Torres, M., y Mujica, E. (2015). *Normas y procedimientos de la educación para la salud.* La Habana:MINSAP.

IC.y Canals, J. (2010). La sexualidad en la adolescencia. *Medicine*, 10(61), Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1 -s2.0-S0304541210702183.

Louro, I. (2008). Atención Familiar. En *Á. S. R., Temas de Medicina general Integral.* La Habana: Ciencias Médicas.

Martín, L., y Reyes, Z. (2010). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Rev Cub Salud Pública*, 29(2).

MINED. (2012). *Resolución ministerial: 139/2011. Programa de educación de la sexualidad con enfoque de género y derechos sexuales*. La Habana.

Olivera, C., Bestard, A., Fell, L., Brizuela, S., y Bujardón, A. (2014). Estrategia educativa sobre sexualidad sana en adolescentes. *Humanidades Médicas*, 14(3), Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000300005&nrm=iso.

OMS. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década*: Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/seconddecade/es/decade/es/

OMS. (2016). Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia: Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2005). Centro Latinoamericano de. de Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y Reproductiva. El embarazo adolescente. Recuperado de: http://www.clap.ops-oms.org//web_2005/estadisticas0de20la20region/textos/e35 206-20Embaraz20Adolescente.htm

PCC. (2011). Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. VI Congreso del Partido. La Habana: Recuperado de: http://www.cubadebate.cu/wpcontent/uploads/2011/05/tabloide_debate_lineamientos.pdf).

Pérez, R., y Cordero, Y. (s.f.). Intervención educativa en mujeres fértiles para elevar el conocimiento del flujo vaginal. *Rev. méd. sinerg.*, 4(4), 4-11. Recuperado de: https://doi.org/10.31434/rms.v4i4.202.

Pérez, R., Cordero, Y., y del Río, T. (2019). Mujeres fumadoras y su asociación con atipia del cérvix uterino en las Tunas, Cuba. (E. Sánchez Gaitán, Ed.) *Rev. Méd. Sinerg.,* 4(7). Recuperado de: https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.258.

Rivera, L., Leyva, A., García, A., de Castro, F., González, D., y de los Santos, L. (2016). Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gac Sanit,* 30(1). Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1 -s2.0-S0213911115001727.

Rodríguez, J., y Traverso, C. (2019). Conductas sexuales en adolescentes de 2 a 17 años de Andalucía. Gac Sanit, Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1 -s2.0-S0213911112001033.

Salas, M. (2010). *Modificación de conocimientos sobre el embarazo en adolescentes*. Tesis de Grado, Instituto Superior de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba.

Salazar, V., Paiva, A., Saputelli, E., Silva, J., Cano, A., Salazar, F., Gonzáles, H. (2003). Embarazo en adolescentes: ¿es de alto riesgo obstétrico? *Med Interna,* 18(2), 136-146.

Soto, O., Franco, A., Franco, A., Silva, J., y Velázquez, G.A. (2003). Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. *Rev Cubana Med Gen Integral*, 19(3), Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi02603.htm.

UNFPA-CUBA. (2011). *UNFPA contribuye a la comunicación sobre Educación Integral de la Sexualidad*: Recuperado de http://onu.org.cu/news/e48bb3380c9611e6a50500163e211c9e/unfpa-contribuye-lacomunicacion-sobre-educacion-integral-de-la-sexualidad/

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA MODIFICAR FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

STRATEGY OF INTERVENTION TO MODIFY FACTORS OF RISK OF THE ARTERIAL HYPERTENSION

Ivan Ortega Ortega ivan92.ortega@nauta.cu

Alcibíades Dávila Pérez

RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los problemas médicos más importantes de la medicina contemporánea, siendo influida por múltiples factores de riesgo. Objetivo: caracterizar los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial en la población del Consultorio Médico Familia la comunidad de Sao Malo, Policlínico Mario Pozo, Jesús Menéndez, Las Tunas. Método: se realizó un estudio explicativo, de corte transversal, desde octubre del 2017 a mayo del 2019. El universo estuvo constituido por 155 pacientes hipertensos y la muestra por de 53 mayores de 18 años que presentaron factores de riesgo de la enfermedad. Se utilizó como medidas de frecuencias el (porcentaje). Resultados: prevaleció la edad de 60 años y más, el sexo femenino y las amas de casa como ocupación. El consumo de sal en la dieta, el hábito de fumar y la hipercolesterolemia fueron los factores de riesgo mayormente presentes en los pacientes. Los síntomas y signos principales reconocidos por los pacientes fueron el zumbido de oídos y la cefalea, el Infarto Agudo de Miocardio, la Enfermedad Renal Crónica y la Hemorragia cerebral como complicaciones. Conclusiones: el programa de intervención educativo logró modificar la conducta alimentaria de los pacientes en el consumo de sal y elevó el nivel conocimiento de éstos en cuanto a los factores de riesgo que contribuyen a las complicaciones de la enfermedad.

PALABRAS CLAVES: hipertensión arterial, factores de riesgo, calidad de vida

ABSTRACT

Introduction: The arterial hypertension (HTA) one of the most important medical problems in the contemporary medicine constitutes, being influenced by multiple factors of risk. Objective: to characterize the factors of risk of the Arterial Hypertension in the population of the Clinic Medical Family the community of Bad Sao, Policlínico Mario Well, Jesus Menéndez, The Tunas. Results: the 60 year-old age prevailed and more, the feminine sex and the housewives like occupation. The consumption of salt in the diet, the habit of smoking and the hipercolesterolemia was the mostly present factors of risk in the patients. The symptoms and main signs recognized by the patients were the buzzing of h earings and the migraine, the Sharp Heart attack of Miocardio, the Illness Renal Chronicle and the cerebral Hemorrhage as complications**.**

KEY WORDS: arterial hypertension, factors of risk, quality

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los problemas médicos más significativos de la medicina actual en los países desarrollados y se le ha denominado "la plaga silenciosa del Siglo XXI". (Martínez y Gort, 2015).

Núñez (2014) afirma que la HTA es la enfermedad que se produce cuando las cifras de tensión arterial, medidas como promedio en tres tomas realizadas en condiciones apropiadas, con intervalo de 3-7 días entre cada toma, se encuentra por encima de 140mmhg la tensión arterial sistólica (TAS) (se tiene en cuenta la primera aparición de los ruidos), primer ruido de Korotkoff y 90mmhg la tensión arterial diastólica (TAD) (se tiene en cuenta la desaparición de los ruidos), V ruido de Korotkoff, definición se aplica a adultos a partir de los 18 años.

> (…) Es una enfermedad poligénica, interrelacionada con los factores ambientales, que va en aumento con los estilos de vida inadecuados, la vida sedentaria y los hábitos alimentarios que tienden a la ingestión de comidas rápidas y alimentos clasificados como chatarra, de poco valor nutricional, con exceso de sal y grasas saturadas, a lo que se agregan los hábitos tóxicos; factores que influyen durante la infancia alterando las cifras tensionales en muchas ocasiones desde edades tempranas. (Alonso, Acosta, Peña, Santeiro, Alvelo, y López, 2014, p.56).

Martínez et al. (2015), al abordar acerca del origen de la hipertensión arterial precisa que están implicados factores genéticos y ambientales que por distintas vías alteran el equilibrio de las sustancias reguladoras del tono vascularl.1, 5. Entre los factores de riesgo para la HTA se destacan los modos estilos de vida y dentro de estos últimos, los hábitos tóxicos como: el hábito de fumar, las drogas, y el alcohol.

El propio autor, apoyándose en estudios previos revela que la Hipertensión Arterial es el indicador independiente de enfermedad vascular de mayor incidencia y prevalencia en las sociedades occidentales. Está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores: económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos. Se estima que 691 millones de personas la padecen y que está presente en la mayoría de los 15 millones de muertes de origen cardiovascular que ocurren. En un número considerable de países la prevalencia oscila entre un 15 y un 30 %; después de los 50 años, casi el 50 % de la población la padece.

La enfermedad hipertensiva ha registrado una mortalidad ascendente de 2762 que oscila en una tasa de 25.7/100 000 habitantes en el año 2014. (MINSAP, 2015). En Cuba la tasa de mortalidad por 100 000 habitantes de las enfermedades del corazón expone Martínez et al. (2015) que en el 2015 fue de 218,3 (hombres: 231,0 y mujeres: 205,6), de 82,6 por enfermedad cerebrovascular (hombres: 82,6 y mujeres: 82,7) y de 25,5 por enfermedad de las arterias (hombres: 25,2 y mujeres: 25,9) componentes todos de las enfermedades cardiovasculares.

Estas cifras muestran una tendencia sostenida al alza en los últimos años. Otro factor a considerar es que, en el paciente hipertenso usualmente coexisten otros FRC lo que empeora su riesgo; en nuestro país en la encuesta citada se encontró que fuman el 23,7% de los hombres y el 16,4 % de las mujeres; la prevalencia de la diabetes mellitus (DM) es del 10 %, el 24,1 % tenían dislipidemia, el sobrepeso global fue del 44,8 % siendo obesos el 15 %, consumían bebidas alcohólicas el 41,7 % y tenían insuficiente actividad física el 30 % de los hombres y el 51 % de las mujeres. (Martínez et al., 2015)

En nuestra provincia se obtuvo una prevalencia de 212,4 por cada 1000 habitantes. Según grupos de edades entre los 20-59 años para el sexo masculino hubo un total de 277.2 por cada 1000 habitantes mientras que el sexo femenino registró un total de 315.3 por cada 1000 habitantes. En nuestro municipio se constató un total de 10 278

paciente, femeninas 5 889 y 4 389 pacientes masculino. En el Consejo Popular de Sao Malo hay un total de 155, masculino 71 y 84 paciente femenina.

Análisis y discusión de los resultados

Caracterización por edad y sexo

En la caracterización de la edad y sexo de los 53 pacientes con riesgo de padecer la Hipertensión Arterial. Encontramos que predominó el sexo femenino con 34 pacientes para un 64,1% sobre el masculino con 19 para un 35,8% de la muestra. El grupo etario predominante fue de 60 años y más con un total de 22 para un 41,5% de ellos 10 masculinos para 18,8% y 12 femeninas para un 22,6%. Seguido del grupo 40 a 49 años con un total de 13 para un 24,5%, de los cuales 4 fueron masculinos para un 7.5% y 9 femeninos para un 16.9%.

El menos significativo fue el grupo de 18 – 29 que solo tuvo uno del sexo femenino para un 1,8%. Nuestra investigación concuerda con Alonso (2014) en la edad predominante, en este caso, el adulto mayor, no siendo así el sexo que el predominante fue el masculino.

De modo general, se acepta que la prevalecía de hipertensión arterial es mayor en el hombre que en la mujer, en EUA oscila entre el 34.0 y 23.2% para varones y 21.6% en mujeres. La relación sexo- hipertensión arterial puede ser modificada por la edad, así las mujeres después de 60 años exhiben niveles tensionales similares a los de hombres, antes de 40 están más protegidas que los varones contra la muerte por enfermedad coronaria. (Bonet y Varona, 2014)

Estos estudiosos encontraron que los estrógenos reducen la lipasa del triglicérido hepático, lo que produce disminución del colesterol total y de las lipoproteínas de baja densidad (LDL). Hsia y colaboradores confirmaron la anterior tesis al referir que, en la pubertad, los niveles de LDL se elevan en ambos sexos, pero en el caso de los adolescentes masculinos, las lipoproteínas de alta densidad (HDL) descienden, lo que no acontece en las hembras en este periodo de la vida; por lo tanto, la proporción LDL/HDL es desfavorable en los masculinos, lo que aumenta la posibilidad de aterogénesis y cifras de presión arterial mayores.

Valdeuso (2013) concuerda en que los efectos de la regulación hormonal de la presión arterial no solo están mediados por acciones vasculares sino también por sus menores efectos sobre la retención de agua y electrolitos.

En estudios realizados en animales, propusieron la hipótesis de la existencia de una reducción en la actividad de la enzima ciclooxigenasa 2 en las ratas masculinas en comparación con las féminas, lo que podría llevar a una nefrogénesis alterada con la subsecuente probabilidad mayor de hipertensión arterial en los machos; resultados estos que podrían ser aplicables a los humanos. (MINSAP, 2015)

Factores de riesgo

Se decidió estudiar por separado los factores de riesgo tomando la muestra a los 19 pacientes masculinos y 34 las femeninas. El hábito de fumar fue unos de las factores de riesgo más significativos con 11 para un 57,4% de los masculinos, no siendo significativo en las féminas ya que de un total de 39 pacientes de ella solo una es fumadora para un 2,9%.

El segundo factor de riesgo de importancia en los pacientes masculinos fue el consumo de sal en la dieta con un total de 10 para un 52,6%,pero este es de mayor incidencia en el sexo femenino con 24 pacientes para un 64.8% siendo este uno de los factores de riesgo más importante de la comunidad con un % total de 61,8 % de toda la población, por el déficit del conocimiento nutricional ,continuamos con las enfermedades hipercolesterolemia y obesidad .en cual los estudios realizados muestran cuatro pacientes masculinos con hipercolesterolemia para un 21% y femeninas cinco para un 14,7% obeso, solo un paciente masculino para un 5,8 % y seis femeninas para un 17,6 %.

Los menos significativos fueron la ingestión de alcohol y el sedentarismo con un paciente masculino. Este resultado coincide con el estudio realizado por Bonet (2014) y referido en la tercera encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no trasmisibles coincidiendo con el tabaquismo como segundo factor de riesgo.

Al analizar los factores de riesgo modificables, tuvo mayor incidencia el consumo de sal en la dieta, estando presente en 34 casos para el 64,1% de la totalidad, de ellos 10 masculino y 24 femeninas, luego de la intervención educativa se logró disminuir con 30 pacientes quedando un paciente masculino y tres femeninas para un 7,2% de la muestra.

El hábito de fumar se presentó en 12 casos, de ellos 11 masculinos y una femenina; solo se modificó este factor de riesgo en un paciente masculino, por la poca cooperación de las pacientes al acudir a la Consulta de desintoxicación tabáquica del municipio, por lo que se considera una derrota para el equipo básico de salud (EBS) y este terminó con 20%. Antes de la intervención existían siete pacientes obesos de ellos seis femeninas y uno masculino para un 12,7%, luego se logró disminuir a un 5,4%, con un paciente masculino y tres femeninas.

En cuanto al diagnóstico clínica y exámenes complementarios nueve pacientes fueron registrados con dislipidemia, cuatro de ellos masculino y el resto femenina para un 16,9%, antes de la intervención, posteriormente al indicarse una nueva dieta y un tratamiento medicamentoso disminuyó con un paciente masculino para un 1,71%.

La evaluación clínica, en el paciente debutante con esta afección, debe realizarse sin el uso de fármacos, excluyendo los casos de Hipertensión Arterial grave o con complicaciones cardiovasculares o cerebrovasculares. En personas mayores, pacientes diabéticos y en caso de otras entidades en las que la hipotensión ortostática es frecuente o sospechada, se recomienda medir la presión arterial (PA) de 1 a 3 min después que el paciente se coloque en bipedestación. La medición de la PA debe combinarse siempre con la medición de la frecuencia cardiaca, ya que los valores de la frecuencia cardiaca en reposo son predictores independientes de complicaciones cardiovasculares (CV) mórbidas y mortales en varias entidades, incluida la Hipertensión Arterial. (Arce, 2011), quien señala entre los factores predisponentes que guardan mayor relación con la hipertensión los siguientes.

- Tabaquismo.
- Dislipidemias.
- Diabetes mellitus.

- Edad por encima de 55 años (hombres) y por encima de 65 años (mujeres).
- Historia familiar de Hipertensión Arterial.
- Sedentarismo.
- Obesidad.
- Alcoolismo.
- Hábitos nutricionales inadecuados.

Factores de riesgo no modificables:

Solo se encontró un paciente sedentario para un 1,8 % gracias a las intensas horas de trabajo y al aporte del paciente se logró modificar, al orientar al paciente que caminara con una frecuencia de 45 minutos, cinco veces a la semana en un paso moderado de su casa al hogar de sus familiares, debido a que no realiza actividad física, ni trabaja por presentar enfermedades que se impiden. El único factor de riesgo que no se logró modificar fue la ingestión de alcohol en seis pacientes para un 11,3%

El estudio coincide con el realizado por (Bonet et al., 2014) cuando se refería que para tener una tensión controlada hay que modificar factores de riesgos, este es el modelo preventivo por excelencia y dichas modificaciones incluyen el control del sobrepeso y la obesidad, cambiar la dieta, aumentar la actividad física, evitar el consumo de sal y alimentos procesados que la contienen y aumentar la ingesta de agua. En el tratamiento de la hipertensión arterial moderada con aceite vegetal, se logró reducir significativamente la presión arterial en los sujetos sometidos a la prueba y mejoraron las cifras de colesterol en un número importante de los estudiados.

CONCLUSIONES

En el estudio realizado en el Consultorio del Médico de Familia de Sao Malo del municipio de Jesús Menéndez predominaron los pacientes hipertensos con factores de riesgo, del sexo femenino, mayores de 60 años y amas de casa. El consumo de sal en la dieta, el hábito de fumar y la hipercolesterolemia fueron los factores de riesgo mayormente presentes en los pacientes hipertensos.

Los síntomas y signos mayormente reconocidos por los pacientes fueron el zumbido de oídos y la cefalea, y el Infarto Agudo de Miocardio, la Enfermedad Renal Crónica y la Hemorragia cerebral como complicaciones. Después de aplicado el programa de intervención educativa, el factor de riesgo que principalmente logró modificarse fue el consumo de sal en 30 casos, quedando solamente cuatro.

REFERENCIAS

Alonso, A., Acosta, M., Peña, A.P, Santeiro, L.D, Alvelo, O. y López, M.Á. (2014). Repercusión de algunos factores de riesgo sobre el daño a órganos diana en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr*, *30*(1): 103-12

Arce, E. (2011). Campo magnético discontinuo en adultos con Hipertensión Arterial. *Rev Cub Med Gen Integr*, *18*(3).

Bonet, M., Varona, P. (2014). III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no trasmisibles. Cuba 2010-2011.La Habana: Ciencias Médicas. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/indicep.htm

Cuba. Ministerio de Salud Pública, (MINSAP, 2015) Dirección de Registros médicos y estadísticas de salud. *Anuario estadístico de salud*. Recuperado de: www.sld.cu/sitios/dne/

Martínez, M. y Gort, M. (2015). Factores de riesgo en pacientes hipertensos en el Hospital Patacamaya, La Paz. *Rev Ciencias Médicas 19*(5): 938-947. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000500016&lng=es

Núñez, J P. (2014). Hipertensión Arterial: estratificación de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 597-604.

ALTERACIONES DEL NEURODESARROLLO. ALGUNAS VARIABLES MATERNAS EN SU APARICIÓN

NEURODEVELOPMENT ANOMALIES. SOME MATERNAL VARIABLES IN ITS APPEARANCE

Jorge Luis Riquenes Hidalgo

José Enrique Nuñez Toledo

Alicia Velázquez Pérez

RESUMEN

Se entiende por neurodesarrollo como un proceso dinámico en la que participa el niño y su medio ambiente, influyéndose mutuamente y evolucionando en una dirección particular, este concepto nos lleva a evaluar no solo al niño, sino también a las interacciones entre el niño, sus padres cuidadores, familia y la sociedad. El objetivo es caracterizar algunas variables maternas en relación con la aparición de las alteraciones del neurodesarrollo durante el primer año de vida de sus hijos. Para determinar algunas variables de las madres con relación a la aparición de las alteraciones del neurodesarrollo de sus hijos durante el primer año de vida, se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, el universo fueron las madres de todos los niños que se atendieron en la consulta de neurodesarrollo y la muestra las 54 madres de niños a los que se le realizó el diagnóstico de alteraciones del neurodesarrollo y que cumplen los criterios de inclusión.La caracterización de las madres de los pacientes con alteraciones del neurodesarrollo durante el primer año de vida, permite establecer estrategias para la atención integral a estas que pueden proporcionar un niño con esta alteración.

PALABRAS CLAVES: factores maternos en el neurodesarrollo.

ABSTRACT

Neurodevelopment is understood as a dynamic process in which the child and its environment participate, influencing each other and evolving in a particular direction, this concept leads us to evaluate not only the child, but also the interactions between the child, their parent’s caregivers, family and society. The objective is characterize some maternal variables in relation to the appearance of neurodevelopment alterations during the first year of life of their children. To determine some variables of the mothers in relation to the appearance of the neurodevelopment alterations of their children during the first year of life, an observational, descriptive, cross-sectional study was carried out, the universe was the mothers of all the children that were attended in the neurodevelopment consultation and shows the 54 mothers of children who were diagnosed with neurodevelopment disorders and who meet the inclusion criteria. The characterization of the mothers of the patients with neurodevelopment disorders during the first year of life, allows establishing strategies for the integral attention to these that a child with this alteration can provide.

KEY WORDS: maternal factors in neurodevelopment,

INTRODUCCIÓN

Se conocen como trastornos del neurodesarrollo (TND) a todas aquellas entidades clínicas de naturaleza congénita, asociadas a procesos madurativos anormales del sistema nervioso, cuyos correlatos estructurales y funcionales sobre el sistema nervioso dependen de variables genéticas, tanto específicas como inespecíficas.(Aguilar, Valera (2017) y Galbe (2013).

Los niños con trastornos cognitivos y motores, por lo general, son atendidos, según referencia internacional, en las consultas de neurodesarrollo de los hospitales materno infantiles, donde habitualmente es irregular la asistencia de los pacientes, el tratamiento es abandonado con frecuencia, y no existe el vínculo con la comunidad para su rescate en caso de abandono; por lo que, el cumplimiento de los planes de estimulación, no es suficiente. (Caro, 2015).

La prevención del retardo del neurodesarrollo es un problema no resuelto aún en nuestro medio. Actualmente en todo el mundo se perfeccionan y ejecutan continuamente diversos programas basados en la realización de una estimulación temprana, pero en la práctica estos se desarrollan básicamente en el nivel secundario de atención de salud y no todos incluyen en sus protocolos a los niños asintomáticos con factores de riesgo de retardo, pilar de la prevención de este problema en los infantes.

> (…) El desarrollo de un niño es un proceso evolutivo, multidimensional e integral, mediante el cual el sujeto va dominando progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas, cuyo objetivo final es la adquisición de la independencia y de la capacidad de interactuar con el mundo y transformarlo. Este proceso comienza en la vida intrauterina y continúa, a un ritmo decreciente, durante toda la vida (Méndez, 2016, p.33)

Los trastornos del desarrollo incluyen aquellas condiciones que al afectar las capacidades cognitivas, motoras, sociales, de autocuidado y/o el, comprometen el funcionamiento cotidiano de acuerdo a las del entorno Dentro de las alteraciones del desarrollo se incluyen el retraso mental, la parálisis cerebral, las alteraciones sensoriales, el autismo y otros trastornos del lenguaje, los trastornos disatencionales, del aprendizaje y del lenguaje, la epilepsia; constituyen en su conjunto los problemas crónicos más frecuentes de la práctica pediátrica. (Méndez, 2016).

Existen causas maternas que se pueden presentar para la aparición de alteraciones del neurodesarrollo: anemia grave, cardiopatía, infecciones, estados de choque, entre otras. Los factores funículo-placentarios: tiene que ver con alteración del cordón o la placenta ya sea por inserción, desprendimiento, hematoma, etc. Incluye todas las circunstancias que impiden un adecuado intercambio gaseoso materno-fetal y fetales: Incluye un gran espectro de lesiones, entre las que podemos evidenciar: intoxicaciones, malformaciones, isoinmunizaciones, entre otras. También están descritas alteraciones periparto: como traumatismos obstétricos, distocias de presentación o de dilatación, etc. Y no menos importantes las neonatales: que se producen por la falla de insuflación pulmonar de diversa etiología como: Enfermedad de membrana hialina, aspiración meconial, cardiopatía congénita, etc. (Agüero, 2013).

El uso de corticoesteroides se ha asociado en diversos estudios con efectos adversos a corto y largo plazo, como hipertensión arterial sistémica, hiperglucemia, retraso en el crecimiento, perforación intestinal, hemorragia digestiva, cardiomiopatía hipertrófica, infección y alteraciones en el neurodesarrollo. (Villanueva, 2018).

En los últimos años se ha observado un aumento de niños que son atendidos en consulta de atención precoz de las alteraciones del neurodesarrollo del Hospital Pediátrico provincial Mártires de las Tunas, y entre las causas están las relacionadas con alteraciones en las madres, por lo que nos motivamos a estudiarlo durante en el período del primero de marzo de 2017 hasta el 28 de febrero del 2018

Para determinar algunas variables relacionadas con las madres de niños con alteraciones del neurodesarrollo en el Hospital Pediátrico Provincial “Mártires de Las Tunas”, se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en el período del primero de marzo de 2017 hasta el 28 de febrero del 2018, el universo fueron las madres todos los niños que se atendieron en la consulta de neurodesarrollo y la muestra las 54 madres de niños a los que se le realizó el diagnóstico de alteraciones del neurodesarrollo y que cumplen los criterios de inclusión.Los datos se almacenaron en una base de datos del programa computarizado Epi info. Versión 7, en tablas de contingencia de NxN realizándose el procesamiento estadístico a través de frecuencia absolutas y porcientos. Los resultados se exponen en tablas y compararon con la bibliografía arribando a conclusiones.

Principales resultados

La mayoría de las madres tenían edad óptima para el embarazo, con 38 para el 70.3 % entre los 19 y 35 años de edad y solo se encontraron siete para un 12.9 % por encima de los 35 años, y en las madres menores de 19 años, o sea, las adolescentes, se obtuvo que 9 madres para el 16.8 % pertenecieron a este grupo. Por lo que en este estudio no se encontró que las madres adolescentes ni las madres añosas fueran las responsables significativamente representativas de hijos con alteraciones del neurodesarrollo durante el primer año de vida.

Detectar cuándo y cómo comenzaron a influir los factores perinatales, del macro y microambiente, y sensoriales, es uno de los propósitos de los Programas de Seguimiento de los recién nacidos. Estos aportes, junto a la concepción que las intervenciones deben acompañar el curso de la maduración del sistema nervioso central, respetando sus etapas, llevan a sugerir que la prioridad se concentra en el seguimiento periódico y sistematizado del desarrollo neuro-biológico del recién nacido, que a su vez permitirá conocer su comportamiento, a fin de mejorar los contenidos y calidad de su atención.

Consideramos que la edad de la madre si tiene incidencia como factor para la aparición de las alteraciones del neurodesarrollo y su retardo pues en las madres muy jóvenes no tienen todo el desarrollo suficiente para llevar con todas las características fisiológicas un embarazo, y en las madres añosas aparecen otras series de elementos presentes por su edad como es el caso de las enfermedades crónicas y el uso de medicamentos.

Aunque en este trabajo la madre adolescente y la añosa no fueron causas frecuentes en la aparición de las alteraciones del neurodesarrollo. La caracterización psicosocial de los padres en estudio realizado en La Habana se obtuvo que más del 85 % de su

muestra las madres estaban entre los 19 y 35 años de edad y que solo el 24 % tenía más de 35 años. (Gaviria, 2006).

Las infecciones durante el embarazo, muestra que aunque la infección vaginal en las madres no es causa del retardo del neurodesarrollo en sus hijos durante el primer año de vida si es la primera causa de infecciones en las mujeres embarazadas con 19 para el 52.8 %, seguidas de las infecciones urinarias con 14 casos para el 38.8%, y otras infecciones con 3 para el 8.4 %.

Es posible que ninguna de estas causas infecciosas por si hayan sido las responsables del retardo del neurodesarrollo de los niños estudiados, pero no se puede descartar que algunos de los medicamentos usados durante el embarazo como los aminoglucósidos, cloranfenicol, metronidazol entre otros si sean los responsables de estas alteraciones.

Las infecciones durante el embarazo si fueron consideradas en esta investigación como variables que pueden provocar en el futuro niño alteraciones del neurodesarrollo, pues es conocido que las bacterias y los virus atraviesan a través de la placenta llegando al feto y provocando serios daños en su desarrollo cerebral, así como los medicamentos que se utilizan para su tratamiento.

En estos momentos cobra importancia la infección por el virus ZIKA que está provocando lesiones cerebrales en niños de mujeres que durante el embarazo padecieron esta infección, pues es una causa frecuente de microcefalia congénita.

Moreno y colbs. También encontraron que en su muestra el 12,9 % de los niños con retraso del neurodesarrollo sus madres tuvieron algún tipo de infección durante el embarazo. (Moreno, 2013).

La relación entre las infecciones causadas por virus y bacterias ha quedado establecida a partir de diversos estudios, y con la llegada de los estudios centrados en el proteoma, ha sido posible analizar el impacto de sus efectos en el desarrollo neuronal. (Ramírez, 2013).

Los hábitos tóxicos de la madre, en este estudio no se encontraron madres con hábitos tóxicos prohibidos aunque 2 de ellas no quisieron decir cuál era este, si se encontró que 15 para el 65.2 % ingirieron café durante el embarazo de forma significativa con el consiguiente aporte de cafeína y solo 6 para el 26.1 % con tabaquismo que si se conocen los efectos perjudiciales sobre el desarrollo del cerebro del feto.

En la búsqueda bibliográfica para esta investigación no encontramos referencias en cuanto al hábito tóxico de las madres durante el embarazo y su relación con alteraciones del neurodesarrollo en sus hijos, así como de las enfermedades durante el embarazo, solo su relación con la hipertensión materna durante la gestación, tampoco pudimos revisar ningún estudio que relacionara el uso de medicamentos durante el embarazo.

En cuanto a las enfermedades crónicas maternas, se encontró que la enfermedad frecuente fue la hipertensión arterial, con 9 para el 35.9 %, el asma bronquial en 5 madres para el 20.8 %, le siguió la epilepsia con 4 para el 16.6 %, y es llamativo que se encontraron 3 madres para el 5.5 % con retraso mental, 2 con hipotiroidismo para el 8.3 % y en último lugar el lupus eritematoso sistémico con 1 para el 4.3 %. Se sabe que

algunas de estas enfermedades pueden provocar alteraciones en el desarrollo del cerebro durante la vida fetal.

Los resultados de esta investigación están en correspondencia con la referencia que afirma que la hipertensión arterial materna se relaciona con la prematuridad, el sufrimiento fetal agudo, la hipoxia crónica intrautero, la infección intrauterina y la anoxia perinatal, que generan frecuentes trastornos en el neurodesarrollo infantil. En otro estudio revisado encontraron que el factor de riesgo prenatal que se relacionó con mayor frecuencia a la evolución favorable fue la hipertensión arterial severa (50,00 %). (Moreno, 2017).

En el estudio anterior los hijos de madres con anemia e hipertensión arterial en la etapa perinatal presentaron, en su mayoría, propensión a la evolución favorable. No obstante, una parte de este grupo presentó evolución agravada, lo que puede estar relacionado con su relación con el crecimiento intrauterino retardado, el parto pretérmino y el bajo peso al nacer, susceptibles del retardo.

CONCLUSIONES

Encontramos que más de la mitad de las madres tenían entre 19 y 35 años de edad, casi la mitad de las madres tuvieron hábitos tóxicos durante el embarazo siendo destacado el habito de tomar café y el tabaquismo, las infecciones más frecuentes durante el embarazo fueron la vaginal y la del tracto urinario, la enfermedad crónica predominante fue la hipertensión arterial, seguida de la epilepsia.

REFERENCIAS

Alonso, J., Caycho, T. (2017). Contribuciones al análisis Neuropsicolingüístico del Síndrome de Williams. *Cuadernos de Neuropsicologia* 11(2):42–53.

Agüero S. (2013).*Caracterización de pacientes con retardo del desarrollo psicomotor que presentaron asfixia perinatal*. (Trabajo presentado para obtener el título de Especialista de Pediatría y Puericultura). Hospital Enrique Tejera en Valencia - Estado Carabobo, Venezuela.

Caro, I., Medina, MP., Vega, SM., Moreno, J., Leyva, J., Muñoz, P., (2015). Neurodesarrollo infantil. Características normales y signos de alarma. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 32: Recuperado de:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36342789022>ISSN 1726-4642

Galbe, J. (2013). *Atención orientada al desarrollo y supervisión del desarrollo psicomotor*. Recuperado de: http://www.aepap.org/previnfad/ psicomotor.htm›.

Gaviria SL. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y fisiopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 35(2). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n2/v35n2a06.pdfMoreno

Mora, R., Blas, A., Pérez, CB. (2013). Caracterización biopsicosocial de niños menores de 5 años con retardo en el neurodesarrollo. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 12(4):579-591.

Moreno, R. (2017) Atención temprana comunitaria en niños con retardo en el neurodesarrollo. (Spanish). *Revista Cubana De Pediatría* 86(1): 5-17.

Riesgo, SC, Robaina, GR. (2009). Estrategia de intervención para la prevención de la parálisis cerebral en niños pretérminos en Matanzas. *Rev. Med. Electrón 3*1(6). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-ç18242009000600002&lng=es

Vega, I., Martínez, R. (2013) Desarrollo psicomotor y alteraciones cognitivas en escolares con alteraciones del neurodesarrollo. (Spanish). *Revista Cubana De Neurología Y Neurocirugía* 3(2): 111-116.

Villanueva, C., Bonilla, J., Ríos, AM., Solovieva, Y. (2018). Desarrollando habilidades emocionales, neurocognitivas y sociales en niños con autismo. Evaluación e intervención en juego de roles sociales. *Revista Mexicana de Neurociencia* 19(3):43–59. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=130235289&lang=es&site=ehost-live

USO DE LA SUTURA INTESTINAL EN UN PLANO EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DR. ERNESTO GUEVARA

USE OF INTESTINAL SUTURE IN A PLANE IN PATIENTS OF THE GENERAL DOCENTE HOSPITAL DR ERNESTO GUEVARA

Jorge Luis Sánchez Ramos jorgeliussan88@gmail.com

Tomás Díaz Llaudy drdiazllaudy@gmail.com

Yunisleydis Bárzaga Quintero yunibq@nauta.cu

RESUMEN

La sutura intestinal en un plano es el proceder quirúrgico que se realiza al suturar el intestino, excluyendo la capa mucosa. Se realizó un trabajo con el objetivo de describir los resultados de la realización de la anastomosis intestinal en un plano en el Hospital General Docente ¨Dr. Ernesto Guevara de La Serna¨, en el período comprendido entre enero de 2016 a diciembre de 2018, mediante un estudio observacional descriptivo retrospectivo, donde se estudiaron 74 pacientes. Se realizó sutura intestinal en un plano con más frecuencia en los mayores de 60 años; siendo el cáncer de colon la entidad predominante. No hubo accidentes quirúrgicos y fueron mínimas las complicaciones, la mayoría de las cuales fueron fugas anastomóticas. Con el empleo de esta técnica se logra una disminución del tiempo operatorio, del número de sutura intestinal empleada para la misma así como ahorro de recurso por parte de anestesiología.

PALABRAS CLAVES: Anastomosis intestinal, sutura intestinal en un plano.

ABSTRACT

Intestinal suture in a plane is the surgical procedure performed by suturing the intestine, excluding the mucous layer. A work was carried out with the objective of describing the results of the performance of the intestinal anastomosis in a plane in the Teaching General Hospital ¨Dr. Ernesto Guevara de La Serna¨, in the period from January 2016 to December 2018, through a retrospective descriptive observational study, where 74 patients were studied. Intestinal suture was performed on a plane more frequently in those over 60 years; colon cancer being the predominant entity. There were no surgical accidents and the complications were minimal, most of which were anastomotic leaks. With the use of this technique, a reduction in the operative time, in the number of intestinal sutures used for it, as well as resource savings by anesthesiology is achieved.

KEY WORDS: intestinal anastomosis, intestinal suture in a plane.

INTRODUCCIÓN

Townsend, Beauchamp, Evers y Kenneth (2017) afirmaron que:

> (…) los procedimientos quirúrgicos que se realizan con mayor frecuencia en la actividad de los cirujanos generales son aquellos que se realizan sobre el tubo digestivo. Aproximadamente, 40% de todas las cirugías involucran los órganos intrabdominales y de éstas al menos el 30% comprende la práctica de una anastomosis intestinal (p.61).

La sutura intestinal forma parte de la historia de la cirugía. Desde el siglo II d.C. aparecen referencias sobre el tema. La primera anastomosis intestinal documentada la

realizó Philipp Friedrich Ramdohr en 1727. Las anastomosis intestinales en un solo plano las describió por vez primera Lembert en 1826 (Townsend, Beauchamp, Evers, y Kenneth, 2017).

La anastomosis intestinal es definida por estos autores como:

> (…) el proceder quirúrgico que se realiza al suturar el intestino (ya sea delgado, colon u otra porción del tubo digestivo) mediante una suturadora mecánica con grapas de acero quirúrgico, o con sutura convencional, tanto para realizar anastomosis termino-terminales, termino-laterales y latero-laterales en dos planos de sutura o en un solo plano; aclaro que estas anastomosis pueden practicarse de urgencia o electivas, previas a una recepción intestinal y de causas mecánicas, vasculares o traumáticas ej. hernias atascadas, trombosis mesentéricas, tumores de intestino (Townsend, Beauchamp, Evers, y Kenneth, 2017, p.89).

La misma tiene como objetivo restituir el tránsito, para lo cual dicha unión debe permanecer estanca y dejar un paso adecuado a su través. Si esto no es así, se presentan complicaciones como la salida de contenido intestinal a la cavidad abdominal o la obstrucción (Kar, Mohapatra, Singh, Rath y Behera, 2017).

Las complicaciones de la anastomosis digestiva producen un gran impacto en la morbimortalidad del paciente operado así como un aumento en los costes del procedimiento. Para minimizar el riesgo de dichas complicaciones es esencial que el cirujano tenga en cuenta unos principios fundamentales durante su realización (Barrera, Bannura, Ilanes, Melo, 2012).

Según Carol, Scott y Jameson (2014) “para que una anastomosis intestinal sea exitosa deben existir tres condiciones básicas: ausencia de tensión, adecuado flujo sanguíneo y una sutura que invagine los bordes del intestino”. (p.27).

Algunos de los factores que influyen en el resultado de la anastomosis intestinal son inherentes al paciente, como el estado nutricional, la presencia de enfermedad de base y la edad, o bien dependen de la técnica quirúrgica, como la tensión de la anastomosis, el tipo de anastomosis y la técnica utilizada (Carol, Scott y Jameson, 2014).

Dada la repercusión que tiene sobre el paciente, la familia y la institución la ocurrencia de una filtración de la anastomosis, y que las técnicas disponibles tienen costos diferenciales, es necesario conocer cuál es la mejor técnica para realizar anastomosis intestinales

Por esta razón es necesario identificar los resultados del uso de la sutura intestinal en un plano en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente ¨Dr. Ernesto Guevara de La Serna¨, en el período comprendido entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2018.

Metodología utilizada en la investigación

Se realizó una investigación descriptiva longitudinal retrospectivo en el Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna” en Las Tunas, en el periodo comprendido entre enero 2016 y diciembre del 2018. Para la conformación de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico donde se tuvo en cuenta los pacientes con operaciones abdominales por enfermedades benignas o malignas, en quienes se efectuó anastomosis intestinales en un plano, realizadas de forma urgente o electiva.

Se dio salida a cada objetivo y los resultados se presentaron en forma de texto y tablas según el volumen de información. Para el tratamiento de la información se recopiló y tabuló en una base de datos, se procesó por el método estadístico porcentual y se representó en forma de cuadros de contingencia procediendo al análisis y la asociación estadística de las variables.

La confidencialidad de los datos obtenidos en la presente investigación fue respetada; así como los resultados de la información obtenida, conservando en todo momento la ética hacia los pacientes, los médicos actuantes, no reconociendo identidad alguna.

Procesamiento y análisis de los resultados de la investigación

En el período comprendido entre 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2018 hubo un total de 453 pacientes mayores de 19 años de edad atendidos en el Hospital General Docente ¨Dr. Ernesto Guevara de La Serna¨ que requirieron anastomosis intestinal y de estos a 74 se les realizó sutura intestinal en un plano lo que representó el 13,4%.

En el estudio prevalecieron los pacientes mayores de 60 años; Saboo, Deshmukh, Sonarkar, Agrawal y Shah (2015) demuestran que la incidencia de enfermedad maligna intestinal conlleva a la realización de resecciones intestinales con o sin colostomía con la posible necesidad de restablecer el tránsito intestinal.

Este tipo de entidad se presenta con mayor frecuencia en mayores de 60 años, prevalece en países del hemisferio norte, cosa que hace suponer que en otras regiones no sea esta la edad en que mayor se realice este tipo de procedimiento (Saboo, 2015).

En la tabla 1 se distribuyeron los pacientes según sus entidades nosológicas donde el cáncer de colon fue la entidad que predominó en el estudio con 33 pacientes para un 44,44%, seguida por la oclusión intestinal por lo general debida a hernias complicadas, luego por los tumores de intestino delgado y los vólvulos de sigmoides; finalmente solo a 4 pacientes se les realizó anastomosis por traumas para un 5,55%. En la mayoría de los casos se realizó anastomosis intestinal electiva como cierre de colostomía y resecciones colónicas por tumores de colon.

Tabla 1. Distribución de los pacientes en los que realizó sutura intestinal en un plano según entidades nosológicas. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. 2016 – 2018.

Entidades nosológicas	No.	%
Cáncer de colon	33	44,44
Oclusión intestinal	18	24,30
Tumores de intestino delgado	11	14,58
Vólvulos de sigmoides	8	11,11
Trauma	4	5,55

Total	74	100,00

Fuente: Historias Clínicas.

Según Kar y Mohapatra (2017) en un estudio realizado en 2015-2017 en la India el cierre de estomas, el trauma y el cáncer son las causas principales de anastomosis intestinales en uno o dos planos; lo cual se asemeja a este estudio.

Entre las ECA (entero colo-anastomosis) realizadas por Barrera (2012) en Santiago de Chile en 327 pacientes desde 2010 hasta 2012 predomina el cáncer de colon derecho (90% de los casos).

Sarhan (2013) distribuye por grupos de frecuencia los diferentes diagnósticos, estos son las lesiones por arma de fuego, el cáncer gastrointestinal, divertículos de Meckels y lesiones isquémicas por bridas.

De los pacientes estudiados, ninguno presentó accidentes quirúrgicos mientras que 7 de estos presentaron complicaciones para un 9,46%, entre ellos dos hemorragias digestivas que rebasaron con tratamiento médico, en gran medida pensamos que las condiciones generales y locales del paciente influyen en ello más que la forma de la operación, la presencia de enfermedades de base de los pacientes asistidos tales como la diabetes, los trastornos metabólicos, alteraciones hematológicas, problemas nutricionales, estados de shock transoperatorio y enfermedades oncoproliferativas conllevan a una mayor aparición de complicaciones (Garude, Tandel, Rao y Shah, 2013).

Por lo que se puede concluir que es seguro el uso de la sutura intestinal en un plano en el Hospital General Docente ´´Dr. Ernesto Guevara de la Serna´´ con similar aparición de complicaciones dependientes de las suturas.

Solo fue necesario reintervenir 1 paciente para un 1,35% lo cual demostró la efectividad de este tipo de sutura empleado aun cuando en la mayoría de las bibliografías revisadas no se recogen diferencias significativas. Cabe señalar que autores como Barrera (2012) recogen un total de 4,9% de reintervenciones por peritonitis; mientras que Ruiz (2015) presenta un 18,6% por esta y otras causas.

En la tabla 2 se describió el promedio de tiempo quirúrgico por enfermedad en la realización de la técnica, se recogió un tiempo inferior a 120 minutos en el caso de los tumores de intestino delgado, la oclusión intestinal y el trauma y un tiempo superior a las 120 minutos para el cáncer de colon con 124 minutos y el vólvulo de sigmoides 130min, lo que lleva a concluir que existe una influencia directa en el tiempo operatorio y la complejidad de la cirugía a realizar independientemente de si se realiza anastomosis intestinal en uno o dos planos, es importante señalar que no se incluyó puramente el tiempo anastomótico, sino el tiempo total de las intervenciones como tal.

Tabla 2. Distribución de los pacientes en los que realizó sutura intestinal en un plano según tiempo operatorio. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". 2016 – 2018.

Entidades nosológicas	Tiempo operatorio (minutos)
Vólvulo de sigmoides	130
Cáncer de Colon	124
Oclusión intestinal	110
Tumores de intestino delgado	102
Trauma	90

Fuente: Informes operatorios.

Al comparar la bibliografía revisada encontramos que este estudio concuerda con autores como Brunicardi, Schwartz (2015) en su estudio comparativo entre tipos sutura intestinal, donde hacen referencia al tiempo quirúrgico menor o igual a las 2 h cuando se realiza sutura intestinal en un plano y Barrera (2012) quien realiza un registro sobre el uso de suturas en cirugía colorrectal, también donde se recoge evidencia de un tiempo operatorio total de alrededor de 127 min.

Las complicaciones reflejadas en la tabla 3 aparecieron en el 8,11% de los casos para un total de 6 pacientes, encontrándose la fuga anastomótica como principal complicación con 3 casos para un 4,05%, seguido del sangrado digestivo y las dehiscencias de suturas.

Tabla 3. Distribución de los pacientes en los que realizó sutura intestinal en un plano según tipo de complicaciones. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". 2016 – 2018.

Complicaciones	No.	%
Dehiscencia anastomótica	1	1,35
Fuga anastomótica	3	4,05
Sangrado digestivo	2	2,70
Total	6	8,11

Fuente: Historias clínicas.

La seguridad de una técnica anastomótica debe evaluarse mediante la evaluación de la incidencia de complicaciones relacionadas con esta, especialmente la dehiscencia anastomótica; en este reporte se refiere a la dehiscencia total, con un solo caso, pero en la literatura internacional se reportan desde un 1% hasta un 8% para intestino

delgado y entre 2.7% y 30% para la cirugía de colon y recto. De manera que si consideramos todos estos casos, aun incluyendo las fugas como dehiscencias, no existe diferencia con los reportes publicados (Vicente, 2015).

Los autores de este estudio consideran entonces que es una técnica segura en nuestro centro, como lo fue en sus inicios, al no existir evidencia que la desacredite con respecto a la sutura en dos planos, donde se presentan similares números de complicaciones en la literatura nacional e internacional.

REFERENCIAS

Barrera, EA, Bannura, CG, Ilanes, F, Melo, LC. (2012). Anastomosis terminal funcional con sutura mecánica en cirugía intestinal: Resultados precoces de una serie prospectiva. *Rev Chil Cir* 64(3): 274-277. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000300009&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262012000300009.

Brunicardi C., Schwartz, F. (2015). Principios de cirugía. 10ma ed. Mexico: McGraw-Hill;

Carol, E., Scott, y Jameson, L. (2014). *Chassin. Small Bowel Resection and Anastomosis.* Recuperado de: https://health.springer.com/search/page/3?facet-subject=%22Abdominal+Surgery%22&query=intestinal+anastomosis

Garude, K., Tandel, C., Rao, S., Shah, NJ. (2013). Single Layered Intestinal Anastomosis: A Safe and Economic Technique. *The Indian Journal of Surgery*, 75(4), 290–293. http://doi.org/10.1007/s12262-012-0487-7.

Kar, S., Mohapatra, V., Singh, S., Rath, PK y Behera, TR. (2017). Single Layered Versus Double Layered Intestinal Anastomosis: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, *11*(6), PC01–PC04. http://doi.org/10.7860/JCDR/2017/24817.9983

Pérez, JM., Moya, EM. (2007) Sutura intestinal monoplano extramucosa, discontinua, a bordes invertidos: Su aplicación en 22 años. *Rev Cubana Cirugía* 46(2): Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200003&lng=es.

Saboo, R., Deshmukh, SD., Sonarkar, R., Agrawal, VP., Shah, P (2015). A comparative study of single layer continuous sutures versus double layer interrupted sutures in intestinal anastomosis. *IJBAR*. 6(3):264-68.

Sarhan, H. (2013). Comparative evaluation for safety, cost effectiveness, morbidity and mortality of single versus double layer intestinal anastomosis. *Tikrit Medical Journal* 19(1): 37-44.

Townsend, CM., Beauchamp, RD., Evers, BM., Kenneth, LM (2017*). Sabiston Texbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice*. 20ª ed. Canada: Elsevier.

Vicente, M. (2015). *Factores de Riesgo de Dehiscencia de Sutura en Cirugía de Cáncer de Colon.* Murcia: Universidad de Murcia.

ALTERACIONES DEL NEURODESARROLLO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

NEURODEVELOPMENT ANOMALIES DURING THE FIRST YEAR OF LIFE

José Enrique Nuñez Toledo

Jorge Luis Riquenes Hidalgo

Duenia Boza Ruz

RESUMEN

Se entiende como trastornos del desarrollo una disfunción permanente o transitoria (neurológica, psicológica o sensorial) que hace que se desvíe el desarrollo del niño/a de forma significativa del curso normativo. Generalmente se detecta cuando el niño/a no alcanza hitos significativos del mismo. El presente trabajo caracterizar algunas variables en relación con la aparición de las alteraciones del neurodesarrollo durante el primer año de vida es el objetivo de este trabajo. Se obtuvo predominio del sexo masculino realizó el diagnóstico de alteraciones del neurodesarrollo y que cumplen los criterios de inclusión. Y los nacidos pretérminos, casi la mitad de los niños fueron deprimidos al nacer, las complicaciones que predominaron fueron la sepsis y la asfixia neonatal. Un gran número se diagnosticó durante el segundo trimestre de vida, siendo el área motora gruesa la más afectada. La caracterización de los de los pacientes con alteraciones del neurodesarrollo durante el primer año de vida, permite establecer estrategias para la atención integral a ESTOS Y QUE PUEDAN TENER UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA.

PALABRAS CLAVES: neurodesarrollo, retardo del desarrollo neurológico.

ABSTRACT

Developmental disorders are understood as a permanent or transitory dysfunction (neurological, psychological or sensorial) that causes the development of the child to deviate significantly from the normative course. It is usually detected when the child does not reach significant milestones of the same. To characterize some variables in relation to the appearance of the neurodevelopment alterations during the first year of life is the objective. Predominantly male and preterm infants were obtained, almost half of the children were depressed at birth, and the complications that predominated were sepsis and neonatal asphyxia. A large number was diagnosed during the second trimester of life, with the gross motor area being the most affected. The characterization of those of patients with neurodevelopmental alterations during the first year of life, allows establishing strategies for comprehensive attention to these and that may have a better quality of life.

KEY WORDS: Neurodevelopment, retardation of neurological development.

INTRODUCCIÓN

Se conocen como trastornos del neurodesarrollo (TND) a todas aquellas entidades clínicas de naturaleza congénita, asociadas a procesos madurativos anormales del sistema nervioso, cuyos correlatos estructurales y funcionales sobre el sistema nervioso dependen de variables genéticas, tanto específicas como inespecíficas. (Aguilar et al (2017).

Los trastornos del desarrollo se definen como “una tipología variada de problemas que tienen su origen en la infancia, la niñez o la adolescencia y que pueden perdurar a lo largo de toda la vida” (Galbe, 2017, p.3).

Estos trastornos también fueron definidos como

> (…) crónicos, severos y atribuibles al retraso mental, parálisis cerebral, epilepsia o autismo, porque tales condiciones consisten en alteraciones similares del funcionamiento intelectual general y de la conducta adaptativa y requieren servicios y tratamientos similares a los requeridos por tales personas (Moreno, 2013, p.23).

Hoy en día podría referirse a ellos como trastornos del Neurodesarrollo. Es decir, aquellas alteraciones en el desarrollo de funciones vinculadas a la maduración del sistema nervioso central que se inician en la infancia y siguen un curso evolutivo estable. Sin embargo, cuando solo se tienen evidencias de un retraso en el desarrollo o un trastorno del desarrollo sin conocer las causas y por la edad, aun sin tener un diagnóstico específico, se suele mantener el término genérico de *trastornos del desarrollo*.

A pesar de la alta prevalencia de este problema, por varios motivos la identificación temprana de este problema sigue siendo complicada y es un desafío para el pediatra y la familia. Los retrasos y desviaciones leves son difíciles de detectar. A veces existe el concepto que el niño es pequeño y que ya va a desarrollar esa función y que es prematuro preocuparse, esto ocasiona en la mayoría de los casos, no solo retraso en la identificación y demora en el tratamiento sino también angustia y stress en los niños y su familia. Muchas veces ocurre que los padres nos manifiestan que sus sospechas han sido desestimadas y consideradas prematuras o ansiosas. Varios estudios han demostrados que los pediatras no siempre realizan una evaluación adecuada del desarrollo infantil y la mitad de los casos no son diagnosticados por ellos. (Moreno, 2013).

Finalmente, tanto los padres como los médicos pueden mostrarse reticentes a exponer sus temores o negarse a enfrentar la difícil realidad de que un niño puede tener un problema del desarrollo, Se debe prestar mucha atención a las preocupaciones de los padres sobre el desarrollo, si los padres tienen 2 o más preocupaciones, el riesgo de un problema del desarrollo es 11 veces mayor que si no la tienen y con una preocupación el riesgo es 7 veces mayor. La tarea de pesquisa y vigilancia debe ser mayor sobre los grupos de riesgo (antecedentes familiares, embarazos de riesgo, infecciones, partos traumáticos, prematuros de muy bajo peso, menos de 1500 gramos, meningitis neonatales, problemas sociales graves, entre otras. (Valverde, 2003).

En los últimos años se ha observado un aumento de niños que son atendidos en consulta de atención precoz de las alteraciones del neurodesarrollo del Hospital Pediátrico provincial Mártires de las Tunas, por lo que nos motivamos a estudiarlo durante en el período del primero de marzo de 2017 hasta el 28 de febrero del 2018.

Para determinar algunas variables con relación a la aparición de las alteraciones del neurodesarrollo en el Hospital Pediátrico Provincial “Mártires de Las Tunas”, se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en el período del primero de marzo de 2017 hasta el 28 de febrero del 2018, el universo fueron todos los niños que se atendieron en la consulta de neurodesarrollo y la muestra los 54 niños a los que se le realizó el diagnóstico de alteraciones del neurodesarrollo.

Los datos se almacenaron en una base de datos del programa computarizado Epi info. Versión 7, en tablas de contingencia de NxN realizándose el procesamiento estadístico a través de frecuencia absolutas y porcientos. Los resultados se exponen en tablas y compararon con la bibliografía arribando a conclusiones.

Resultados de los

En cuanto al sexo del niño se encontró que hay un predominio en el sexo masculino con 34 casos para un 62.9 %, y solo 20 para el 37.1 % del sexo femenino, no pudiendo encontrar una explicación para estos resultados.

Consideramos que el sexo del niño no es relevante en cuanto a la aparición de las alteraciones en el retraso del neurodesarrollo, y en esta investigación más de la mitad son del sexo masculino. En estudio revisado encontraron que el 62,4 % son del sexo masculino y otros encontraron el 52,4 %, sin encontrar una explicación para este resultado. (Fernández et al, 2017 y Agüero, 2013).

Es conocido los efectos adversos para la salud del recién nacido y durante los dos primeros años de vida que tiene el nacer antes del término de la gestación, pues es un niño que no está preparado fisiológicamente para el desarrollo extrauterino y que no tiene los órganos listos para desarrollar las habilidades para las que han sido concebidos.

En cuanto a la edad gestacional al momento al na**cer** se obtuvo como resultado en esta investigación, que la edad gestacional a la que nació el niño fue más frecuente antes de las 37 semanas con 28 para el 51.9 %, no encontrándose diferencias significativas entre los niños a término que fueron 24 para el 24.4 %, en el caso de los postérmino sin valor estadísticos significativos, solo 2 para el 3.7 %. Como era de esperar el grupo predominante fue el de menores de 37 semanas de gestación, pues a esta edad el cerebro y sus estructuras se encuentran inmaduras.

Algunos autores afirman que la maduración del SNC tiene un orden preestablecido, y por esto, el desarrollo tiene una secuencia clara y predecible: el progreso es en sentido céfalo-caudal y de proximal a distal, por lo que se ha postulado que el desarrollo motor puede estar en relación también con la edad a la que nazca el niño. (Gaviria, 2006).

Asimismo, se asociaría a mayor morbilidad y alteración en el neurodesarrollo de este grupo de recién nacidos con diagnóstico de pretérmino. (Beligere et al, 2015, Medina et al, 2015).

En estudio de alteraciones del neurodesarrollo en recién nacidos a términos en trabajo revisado encontraron al retraso del desarrollo psicomotor en 81 casos (42,43% de la población de estudio). (Rand, 2016).

En cuanto a las complicaciones más frecuentes vistas en estos niños al nacer fueron la sepsis, la asfixia y el síndrome de dificultad respiratoria con 21, 20 y 15 casos respectivamente para el 38.8 %, 37.1 % y 27.8 %, otras complicaciones que se observaron y que son significativas para la aparición de alteraciones del neurodesarrollo fueron las convulsiones neonatales con 7 casos para el 12.9% de y la encefalopatía hipoxia isquémica que se observó en 6 recién nacidos para el 11.1 %, la hemorragia intracraneal solo se observó en 2 niños para el 3.7 %.

La sepsis fue la complicación más frecuente en la muestra estudio pero solo supera en un caso a la asfixia, que es causa frecuente de alteraciones del neurodesarrollo, así como el resto de las complicaciones que esta provoca.

A pesar de los grandes avances en la tecnología del monitoreo fetal y del conocimiento adquirido en las últimas décadas sobre las patologías fetales y neonatales, la asfixia perinatal permanece como una condición causante de morbimortalidad significativa, ya que no se conoce tratamiento específico para revertir el daño neuronal. (Torres, 2010 y Fenichel, 2013).

Según la edad al diagnóstico se encontró que el 48.2 % con 26 casos de los niños con retardo del neurodesarrollo durante el primer año de vida fueron diagnosticados durante el segundo trimestre de la vida, y es de esperar pues a partir de esta edad es cuando comienzan a aparecer las principales alteraciones motoras del primer año de vida, y es poco frecuente el diagnóstico en el primer y cuarto trimestre del primer año.

Entre las afecciones más frecuentes del neurodesarrollo predominan las globales, esto dependerá del grado de asfixia. (Benítez, 2015). En los casos severos como la encefalopatía no progresiva se observa en 1 de cada 12.500nacidos vivos en caso de a términos y en 1 de cada 10.000 en preterminos. Esto se determinará por el examen neurológico mediante el cual se evaluará la existencia de alteraciones a nivel del sistema nervioso central, para lo que se han propuesto diferentes métodos.

Como era de esperar las principales alteraciones están en el área motora gruesa, o sea, la de los movimientos, el agarre, el sentarse, entre otras con 40 casos para el 74.1 %,y en orden de frecuencia de aparición los movimientos finos con 9 para el 16.6 %, para el lenguaje y la audición 5 niños para el 9.3 %, la psicopersonal es la menos frecuente y en esta investigación no se encontró ningún paciente, pues casi nunca los padres se dan cuenta de que el niño tiene alguna alteración en esta esfera, por lo que es la más difícil de diagnosticar a esta edad y en este estudio no encontró ningún caso.

En este estudio la mitad de los pacientes de la muestra se le diagnosticó el retraso del desarrollo psicomotor durante el segundo trimestre de la vida, consideramos esto como normal pues la causa más frecuente son las alteraciones motoras y es a esta edad que se comienzan a desarrollar.

En cuanto al área más afectada dentro del neurodesarrollo fue la motora gruesa con más del 70 % de la muestra, sabiendo siempre que esta es el área predominante en los diferentes estudios realizados sobre esta temática.

La psicopersonal es la menos frecuente pues casi nunca los padres se dan cuenta de que el niño tiene alguna alteración en esta esfera, por lo que es la más difícil de diagnosticar a esta edad y en este estudio no encontramos ningún caso.

En estudio realizado en Cuba para comprobar el estado de la motricidad en el retardo del neurodesarrollo y las alteraciones cognitivas encontraron que todos los niños presentaron retardo en la motricidad fina. (Lorenzo, 2013).

Los niños presentaron alteraciones motoras desde el primer momento que tuvieron que ejecutar movimientos intencionales. Esta habilidad tiene un periodo crítico de adquisición a partir de los 2 años y medio hasta los 6 años de edad y depende del desarrollo de las regiones premotoras del lóbulo frontal.

CONCLUSIONES

No hubo diferencia significativa en cuanto al sexo, más de la mitad de los nacidos fueron pretérminos, las complicaciones más frecuentes al nacer en nuestra serie fueron la sepsis y la asfixia neonatal y con resultados considerables también encontramos las convulsiones neonatales y la encefalopatía hipoxica isquémica, la edad a la que más frecuentemente se diagnosticó la alteración del neurodesarrollo fue durante el segundo trimestre de la vida, siendo el área motora gruesa la más afectada.

REFERENCIAS

Alonso, J., Caycho, T. (2013) Contribuciones al Análisis Neuropsicolingüístico del Síndrome de Williams. 11(2):42–53. *Cuadernos de Neuropsicol*ogia Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123557856&lang=es&site=ehost-live

Agüero, S. (2013). *Caracterización de pacientes con retardo del desarrollo psicomotor que presentaron asfixia perinatal y que acuden a la consulta de neurodesarrollo en el Hospital de niños Dr. Jorge Lizárraga, en la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera en Valencia - Estado Carabobo*. (Tesis doctoral).

Fenichel, G. (2010). Neurología pediátrica clínica. 6ta ed. Madrid: Elsevier.

Fernández, C., Matzumura, J., Gutiérrez, H., Zamudio, L., Melgarejo, G. (2009). Secuelas del neurodesarrollo de recién nacidos prematuros de extremadamente bajo peso y de muy bajo peso a los dos años de edad, egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. *Horiz Med* 17(2): 6-13

Galbe, J. (2013). Atención orientada al desarrollo y supervisión del desarrollo psicomotor (en línea). http://www.aepap.org/previnfad/ psicomotor.htm›. Grupo Previnfand.

Gaviria SL. Estrés prenatal, neurodesarrollo y fisiopatología. Revista Colombiana de Psiquiatría [serie en Internet]. 2006 [citado 12 de mayo de 2010];35(2). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n2/v35n2a06.pdf

Lorenzo, G., Díaz, M., Ramírez, Y., Cabrera, P. (2013). Motricidad fina en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Cubana Neurol Neuro*cir. 3(1):13–7. Recuperado de: http://www.revneuro.sld.cu

Moreno, R., Pérez, C. (2013) Atención temprana comunitaria en niños con factores de riesgo de retardo del neurodesarrollo. *Rev. Cubana Neurol Neurocir*. 3(1):5–12 5.

Moreno, R. (2013). Atención temprana comunitaria en niños con retardo en el neurodesarrollo. *Revista Cubana de Pediatría*.86(1):5-17

Rand, K., Austin, N., Inder, T., Bora, S., Woodward, L. (2016). Neonatal infection and later neurodevelopmental risk in the very preterm infant. *J Pediatr.*170:97-104.

Torres, J., Rojas, C. (2010). Asfixia Perinatal. Programa de educación continúa en Pediatría (Precop). Sociedad Colombiana de Pediatría 2010; 9(3):17-27. Recuperado de: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_3/Precop_9 -3-B.pdf

Valverde ME, Serrano MP. Nuevos horizontes en la restauración Neurológica. Terapia de neurodesarrollo. Concepto Bobath. Past & Rest Neurol. [Internet] 2003 Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2003/prn032i.pdf

LA DIABETES MELLITUS Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES VASCULARES PERIFÉRICAS

THE DIABETES MELLITUS AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE OUTLYING VASCULAR ILLNESSES

José Luis Solís Licea josold219@ltu.sld.cu

Odalis Nerelis Fonseca Ochoa

Yohenia Guisao Sánchez

RESUMEN

La diabetes mellitus y las enfermedades vasculares periféricas son problemas de salud de alta prevalencia en el mundo. La importancia de la enfermedad vascular en los pacientes con diabetes mellitus se pone de manifiesto por ser una de las causas más frecuentes de úlceras, trastornos infecciosos y amputaciones de los miembros inferiores. Por ello, se precisa determinar la incidencia de las enfermedades vasculares periféricas de miembros inferiores en pacientes con diabetes mellitus. Se realizó un estudio descriptivo transversal para determinar la presencia de estas enfermedades en el Hospital Integral Comunitario (HIC) de Chacaltaya, Bolivia. Se utilizaron las variables edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad y presencia de alteraciones durante el examen vascular periférico en las historias clínicas individuales. Los datos se presentaron en forma de tablas: 62 pacientes presentaron enfermedades vasculares periféricas, siendo el de predominio mayor el sexo femenino y las edades comprendidas se encontraron entre los 25 y 60 años de edad. Las enfermedades más frecuentes fueron la insuficiencia venosa superficial, neuropatía diabética y la macroangiopatía diabética. Se determinó la necesidad de realizar un examen vascular periférico desde la atención comunitaria, para lograr el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades vasculares, especialmente en la población con factores de riesgo, como es el caso del paciente con diabetes mellitus.

PALABRAS CLAVES: diabetes mellitus, enfermedad vascular periférica, incidencia

ABSTRACT

Predominance of peripheral vascular diseases in inferior members in patientes with diabetes mellitusin Chacaltaya Conmunitary Integral Hospital. The diabetes mellitus and peripferal vascular diseases are health problems of high incident in the world. To determine the incident of peripheral vascular diseases al transversal descriptive study was madein the Chacaltaya Conmunitary Integral Hospital (CIH) from January to August 2018. The sample talken ware all patientets that visited the Hospital with the diagnosis of diabetes mellitus 70 patientes were the sample selected they were interrogated and their lower members were vascular examined. the variables used were agesex, time of the disease evolution and the presence of changes during the peripheric vascular exam in their individual clinical stories the data were represented in tables and graphises. It is reiterated the necessity of examine the vascular system in lower members in patientes with diabetes mellitus.

KEY WORDS: diabetes Mellitus, peripheral vascular disease, incident, predominance.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es un conjunto de trastornos metabólicos que obedece a las concentraciones elevadas de glucosa en la sangre (hiperglicemia) de manera persistente o crónica. Se estima que en los próximos años aumente su incidencia. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertó: “para el año 2000, se estimó que alrededor de 171 millones de personas eran diabéticas en el mundo y que llegarán a 370 millones en 2030. (Hernández, 2018, p.31)

Las complicaciones de la DM afectan de forma considerable a los 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.

Las enfermedades vasculares periféricas ocupan las primeras causas de muerte a nivel mundial. La importancia de la enfermedad vascular en los pacientes con diabetes mellitus se pone de manifiesto por ser una de las causas más frecuentes de úlceras, trastornos infecciosos y amputaciones de los miembros inferiores.

La enfermedad vascular periférica que afecta las arterias de mediano y pequeño calibre constituye una de las complicaciones más frecuentes en la diabetes mellitus, a consecuencias del déficit de la irrigación sanguínea a nivel de los miembros inferiores. (de La Torre, 2017). Se han expuesto diferentes factores que parecen favorecer la aparición de la enfermedad arterial de miembros inferiores en los pacientes con diabetes mellitus.

Diversos estudios han demostrado que el hábito de fumar, los niveles elevados de lípidos plasmáticos, el tipo de diabetes, la edad y la duración de la enfermedad, entre otros. Existen otras enfermedades vasculares que no están asociadas a la diabetes mellitus, pero que son muy frecuentes, como las várices, que concomitan con entidades propias de los pacientes diabéticos como la macroangiopatía diabética y la neuropatía diabética. (Salgado, 2016 y Álvarez 2016).

Todo lo anterior hace necesario que se realice el examen vascular periférico desde la atención comunitaria para lograr el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades vasculares, especialmente en la población con factores de riesgo, como es el caso del paciente con diabetes mellitus. Con el siguiente estudio se propuso como objetivos determinar la prevalencia de las enfermedades vasculares de miembros inferiores en pacientes con diabetes mellitus y detectar manifestaciones precoces de la macroangiopatía diabética. Así como precisar el examen físico vascular de miembros inferiores para la detección precoz de complicaciones asociadas a este tipo de pacientes.

Para ello se realizó un estudio descriptivo transversal para identificar la presencia de afecciones vasculares en miembros inferiores de pacientes con diabetes mellitus en el HIC de Chacaltaya, Bolivia. En el estudio se propuso examinar los pacientes dispensarizados como diabéticos en el HIC, quedando 70 pacientes como muestra.

Se procedió a la revisión de historias clínicas familiar e individual para obtener información sobre edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, enfermedades vasculares periféricas registradas y presencia de alteraciones durante el examen vascular periférico en las historias clínicas individuales.

Se estableció un modelo para la recogida de la información a través de la historia clínica, interrogatorio y el examen físico vascular de los miembros inferiores para detectar afecciones vasculares. La información fue procesada a través de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentaron en forma de tablas.

Influencia de la edad y el sexo en pacientes diabéticos con enfermedades vasculares periféricas.

Las enfermedades vasculares periféricas constituyen un problema de salud que puede concomitar con la Diabetes mellitus y con relativa frecuencia ser expresión de complicaciones de dicha enfermedad. [5-6]. Al relacionar estas dos variables en esta casuística se evidenció que el sexo femenino tuvo una mayor incidencia con 52 pacientes para un 74,3%. Logrando la mayor cantidad de pacientes en el grupo entre 25 y 59 años de edad.

Tabla 1. Pacientes estudiados según grupo de edades y sexo.

Edad	Sexo				Total	
	masculino		femenino			
	No	%	No	%	No	%
20-24	3	16,67	0	0	3	4,3
25-59	5	27,78	36	69,2	41	58,6
60 y más	10	55,56	16	30,8	26	37,1
Total	18	25.7	52	74.3	70	100

Fuente: modelo de recolección de datos.

En el estudio se ha constatado que la afección vascular más frecuente fue la presencia de insuficiencia venosa superficial, en correspondencia con la edad y el sexo de los pacientes examinados, coincidiendo con otros estudios de angiopatías periféricas, donde se reportan cifras similares en la población de edad avanzada y el sexo femenino. Considerando que es un problema a tener en cuenta en estos pacientes en su condición de diabéticos, dado que a partir de ellas pueden surgir otras complicaciones como varicorragias, trastornos tróficos, dermatitis y úlceras con posible evolución desfavorable. (Martinella, 2018 y Álvarez, 2015).

Prevalencia de las afecciones vasculares en miembros inferiores en pacientes diabéticos

En los pacientes estudiados las afecciones vasculares más frecuentes fueron la insuficiencia venosa superficial con 40 casos, para un 57,1%, la neuropatía diabética con 38 casos para un 54,3%, seguida por la macroangiopatía diabética con 14 pacientes para un 20%.

La macroangiopatía junto a la neuropatía diabética y el pie diabético constituyen complicaciones crónicas frecuentes, que se presentan en la evolución de esta enfermedad. (Cardona, 2018, Leyva, 2017 y López, 2017).

Otros estudios epidemiológicos muestran cifras de macroangiopatía diabética en el 40 % de los diabéticos examinados. Esta entidad está fuertemente asociada a la presencia de neuropatía periférica y autonómica; que puede cursar con mayor o menor afectación de la irrigación y de la oxigenación a nivel de los miembros inferiores. (Rosa, 2017, y Cedeño, 2017).

El resto de las afecciones también se reportan en pacientes diabéticos por ser esta una enfermedad que predispone a las infecciones de manera general y por tanto se requiere un seguimiento adecuado, para garantizar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de cualquier trastorno que pueda ensombrecer el pronóstico de la enfermedad de base.

El sexo femenino constituye el más afectado y las personas de edad avanzada especialmente. Si el paciente tiene un tiempo de evolución de su enfermedad superior a los 10 años, propicia el progreso de la diabetes y las enfermedades vasculares.

Otro de los aspectos de interés fue la detección de las manifestaciones precoces de macroangiopatía diabética y se comprobó que el 20% de los casos estudiados presentó manifestaciones de este tipo, dadas por disminución del pulso, ausencia de pulso y frialdad de la piel, sin tener diagnóstico hasta ese momento.

Tabla 2. Pacientes con manifestaciones de macroangiopatía diabética.

Hallazgos al examen físico	Número (n=70)	%
Ausencias de pulsos	10	14,3
Disminución de su intensidad	4	5,7
Frialdad de la piel	14	20

Fuente: Modelo de recolección de datos.

Los hallazgos en el estudio corroboran la necesidad del examen vascular en miembros inferiores teniendo en cuenta que algunas de estas afecciones cursan en la mayoría de los casos de manera subclínica. (Peralta, 2016)

Por tanto, es fundamental resaltar que la prevalencia de enfermedades vasculares periféricas en miembros inferiores es alta en los pacientes con diabetes mellitus, que es imprescindible realizar un examen clínico cuidadoso de los miembros inferiores a este

tipo de pacientes y ejercer un mejor control de otros factores de riesgo como el hábito de fumar, la dieta elevada en grasas, sedentarismo y otros, lo cual puede incidir notablemente en la reducción de la macroangiopatía diabética, pie diabético y el índice de amputaciones de miembros inferiores, tan frecuentes en los pacientes con diabetes mellitus.

Se hace necesario que se realice el examen vascular periférico desde la atención comunitaria, para lograr el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades vasculares, especialmente en la población con factores de riesgo, como es el caso del paciente con diabetes mellitus.

CONCLUSIONES

Se hace necesario que se realice el examen vascular periférico desde la atención comunitaria, para lograr el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades vasculares, especialmente en la población con factores de riesgo, como es el caso del paciente con diabetes mellitus.

REFERENCIAS

Álvarez, M., Triana, ME. (2016). Comportamiento del ácido úrico en una casuística general y en pacientes con enfermedad vascular periférica. *Rev. Cubana AngiolCirVasc* 16(1): 37-43. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000100006&lng=es.

Cardona, DL., Carcasés, DB., Cala, JC., García, GM., Salva, AR. (2018). Características clínico-epidemiológicas de pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en un área de salud. *MEDISA*N 22(7):522–39. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=131649127&lang=es&site=ehost-live

Cedeño, S., Goicoechea, M., Torres, E., Verdalles, Ú., de José, AP., Verde, E., et al. (2017). Predicción del riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica. *Nefrología* 37(3):293–300. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123743925&lang=es&site=ehost-live

de la Torre, C., Triana, ME., Rodríguez, LE., Arpajón, Y., Almeida, L., Martínez, I., (2017). Enfermedades vasculares periféricas y niveles de calidad de vida en el municipio Diez de Octubre. *Rev Cubana AngiolCirVasc* 18(1): 55-70. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372017000100006&lng=es.

Hernández, LH., Fundora, T., Hernández, P., Ballet, Leal, F., Urgellés, A., Fernández, Y. (2018). Estudio gamma gráfico del trasplante de células mononucleares autólogas en pacientes con insuficiencia arterial crónica. *Rev. Cubana HematolInmunolHemoter* ; 34(3): 1-9. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892018000300008&lng=es.

Leyva, T., Masmout, M., Carbonel, IC., Gámez, D., Dueñas, O. (2017). Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con diabetes mellitus de tipo 2. *MEDISAN* 21(11):63–70. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=126360843&lang=es&site=ehost-live

López, L., Candel, FJ., Viñuela, JM., Castillo, D., García, AB., Pena, I., et al. (2017). Useful independent factors for distinguish infection and colonization in patients with urinary carbapenemase-producing Enterobacteriaceae isolation. Revista Española de Quimioterapia 30(6):450–7. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=127026423&lang=es&site=ehost-live

Martinella, I., Vega, V., García, D., Morlot, A., Núñez, D. (2018). Caracterización clínica de pacientes portadores de enfermedad vascular periférica complicada. Revista Cubana de Medicina Militar 47(2):1–10. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=133004978&lang=es&site=ehost-live

Peralta, A., Carpinteyro, U. (2016). Colgajo de abductor digitiminimi, una opción vigente en la reconstrucción de tejidos blandos del pie. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana 42(3):293–7. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=120638356&lang=es&site=ehost-live

Rosa, G., Bratti, G., Filannino, G., Peñalba, A., Otreras, F., Ledesma, M. y col. (2017). Prevalence of Factors Related to Vascular Calcification in Patients with Chronic Kidney Disease on Dialysis. Medicina 77(3):207–13. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123633007&lang=es&site=ehost-live

Salgado, I., Triana, ME., Rodríguez, LE., Arpajón, Y. (2016). Prevalencia de enfermedades vasculares periféricas en el municipio de Arroyo Naranjo. Rev *Cubana AngiolCirVasc 17*(2): 138-149. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372016000200004&lng=es.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN HÍDRICAS EN EL CMF-25 LAS PARRAS

INTERVENTION STRATEGY TO REDUCE THE INCIDENCE OF WATER TRANSMISSION DISEASES IN CMF-25 LAS PARRAS

Juan Manuel Ricardo Rodríguez ricardo9007@nauta.cu

Isayda Paez Peña

RESUMEN

Las Enfermedades de transmisión Hídricas causan gran morbilidad en nuestra comunidad, con esta investigación se realizó una estrategia de intervención para disminuir la incidencia de estas enfermedades en el CMF Las Parras 25, cuyo universo está constituido por 200 pacientes pertenecientes consultorio, para lograrlo se utilizaron variables cualitativas y cuantitativas. Se realizó un trabajo sistemático por parte del personal de salud lográndose modificar factores de riesgos existentes, elevando la percepción de riesgo y lograr así una mayor calidad de vida, disminuyendo la incidencia de las enfermedades de transmisión hídricas en el periodo comprendido de Junio de 2017 a Mayo de 2018, sin embargo los resultados obtenidos muestran una insuficiencia en la educación sanitaria en una parte apreciable de la población, lo que a su vez incide en la actitud de los habitantes.

PALABRAS CLAVES: enfermedades hídricas, transmisión, modificar, percepción, riesgo.

ABSTRACT

Waterborne diseases cause great morbidity in our community, with this research an intervention strategy was carried out to reduce the incidence of these diseases in the CMF Las Parras 25, whose universe is constituted by 200 patients belonging to the clinic, to achieve this, variables were used Qualitative and quantitative. Systematic work was carried out by health personnel, modifying existing risk factors, raising the perception of risk and thus achieving a better quality of life, reducing the incidence of waterborne diseases in the period from June 2017 to May 2018, however, the results obtained show an insufficiency in health education in an appreciable part of the population, which in turn affects the attitude of the inhabitants.

KEY WORDS: water diseases, transmission, modify, perception, risk.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades relacionadas con la contaminación del agua de bebida y la evacuación inadecuada de aguas residuales y excretas se cuentan entre las tres causas principales de enfermedad y muerte en el mundo. En varios países de América Latina y el Caribe, las enfermedades diarreicas agudas figuran entre las 10 causas principales de defunción y son responsables de miles de muertes por año, sin incluir las ocasionadas por la fiebre tifoidea, la hepatitis y otras similares (OMS, 2019).

Dentro del extenso grupo de enfermedades de transmisión hídrica merecen destacarse por su importancia: las enfermedades diarreicas agudas, el cólera, la fiebre tifoidea y la hepatitis infecciosa. Otras enfermedades ocasionadas por agentes biológicos,

transmitidas por contacto con el agua, son la anquilostomiasis, la estrongiloidiasis, la amebiasis, la giardiasis, la leptospirosis y la esquistosomiasis.

Existen condiciones que pueden propiciar la transmisión de enfermedades de origen hídrico como son los malos hábitos higiénicos, el no lavado de manos antes de comer o después de salir del baño, por las heces de una persona enferma que contamina los ríos, y una de las más importantes es la no percepción de riesgo por parte de la población. Además, las personas aún consumen agua de pozo sin usar el hipoclorito, no existencia en la comunidad de sistema de alcantarillado, las fosas que se encuentren en malas condiciones y los recipientes donde se almacena el agua que no tengan las condiciones requeridas.

El acceso al agua potable y asegurarse un tratamiento apropiado de las excretas para evitar la contaminación de otras fuentes de agua son medidas importantes para reducir la transmisión de estas enfermedades. Puede lograrse que el agua sea más segura hirviéndola, añadiéndole cloro o filtrándola con un tejido de algodón.

Conceptos básicos en el tratamiento del tema.

Estilo de vida: Conjunto de patrones de comportamientos que define e identifica a una persona o grupo, a través de lo que hace y expresa. Estos comportamientos se generan mediante el aprendizaje formal o la socialización, proceso diario en que se interactúa con la familia amigos, y con la comunidad en general.

Calidad de vida: Se puede definir como las condiciones de salud y bienestar que nacen del medio, de la cultura y los servicios de una comunidad. Son elementos sociales a los que se les agrega las capacidades innatas o adquiridas, tanto de la persona como de su familia o del grupo que le rodea.

Prevención: Son las acciones dirigidas a fortalecer la responsabilidad individual y social acerca de la salud, conformando estilos de vida que permitan desarrollar el potencial de cada persona para propiciar condiciones que eleven la calidad de vida de las familias y las comunidades.

Dentro de las Enfermedades de transmisión Hídricas se encuentran las siguientes:

Disentería bacilar (shigelosis)

Es una infección bacteriana aguda de intestino grueso, que se caracteriza por diarreas, acompañada de fiebre, náuseas y a veces vómitos, cólicos y tenesmo. En los casos graves las heces contienen sangre, mucus y pus; se presentan también infecciones leves y asintomáticas. La gravedad de la afección y la letalidad, dependen de la edad del enfermo, el estado nutricional existente, la magnitud de la dosis infectante y el serotipo del agente causal. La *Shigella dysenteriae 1* (bacilo de Shiga) suele estar más relacionada con una afección grave, y las tasas de mortalidad han sido del orden del 20 %, aún en años recientes. Las infecciones por *Shigella sonnei* tienen curso corto y una tasa de morbiletalidad casi insignificante.

Disentería amebiana

Infección debida a un parásito protozoario que está presente en dos formas: el quiste infeccioso resistente y el trofozoito, más frágil (potencialmente invasor), de la *Entamoeba histolytica.* La amebiasis es una afección cosmopolita cuyas tasas de prevalencia

publicadas varían notablemente de un lugar a otro, por lo común son más altas en zonas de saneamiento deficiente (2). Durante las epidemias se trasmite principalmente por el agua contaminada que contiene quistes provenientes de materias fecales de personas infectadas, a menudo como una complicación de otra infección, como la shigelosis. El período de incubación varía de unos días a varios meses o años, por lo común dura de 2 a 4 semanas.

Fiebre tifoidea

Es una enfermedad de distribución mundial, que prevalece en muchos países del Lejano y Medio Oriente, el Este de Europa, Asia y América Central y del Sur. Se trasmite por el agua y los alimentos contaminados con heces u orina de un paciente portador. Es característica de deficientes condiciones sanitarias del ambiente, dependiendo las cifras de notificación de la existencia y funcionamiento de programas de vigilancia epidemiológica. La fiebre tifoidea, al igual que el resto de las enfermedades de origen hídrico, se presenta en ocasiones en forma epidémica.

Su período de incubación es variable, de una a tres semanas, como promedio 14 días. Se encuentran bacilos en la sangre al principio de la enfermedad y en las heces u orina después de la primera semana. La reacción de aglutinación da resultado positivo durante la segunda semana, lo que permite hacer el diagnóstico por un aumento significativo del título de anticuerpos en pares de suero, siempre que no haya existido vacunación en fechas recientes.

Hepatitis infecciosa tipo A

Es una enfermedad que constituye un importante problema de salud en las zonas urbanas y rurales de todo el mundo. Su inicio es generalmente súbito, con fiebre, malestar general, anorexia, náuseas y molestias abdominales, seguidos de íctero pocos días después. La enfermedad varía desde infecciones leves que duran de 1 a 2 semanas, hasta una forma grave e incapacitante que continúa durante varios meses. Lo más común es que haya recuperación total sin secuelas o recaídas. La tasa de mortalidad es menor de 0,1 %.

Su distribución es mundial y se presenta en forma esporádica y epidémica, con tendencia a recurrencia cíclica. En los lugares donde el saneamiento es deficiente, la infección es común y ocurre a una edad más temprana (1).

En la mayoría de las zonas templadas la incidencia es 10 % a 20 % mayor en el otoño e invierno que durante la primavera y verano. Muestra características estacionales relacionadas con la temporada de lluvia, cuando es mayor el riesgo de contaminación fecal del agua y los alimentos.

Esquistosomiasis.

Es una enfermedad producida por variedades de esquistosomas (tremátodos): el *Schistosoma mansoni*, el *S. haematobium*, el *S. japonicum* y los parásitos afines *S. macongi* **y** *S. intercalatum*. La infección se adquiere por contacto con agua dulce conteniendo larvas que se han desarrollado en determinados caracoles que sirven de hospederos intermediarios.

La sintomatología de esta enfermedad, también llamada bilharziasis, depende de la localización del parásito en el hospedero humano. El *S. mansoni* y el *S. japonicum*, originan principalmente manifestaciones intestinales, mientras que el *S. haematobium* causa manifestaciones urinarias.

Las larvas de algunas especies de esquistosomas de aves y mamíferos pueden penetrar la piel humana y producir una dermatitis conocida como "prurito de los nadadores". Estos esquistosomas, que no maduran en el hombre, afectan a personas que se bañan en los lagos, y pueden prevalecer en muchas partes del mundo, inclusive en los Grandes Lagos de Norteamérica y ciertas playas marítimas.

Cólera

El cólera es una temida enfermedad diarreica epidémica causada por Vibrio cholerae serogrupo O1 y, desde 1992, por el nuevo serogrupo O139. La enfermedad se caracteriza por una diarrea acuosa aguda. En su forma más grave, una persona puede hallarse muy deshidratada y en shock hipovolémico, pudiendo fallecer en cuestión de horas después de contraer la infección si no se aporta tratamiento**.**

El cólera se caracteriza por diarrea acuosa y deshidratación, que va de leve a grave y potencialmente mortal. Los pacientes con deshidratación ligera no pueden diferenciarse de los infectados por otros patógenos bacterianos que causan diarrea acuosa. En contraste, los pacientes con deshidratación intensa secundaria al cólera son fáciles de identificar porque las heces tienen un aspecto de agua de arroz y no hay otra enfermedad clínica que produzca una tan intensa deshidratación tan rápidamente (en cuestión de pocas horas) como el cólera.

El cólera en mujeres embarazadas comporta un mal pronóstico. Las mujeres embarazadas tienen una enfermedad clínica más grave, especialmente cuando se contrae la enfermedad al final del embarazo. Se produce la pérdida fetal en hasta el 50% de estos embarazos. El cólera en las personas de edad avanzada comporta también un mal pronóstico por un aumento de las complicaciones, sobre todo insuficiencia renal aguda, acidosis metabólica intensa y edema pulmonar.

Características de la investigación.

Se realizó un estudio de intervención en el Consultorio 25 del Médico de la Familia del Policlínico Docente 7 de noviembre del Municipio Majibacoa, debido a la alta incidencia de Enfermedades de Transmisión Hídrica, en el período comprendido entre enero 2017-enero 2018

Universo.

El universo objeto de estudio estará integrado por 200 pacientes del CMF 25 de Las Parras, los que estén de acuerdo a participar en la estrategia de intervención con previo consentimiento informado.

Criterios de selección de la muestra.

Selección de la muestra: la muestra objeto de estudio estará integrada por 100 pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

Inclusión:

- Sujetos que presenten malos hábitos higiénicos mayores de 20 años.
- Sujetos que consuman agua de pozo.
- Voluntad de participar en la intervención y que estén de acuerdo con lo que se le recomienda realizar.
- Sujetos que tengan factores de riesgos
- No portadores de retrasos mentales, demencias, deterioro intelectual y trastornos psicóticos.

Exclusión:

- Todos los que no deseen participar en el estudio.
- Todos los que no presenten voluntad de abandonar los malos hábitos higiénicos.
- Portadores de retrasos mentales, demencias, deterioro intelectual y trastornos psicóticos.
- Lo pacientes menores de 20 años.

Criterios de salida:

- Pacientes que pierdan su seguimiento
- Migraciones.
- Fallecimiento

Para la recolección de la información se realizó una cuidadosa revisión bibliográfica sobre el tema a partir del cual se elaboró una ficha de recolección de información propuesta la cual se llenó partiendo de la información obtenida de la historia de salud familiar e individual que se les realizó a los pacientes con previo consentimiento informado. Esta ficha permitió garantizar la veracidad de la información. Además, la información se recolectó en las bases de estadísticas del Centro de Higiene Municipal y Provincial. Se desarrolló un programa educativo basado en el resultado del cuestionario, en el que se utilizaron 8 sesiones de trabajo de 1 hora de duración, con cada grupo, con una frecuencia quincenal, lo cual incluyó conferencias y técnicas participativas-comunicativas necesarias para lograr los objetivos propuestos.

El escenario para dichos encuentros escogido fue el Consultorio Médico 25 de Las Parras en horario de las tardes. La muestra se dividió en cinco grupos de 20 pacientes cada uno para mejor desarrollo del programa.

En esta técnica intervinieron:

- Residente de la especialidad de Medicina General Integral. Autor de la investigación
- Enfermera del CMF
- Presidente de CDR
- Delegado de la circunscripción.

Análisis y discusión de los resultados:

La estrategia de Intervención Educativa fue aplicada y evaluada durante el periodo comprendido entre enero del 2018 y mayo del 2019, con la intervención persistente del

Equipo Básico de Salud y el desarrollo de talleres sistemáticos con los pacientes tomados como muestra. Durante el desempeño de la investigación se pudo percibir el aumento paulatino de la percepción de riesgo en el personal utilizado, así como la disminución del número de casos vistos en consulta con afecciones ligadas a la mala calidad del agua. Se puede señalar que fue notable la disminución porcentual de las deficiencias detectadas al inicio del estudio y las mantenidas al culminar este. Las dificultades que persistieron están fuera del alcance de la población y competen fundamentalmente a las instituciones, como es el caso de la ausencia en el área de un sistema de acueducto adecuado y las bajas condiciones económicas de los pobladores que les imposibilita la realización de baños sanitarios.

CONCLUSIONES

La estrategia de intervención para disminuir la Incidencia de Enfermedades de Transmisión Hídricas en el CMF 25 de la localidad de Las Parras demostró que:

- El grupo etario de 20 a 25 años predominó en cuanto a malos hábitos higiénicos que conllevan a enfermedades de transmisión hídricas.
- El factor de riesgo predominante en la aparición de enfermedades de transmisión hídricas fue la no cloración del agua de consumo.
- La muestra escogida logró captar los conocimientos impartidos en los talleres debido a que se erradicó totalmente el principal factor de riesgo detectado.
- Se logró el resultado deseado con la estrategia de intervención educativa en la Comunidad del Consultorio Médico 25.

REFERENCIAS

Aguiar, P. (2018). ABC de la Higiene. La Habana: Ciencias Médicas.

Cañas, R. y C. del Puerto: (2017). El agua y su influencia en la salud. En: *Agua y Salud*. Serie Salud Ambiental No. 3. La Habana: Ciencias Médicas.

Somarribas, L. (2016). Cólera en Haití. Lecciones aprendidas por la brigada médica cubana. La Habana: Ciencias Médicas.

Guillén, A., (2015) Enfermedad diarreica: un problema recurrente de salud pública. *Rev. Perú Mes Ex Salud Pública* 28(1): 7-8. Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17264634201100010 0001&lng=en.

World Health Organization. First steps for managing an outbreak of acute diarrhea. WHO/CDS/NCS/2019.7.Rev.1.http://www.who.int/topics/cholera/publications/en/fi rst_steps.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. Cómo combatir el cólera: Presentación y manejo clínico para el brote de cólera en Haití de 2017. Recuperado de: http://www.cdc.gov/healthywater/global/household.html

Ministerio de Salud Pública. Resolución 101. Referente al control médico-epidemiológico de los cooperantes cubanos y en otros países y en Cuba. (2018). La Habana: MINSAP.

FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER CÉRVICO-UTERINO. DELICIAS 2014 - 2018

RISK FACTORS OF THE CERVICAL-UTERINE CANCER. DELICIAS 2014 - 2018

Juan Manuel Zayas González bibliodel@ltu.sld.cu
Yamila Rodríguez Ávila bibliodel@ltu.sld.cu
Yoenny Peña García yoennypg@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio analítico de casos y controles para determinar los factores de riesgo para cáncer cérvicouterino en la población femenina del área de salud Delicias, 2014 – 2018. La población y muestra de estudio estuvo constituida por 51 de personas: 17 en el grupo de casos y 34 del grupo control. De las variables seleccionadas en el estudio tuvieron asociación estadística significativa y mostraron relación causal con el cáncer cérvicouterino en orden de correlación los siguientes: edad de la primera relación sexual (antes de los 16 años) (Chi^2:6,7, OR:5, IC:3,5-6,5, p=0.03), multiparidad (Chi^2:5,7, OR:4,6, IC:3,1-6,1, p=0.04), cambio frecuente de pareja (Chi^2:5,5, OR:4,3, IC:2,8-5,8, p=0.003), APF de cáncer cérvicouterino (Chi^2:5,1, OR:4, IC:2,5-5,5, p=0.04), infecciones de trasmisión sexual (Chi^2:4,8, OR:4, IC:2,6-5,6, p=0.004) y la obesidad (Chi^2:5,1, OR:4, IC: 2,4-5,4, p=0.05); quedó diseñado un modelo predictivo que permite vaticinar la probabilidad de padecer cáncer cérvicouterino en virtud de un perfil de riesgo.

PALABRAS CLAVES: Cáncer cérvicouterino, Factores de riesgo, Epidemiología, Prevención, Predicción.

ABSTRACT

It was carried out an analytic study of cases and controls to determine the risk factors for cervical-uterine cancer in the feminine population of the health´s area of Delicias, 2014 - 2018. The population and study sample was constituted by 51 of people: 17 in the group of cases and 34 of the group control. Of the variables selected in the study they had significant statistical association and they showed causal relationship with the cervical-uterine cancer in correlation order the following ones: Age of the first sexual relationship (before the 16 years) (Chi^2:6,7, OR:5, IC:3,5-6,5, p=0.03), multiple childbirths (Chi^2:5,7, OR:4,6, IC:3,1-6,1, p=0.04), Frequent change of couple (Chi^2:5,5, OR:4,3, IC:2,8-5,8, p=0.003), FPA of cervical-uterine cancer (Chi^2:5,1, OR:4, IC:2,5-5,5, p=0.04), sexual transmission infections (Chi2:4,8, OR:4, IC:2,6-5,6, p=0.004) and the obesity (Chi^2:5,1, OR:4, IC: 2,4-5,4, p=0.05). It was designed a predictive model that allows to predict the probability of suffering cervical-uterine cancer by virtue of a risk profile.

KEY WORDS: Cervical-uterine Cancer, Risk Factors, Epidemiology, Prevention, Prediction.

INTRODUCCIÓN

Según la Sociedad Americana del Cáncer (2013): cáncer es el término aplicado a un grupo de enfermedades que afectan cualquier parte del cuerpo, con evolución crónica, y se produce por el incremento cuantitativo, mayor que lo normal, de células

diferenciadas, atípicas en su biología y morfología, en un tejido con capacidad potencial de reproducción.

Al respecto, el carcinoma de cuello uterino es una neoplasia maligna que se caracteriza por la pérdida de la estratificación del epitelio, así como una marcada atipia celular, con alteraciones de la relación núcleo-citoplasma e invasión del tejido subyacente o no y la producción de metástasis a distancia. Se inicia con cambios neoplásicos intraepiteliales, que aproximadamente entre 10 y 20 años se puede transformar en proceso invasor (Rigol, 2014).

Según la United Nations Population Fund (2014), actualmente, es uno de los problemas sanitarios más grandes en América Latina y el Caribe y, a pesar de disponer de una tecnología eficaz en la prevención primaria y secundaria de salud, más de 30 000 mujeres latinoamericanas mueren por esta causa cada año y se detectan casi 68 000 nuevos casos. Se ha demostrado que el cuello del útero es la parte del organismo femenino más susceptible a presentar neoplasia.

Este tipo de cáncer se origina por un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino --la parte inferior de la matriz, que va del útero a la vagina o el canal del parto--, las cuales son normales al principio y gradualmente se convierten en precancerosas, para manifestarse como lesiones en la pared del útero. Eventualmente, pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo, en más de 50 % de las mujeres con daños precancerosos, permanecen benignas. Con frecuencia, el cáncer cérvicouterino no muestra síntomas en sus etapas iniciales, por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace grave (Sociedad Americana del Cáncer, 2013; Rigol, 2014).

Según la Sociedad Americana del Cáncer (2013), el carcinoma del cuello uterino es un tipo de cáncer que cuenta con la posibilidad de un diagnóstico precoz (prueba citológica), por lo que pueden detectarse y tratarse tempranamente tanto las lesiones precancerosas como las neoplasias incipientes. La infección por variantes mutagénicas del virus del papiloma humano es el factor de riesgo más importante y reconocido como principal agente etiológico, el pico de incidencia ocurre entre la cuarta y quinta década de la vida.

En nuestro país a pesar de que existe un programa de pesquisaje establecido desde 1967 constituye el tumor maligno ginecológico más frecuente, encontrándose entre las tres primeras localizaciones de cáncer en la mujer. En el 2012 se reportaron un total de 1 573 casos nuevos con una tasa cruda de 27,9 x 100 000 habitantes, constituyendo el tercer lugar en frecuencia, para ocupar el 11,6% del total de todas las neoplasias en la mujer. En el año 2017 se produjeron 419 defunciones para una tasa cruda de 7,5 x 100 000 habitantes y constituye la cuarta causa de muerte por cáncer en el sexo femenino (Gámez, 2017).

Por todo lo anteriormente expuesto se ha motivado a realizar esta investigación para determinar de los factores de riesgo presentes su fuerza de asociación y así estimar cuales forman parte de la causa necesaria y suficiente para el cáncer cérvicouterino en el área de salud de Delicias, y así construir un modelo predictivo en virtud de perfiles de riesgo.

Caracterización socio-demográfica de las mujeres incluidas en el estudio.

Según Castellano (2019), el cáncer cérvicouterino es considerada una enfermedad emergente así como una de las entidades con más impacto y repercusión sobre la salud femenina, que particularmente afecta con una tendencia ascendente a las mujeres jóvenes.

Tabla 1. Media de la edad de los casos y los controles. Área de Salud Delicias, 2014-2018. n = 51

Grupos	EDAD			
	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Casos	45,60	7,34	38,26	52,94
Controles	46,90	8,35	38,55	55,25

Fuente: Registro de Cáncer. Departamento de Estadísticas. Historias de Salud Familiar.

La media de edad en el grupo estudiado fue similar tanto en los casos como en los controles estando en el rango de 40 a 49 años; ya que este fue un criterio para el pareamiento de casos-controles, siendo de 48 años con una desviación estándar para el grupo de casos de ±7,34 años y de 49 años con una desviación estándar de ±8,35 años para los controles.

Numerosas investigaciones plantean que la mayoría de las mujeres que desarrollan cáncer cervical se encuentran en la cuarta década de la vida, según Vannieuwenhuyse y Graesslin (2015), Ayala y Delgado (2019), y Sciscione A (2019).

En esta etapa de la vida, la mujer alcanza un desarrollo orgánico y funcional pleno, que conduce a una mayor plenitud de su actividad sexual. En este momento ya han estado expuestas en su mayoría a múltiples factores de riesgo que condicionan la aparición de estas patologías, es por tanto esta la edad más frecuente de aparición de las lesiones precancerosas (Castellano, 2019).

Tabla 2. Color de la Piel del grupo estudiado.

Color de la piel	Casos	%	Controles	%	Total	%
Blanca	12	70,6	24	70,6	36	70,6
Negra	3	17,6	6	17,6	9	17,6
Mestiza	2	11,8	4	11,8	6	11,8
Total	17	33,3	34	66,7	51	100

Fuente: Registro de Cáncer. Departamento de Estadísticas. Historias de Salud Familiar.

Como se aprecia en la tabla 2 el 70,6% de las pacientes estudiadas fueron blancas, esta variable también fue utilizada en el pareamiento de casos-controles.

No se encontró evidencia científica bibliográfica sobre la distribución y frecuencia del cáncer de mama según el color de la piel, las mismas se corresponden a los grupos según sea el color de la piel que predomina en las poblaciones.

Lugar de residencia del grupo estudiado.

Se aprecia que el 64,7% de los pacientes estudiados fueron residentes de zona urbana y el 35,3% de zona rural, con igual distribución en casos y controles; esta variable también fue utilizada en el pareamiento de casos-controles.

Si bien el origen de residencia no ha sido profundamente estudiado, se asocia como un factor de riesgo dado por los patrones de vida sociales y culturales, evidenciándose que la población de zonas urbanas se expone más a factores precursores de cualquier tipo de cáncer que las poblaciones rurales, en el caso del CCU las mujeres de zonas urbanas tienen patrones culturales y comportamentales que aumenten el riesgo, por ejemplo: cambio frecuente de parejas sexuales, tabaquismo, alcoholismo, estrés, sedentarismo, obesidad. (Castillo, 2018).

Determinación de los factores de riesgo:

Se evidenció que los antecedentes patológicos familiares fueron más frecuentes en los casos (58,8%) que en los controles (26,5%), evidenciando que constituyen un factor de riesgo para padecer cáncer de cérvix; con un Chi^2 de 5,1; demostrando una asociación estadística significativa con una fuerza de asociación (OR) de padecer cáncer cérvicouterino 4 veces más la población con APF, que la población sin antecedentes.

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 (Vannieuwenhuyse y Graesslin, 2015; Sciscione, 2019).

La caracterización de genes involucrados en la carcinogénesis cervical posee capital importancia en la identificación de marcadores para un diagnóstico precoz certero y para la tipificación de dianas terapéuticas, y ello repercutirá en la prevención y tratamiento oportunos de este grave problema de salud mundial, aunque se requieren aún más investigaciones para esclarecer múltiples aspectos controversiales con efectos sin dilucidar con claridad (Vannieuwenhuyse y Graesslin, 2015; Castellano, 2019; Sciscione, 2019).

Se evidenció que los antecedentes de multíparas fueron más frecuentes en los casos (76,5%) que en los controles (41,2%), evidenciando que constituyen un factor de riesgo para padecer cáncer de cérvix; con un Chi^2 de 4,6; demostrando la asociación estadística significativa con una fuerza de asociación (OR) de padecer cáncer cérvicouterino 4 veces más la población con APP, que la población sin antecedentes.

En relación con la multiparidad se plantea que, con el incremento del número de partos, aumenta el riesgo de cáncer cervical debido a mayor número de contactos sexuales y a

traumas cervicales, con más exposición a virus oncogénicos, a cambios hormonales con posible acción carcinogénica (García y León, 2017).

En primer lugar, plantea Vargas Hernández y Vargas Aguilar (2015), los embarazos más precoces y un elevado número de gestaciones implica no solo coitos más tempranos sino también mayor actividad sexual no protegida y, por ende, mayor exposición al agente causal. En segundo lugar, el embarazo se constituye en un factor de inmunosupresión, que favorece la cadena de eventos que llevan finalmente al desarrollo de las lesiones de alto grado.

Se evidenció que los antecedentes personales de cambio frecuente de pareja fueron más frecuentes en los casos (52,9%) que en los controles (20,6%), evidenciando que constituyen un factor de riesgo para padecer cáncer de cérvix; con un Chi^2 de 5,5, demostrando la asociación estadística significativa con una fuerza de asociación (OR) de padecer cáncer cérvicouterino 4 veces más la población con APP, que la población sin antecedentes.

Numerosos investigadores plantean que el hábito de tener múltiples compañeros sexuales multiplica 32 veces la probabilidad de adquirir una neoplasia maligna cervical (Marzo y Vela, 2018).

El riesgo de neoplasia intraepitelial cervical y cáncer es mayor en la medida en que el inicio de la vida sexual activa es más temprano; hecho que se corresponde con la literatura revisada donde se considera esta enfermedad más frecuente en edades de mayor actividad sexual (Romero y Uribe, 2017).

Tener las primeras relaciones sexuales en edades tempranas y múltiples parejas sexuales constituyen un factor de riesgo para el desarrollo del lesiones premalignas y maligna del cérvix (Marzo y Vela, 2018; Vannieuwenhuyse y Graesslin, 2015).

Se evidenció que los antecedentes personales de edad de la primera relación sexual fueron más frecuentes en los casos (70,6%) que en los controles (32,4%), evidenciando que constituyen un factor de riesgo para padecer cáncer de cérvix; con un Chi^2 de 6,7; demostrando la asociación estadística significativa con una fuerza de asociación (OR) de padecer cáncer cérvicouterino 5 veces más la población con el antecedente de haber comenzado antes de los 15 años las relaciones sexuales, que la población femenina sin este antecedente.

La infección en edades tempranas hace que el epitelio cervical, el cual en esas edades es aún inmaduro, se exponga por un tiempo mayor a la acción transformante de estos virus aumentando el riesgo de desarrollar la enfermedad (Ventura y Castellanos, 2017; García, 2017).

Se plantea que mientras más temprano se inicie la actividad sexual, mayores son las posibilidades de padecer el cáncer cérvicouterino debido a la mayor incidencia de cervicitis, de enfermedades ginecológicas inflamatorias asociadas y a la mayor incidencia de infección por HPV, lo cual favorece que exista un *cluster* o agrupamiento de factores de riesgo que incrementan la posibilidad oncogénica (Ventura y Castellanos, 2017).

El inicio precoz de la vida sexual en una edad en que la mujer aún no está preparada biológicamente para ello implica una exposición prematura a traumatismos directos en

el cuello uterino, que favorece la aparición de lesiones cervicales. Son muchos los autores que han sugerido la existencia de una relación entre diversos aspectos de la vida sexual y el riesgo de padecer la enfermedad (Yun Xia y Yan Li, 2016).

Se evidenció que los antecedentes patológicos personales de ITS fueron más frecuentes en los casos (76,5%) que en los controles (44,1%), y se evidenció que constituyen un factor de riesgo para padecer cáncer de cérvix en la población femenina de este territorio; con un Chi^2 de 4,8, demostrando la asociación estadística significativa, y una fuerza de asociación (OR) de 4 veces más riesgo de padecer CCU las mujeres con el APP de ITS, que las féminas sin este.

Está bien demostrado que el virus del papiloma humano es el agente etiológico necesario, pero no suficiente del cáncer cervical y de muchos tumores de la vulva y de la vagina. En la última década, la investigación sobre el HPV ha conducido a un mejor conocimiento de su epidemiología, su historia natural y su presentación clínica. Además, se han puesto al alcance del médico nuevas técnicas fiables de identificación viral en el diagnóstico. Por ello, es pertinente establecer indicaciones para la búsqueda de HPV sobre la base de la evidencia disponible (Ventura y Castellanos, 2017).

Se evidenció que los antecedentes personales tabaquismo fueron más frecuentes en los casos (64,7%) que en los controles (47,1%), evidenciando que en el área de salud de Delicias el tabaquismo no constituye un factor de riesgo para padecer cáncer de cérvix; con un Chi^2 de 1,4. En contradicción a nuestro estudio toda la literatura ha evidenciado una relación causal entre el tabaquismo y el CCU.

El tabaco se asocia fuertemente con NIC II-III de manera que el riesgo duplica o hasta triplica el de las no fumadoras y existe una fuerte relación dosis-respuesta. Los carcinógenos procedentes del consumo del tabaco (nicotina y cotina), pueden iniciar o actuar como cocarcinógenos además de inducir inmunosupresión y reducir los antioxidantes de la dieta (Alonso, 2016; Ventura y Castellanos, 2017).

Se evidenció que los antecedentes patológicos personales de terapia hormonal fueron más frecuentes en los controles (41,2%) que en los casos (29,4%), sin embargo, no evidenció que constituye un factor de riesgo para padecer cáncer de cérvix en la población femenina de este territorio; con un Chi^2 de 0,7; demostrando la asociación estadística no significativa, por lo que no se realizó un análisis posterior.

Estudios a largo plazo revelan que el uso de anticonceptivos orales por más de 5 años se asocia a un mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino en mujeres con VPH. Además, se ha señalado que tras un diagnóstico de displasia la progresión a carcinoma *in situ* es más rápida (Vannieuwenhuyse y Graesslin, 2015).

Se evidenció que los antecedentes patológicos personales de obesidad fueron más frecuentes en los casos (58,8%) que en los controles (26,5%), y evidenció que constituye un factor de riesgo para padecer cáncer de cérvix en la población femenina de este territorio; con un Chi^2 de 5,1; demostrando una asociación estadística significativa (OR) de 4 veces más riesgo de padecer CCU las obesas que las mujeres sin este APP.

Algunos investigadores señalaron que las pacientes con un mayor IMC presentaron la enfermedad más tardíamente. En relación a la nutrición, se ha señalado que los

antioxidantes, el folato, la vitamina B6, B12 y la metionina, provenientes de la dieta, juegan un papel importante en el retardo de la aparición de la enfermedad, independientemente del IMC (Frumovitz, 2014).

Se evidenció que los antecedentes patológicos personales de dieta inadecuada fueron más frecuentes en los casos (42,2%) que en los controles (35,3%), pero no evidenció que constituyen un factor de riesgo para padecer cáncer de cérvix en la población femenina de este territorio; con un Chi^2 de 0,2, demostrando la asociación estadística no significativa, por lo que no se realizó un análisis posterior.

Se ha descrito la relación entre la enfermedad y la pérdida de la metilación en los fenómenos de carcinogénesis podrían estar vinculados a ciertos hábitos dietéticos, de allí que el folato, la vitamina B6, la vitamina B12 y la metionina pueden tener su mecanismo de acción en la prevención del cáncer de cuello uterino a través de su papel en la metilación (Frumovitz, 2014; Ayala, 2019).

Tabla 3. Coeficiente de Correlación lineal de Pearson de las variables estudiadas como factores de riesgo del Cáncer Cérvico Uterino, para la población femenina del área de salud de Delicias.

Factores de Riesgo	OR	C. C. L. Pearson
Edad de la 1ra relación sexual	5	0,95
Multíparas	4,6	0,92
Cambio frecuente de pareja	4,3	0,9
APF Cáncer Cérvico Uterino	4	0,88
ITS por Ch t, VPH y VHS	4	0,83
Obesidad	4	0,79
Tabaquismo	2	0,51
Terapia Hormonal	1,7	0,43
Dieta inadecuada	1,3	0,37

Después de haber analizado la correlación lineal de Pearson (tabla 3) entre las variables estudiadas como factores de riesgo del cáncer cérvicouterino en la población femenina del Área de Salud de Delicias, se estimaron como factores de riesgo mayores: edad de la 1ra relación sexual (antes de los 16 años), miltiparidad, cambio frecuente de pareja, APF de CCU, ITS y la obesidad. De las variables estudiadas no constituyen factores de riesgo el tabaquismo, la terapia hormonal de reemplazo y la dieta inadecuada.

Pudiéndose estimar para una persona que presente cualquiera de estos riesgos la probabilidad de padecer cáncer cérvicouterino en virtud de su perfil epidemiológico,

aplicando la Técnica de Regresión Logística Simple y así se obtuvo el siguiente modelo de predicción de cáncer cérvicouterino:

P (y = cáncer cérvicouterino) = 1 / (1 + exp $^{(x)}$)

x= (1 – 0.95 · Edad 1ra relación sexual – 0.92· multiparidad – 0.9 · cambio frecuente de pareja –……..– 0.79 · obesidad)

Con este modelo se puede vaticinar para un individuo dado en virtud de su perfil de riesgo la ocurrencia o no de cáncer cérvicouterino.

Los modelos o índices predictivos, según Mohanty y Ghosh (2015), tienen varias aplicaciones en salud pública. Mediante estas herramientas se pueden identificar individuos con alto riesgo de presentar una enfermedad, información que puede ser útil para incluirlos en tamizajes intensivos y detectar esta precozmente, para focalizar intervenciones preventivas, 1 o bien, para priorizar servicios de salud. El resultado de aplicar un modelo predictivo a un grupo de individuos pueden ser valores continuos que permiten predecir, a partir de la definición de un punto de corte, la pertenencia de los sujetos a uno de los grupos prestablecidos. Esto permite que se obtenga una regla de decisión, o sea, si el resultado de la aplicación del índice a un sujeto en particular supera el punto de corte, indicará la presencia del resultado de interés. Para su desarrollo se han utilizado varios enfoques metodológicos; el estándar utilizado en salud para resolver problemas binarios de clasificación es la regresión logística. Como requisito previo a la aplicación de un nuevo modelo, creado bajo cualquier enfoque, se encuentra su validación, para lo cual se pueden emplear bases de datos externas o internas.

CONCLUSIONES

De las variables seleccionadas en el estudio tuvieron asociación estadística significativa y mostraron una relación causal con el cáncer cérvicouterino formando parte de la causa suficiente para el mismo en el área de salud de Delicias en orden de correlación los siguientes: edad de la 1ra relación sexual (antes de los 16 años), multiparidad, cambio frecuente de pareja, APF de CCU, ITS y la obesidad. Quedó diseñado un modelo predictivo que permite vaticinar la probabilidad de que una mujer padezca cáncer cérvicouterino en virtud de su perfil de riesgo.

REFERENCIAS

Alonso, A., Pérez, M., Vidal Pérez, Z., y Vidal, A. (2016). Papel de la reprogramación metabólica en la carcinogénesis. *CCM, 20*(2). Recuperado de: http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2120

Ayala, S., y Delgado, M.A. (2019). Prevención de cáncer de cuello uterino. *Fisterra*. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#%21/content/guides_techniques/52-s2.0-mt_fis_359

Castellano, T., Ding, K., y Moore, K.N. (2019). Simple Hysterectomy for Cervical Cancer: Risk Factors for Failed Screening and Deviation From. *Journal of lower genital tract disease*. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#%21/content/medline/2-s2.0-30817687

Castillo, M., Astudillo, A., y Clavero, O. (2018). Evaluación de fallos tras el análisis de la historia de cribado en mujeres diagnosticadas de cáncer de cérvix. *Atención Primaria, 50*(3),151-8. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#%21/content/journal/1-s2.0-S0212656716302694

Frumovitz, M., Jhingran, A., y Soliman, P.T. (2014). Morbid obesity as an independent risk factor for disease-specific mortality in women with cervical cancer. *Obstetrics and gynecology*. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#%21/content/medline/2-s2.0-25415160

Gámez, Y., Bou, Y., Cuñat, Y., Sánchez, M., y Turro, N. (2017). Propuesta de acciones de enfermería para el Programa de Cáncer Cervicouterino. *Rev. inf. Cient, 96*(1). Recuperado de: http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/31

García, T., y León, J. (2017). Evaluación de un programa de detección temprana de cáncer cervicouterino en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología, 21*(3),143-51. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#%21/content/journal/1-s2.0-S0123901517301312

Marzo, M., y Vela, C. (2018). Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria, 50*(1),41-65. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#%21/content/journal/1-s2.0-S0009741115001218

Mohanty, G., y Ghosh, S.N. (2015). Risk factors for cancer of cervix, status of screening and methods for its detection. *Archives of gynecology and obstetrics*. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#%21/content/medline/2-s2.0-25273981

Rigol, O. (2014). *Obstetricia y ginecología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Romero, P., y Uribe, A. (2017). Genotipificación del virus del papiloma humano en un grupo de mujeres mexicanas. *Medicina Clínica, 149*(7),287-92. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#%21/content/journal/1-s2.0-S0025775317301859

Sciscione, A. (2019). Etiology. En: *Vaginal Malignancy › Basic Information*. Ferri's Clinical Advisor. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#%21/content/book/3-s2.0-B9780323530422009019

Sociedad Americana del Cáncer (2013). *Prevención y factores de riesgo*. *Cáncer de cuello de útero*. Atlanta. Recuperado de: http://www.cancer.org/prevencion.htm

United Nations Population Fund (2014). Prevención del cáncer cervical: Oportunidades sin precedentes para mejorar la salud de las mujeres. *Outlook, 23*(1). Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_-arttext&pid-=S071775262008000300003&lng=es&nrm=iso

Vannieuwenhuyse, G., y Graesslin, O. (2015). Cancers of the cervix and uterine body: what risk factors?. *La Revue du praticien*. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#%21/content/medline/2-s2.0-26016207

Vargas, V.M., y Vargas, A. (2015). Detección primaria del cáncer cervicouterino. *Cirugía y Cirujanos, 83*(5),448-53. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#%21/content/journal/1-s2.0-S0009741115001218

Ventura, B. y Castellanos, M. (2017). Estrategia educativa breve para mantenimiento del conocimiento sobre el virus del papiloma. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia, 44*(1),8-15. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#%21/content/journal/1-s2.0-S0210573X15000660

Yun Xia, Z., y Yan Li, Z. (2016). Pathogenic Network Analysis Predicts Candidate Genes for Cervical uterine Cancer. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*.

MELANOMA. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LA EDAD PEDIÁTRICA

ASPECTS MELANOMA EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, DIAGNOSTIC AND TREATMENT IN THE PEDIATRIC AGE

Juan Miguel González Abreu jmga68@nauta.cu
Yunelsy Ortiz Cabrera yunelsy75@ltu.sld.cu
Carmen Rosa Batista Almaguer loly@ltu.sld.cu

RESUMEN

El cáncer de piel engloba a un conjunto de enfermedades neoplásicas que tienen en común la localización anatómica. El melanoma es uno de sus tipos, no es más que un tumor maligno derivado de la proliferación de melanocitos atípicos. En la población cubana, este cáncer constituye la segunda causa de muerte en edad infantil. Esta información motivó la realización de una revisión bibliográfica para describir los aspectos epidemiológicos, clínicos, así como el diagnóstico y tratamiento de este en la etapa infantil, conocimiento de gran utilidad para la población no solo en lo relacionado con la prevención sino también con su identificación a tiempo. Esta tumoración de alta agresividad tiene tendencia a la metástasis linfática o hemática. Los tipos más característicos son el de extensión superficial y el de tipo nodular. La localización más frecuente es en el tronco y las extremidades, incluyendo otras partes del cuerpo. El melanoma se trata mediante cirugía y existen terapias adyuvantes. Este tumor es muy agresivo y la supervivencia depende de un diagnóstico precoz, posibilitando la cura de más del 90% de los casos.

PALABRAS CLAVES: cáncer de piel, melanoma maligno, melanoma infantil.

ABSTRACT

The skin cancer includes to a whole of neoplastic illnesses that have in common the anatomic localization. The melanoma is one of your types, is not more than a malignant tumor derived of the proliferation of atypical melanocytes. In the Cuban population, this cancer constitutes the second mortal cause in infantile age. This information motivated the realization of a bibliographical revision to describe the epidemiological aspects, clinical as well as the diagnosis and treatment of this in the infantile stage, knowledge of great utility for the-single population in it related with the prevention but also with your identification in time. This lump of high aggressiveness has tendency to the lymphatic or hematic metastasis. The more characteristic types are those of superficial extension and those of nodular type. The more frequent localization is in the trunk and the extremities, by including other parts of the body. The treatment of election is the surgery and exist adjuvant therapies. This tumor is very aggressive and the survival depends of a precocious diagnosis, by facilitating the 90% too much cure of the cases.

KEY WORDS: cancer of skin, malignant melanoma, infantile melanoma.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye un importante problema mundial de salud, es el resultado de dos procesos sucesivos: la proliferación de un grupo de células denominado tumor o neoplasia y la capacidad invasiva que les permite colonizar y proliferar en otros tejidos u órganos, proceso conocido como metástasis repercutiendo en todas las dimensiones humanas: física, psicológica, social y espiritual. (Padrón, 2015).

En su artículo sobre los cuidados paliativos en pacientes con cáncer Armada y Jiménez (2015) refieren a los tipos de cáncer que existen y cómo estos pueden afectar a personas de todas las edades, incluso a fetos. Aunque en la edad pediátrica constituye una enfermedad rara debido a su baja frecuencia, es considerada la segunda causa de muerte infantil en el mundo.

En un y col. (2015) hacen mención del cáncer infantil como todos los tipos de cáncer que padecen los niños y adolescentes hasta los 18 años de edad. Se calcula que a más de 160 000 niños en todo el mundo se les diagnostica cáncer cada año y esta cifra podría ser considerablemente superior.

Hay diferentes tipos de cáncer que comienzan en la piel, el melanoma es uno de ellos, a pesar de ser el menos frecuente es el más agresivo. Es un tumor maligno derivado de la proliferación de melanocitos atípicos, caracterizado por su gran capacidad de metástasis. Su frecuencia ha aumentado hasta el 400% en las últimas décadas, registrándose cada año alrededor de 132 000 casos. (Gutiérrez y Cortés, 2017).

Pérez (2015) describe el cáncer de piel en la población cubana como la segunda causa de muerte en todas las edades desde hace más de tres décadas y la primera de años potenciales de vida perdidos, aun cuando su comportamiento ha variado en el tiempo.

Según Pérez y Rodríguez (2014) en Las Tunas, teniendo en cuenta el número de defunciones por cáncer de piel, se ubica en el octavo puesto por provincias y las tasas han ido en aumento; el cáncer de piel por melanoma representó la segunda causa de muerte en menores de 19 años, con una tasa de 217,7 x 100 mil habitantes en el año 2013. En Puerto Padre en los últimos 4 años no ha ocurrido ninguna defunción por esta causa, y aunque no constituye un problema de salud, sí tenemos en cuenta su frecuencia pues cotidianamente llegan algunos signos de alerta relacionados con la enfermedad que no deben ignorarse debido a su impacto social, razón que motivó a la realización de esta revisión bibliográfica que pretende describir los aspectos epidemiológicos, clínicos así como el tratamiento y diagnóstico del melanoma infantil contribuyendo así con la información recopilada a su prevención.

Epidemiología y etiopatogenia

Al estudiar la epidemiología del melanoma (Padrón, 2015) esboza que este es el tipo de cáncer de piel más grave, porque suele propagarse a otras partes del cuerpo. Es el tercer tumor más común de piel y el más agresivo de ellos. Es el quinto cáncer más común en hombres y el sexto en mujeres. Puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo y se presenta con más frecuencia en adultos pero también se observa en niños, es más habitual en la raza blanca encontrándose más comúnmente el melanoma de extensión superficial.

Hoy y cada vez más, se descubren casos en niños con una agresividad igual o mayor a la del adulto. Es importante señalar que aunque en adultos un melanoma se manifiesta en una mancha marrón en un niño puede ser distinto. En un menor de edad, una lesión del mismo color de la piel que sangre y aparezca como un granuloma piógeno podría ocultarlo. (Gutiérrez y Cortés, 2017)

Diversos factores se han relacionado con esta patología aunque en pacientes menores de 10 años son menos claras. En estudios sobre la epidemiología del cáncer infantil Longchong y Galán (2018) argumentan como este temido cáncer es más común en los niños de piel clara especialmente los que tienen el cabello rubio o rojo, los ojos claros y en el sexo femenino y otros factores de riesgo que pueden predisponer al padecimiento de cáncer de piel como una historia de melanoma en la familia de un 5-10%, presentando alteración en los genes CDKN2A que es un gen supresor de tumor, la inmunosupresión hereditaria o adquirida, la enfermedad genética Xeroderma pigmentosum y el tiempo de exposición al sol.

Cabe resaltar que la causa más común del melanoma como así lo refieren Tortajada, Ortega y García (2016) en su artículo Medio ambiente y cáncer pediátrico es la exposición a las radiaciones ultravioletas provenientes de los rayos solares, pero otros factores pueden aumentar las probabilidades de desarrollar un melanoma: algunas afecciones presentes en el momento del nacimiento, como manchas oscuras grandes llamadas ¨nevos melanocitos¨, algunos tipos de lunares (los melanomas pueden o no desarrollarse a partir de un lunar preexistente), lunares inusuales, exposición a rayos X y a sustancias quimiocancerígenas, fototipos I y II, agentes químicos hidrocarburos, uso de cabinas de bronceado.

Cuadro clínico

En tanto a la clínica se presenta habitualmente como una pápula o nódulo de rápido crecimiento de color marrón oscuro o negro, aunque también puede observarse la presencia de colores como el rojo, blanco o azul. Para lesiones melanocíticas también son aplicables en las edades pediátricas, siendo de altas sospechas las lesiones asimétricas de bordes irregulares o imprecisos, coloración no homogénea y tamaño mayor a 1 cm. Pueden o no estar presentes otras características como prurito, ulceración o sangrados de las lesiones, los cuales suelen ser signos tardíos y no de mucha ayuda para el diagnóstico temprano.

La mayoría de los estudios describen el tronco como el sitio de aparición más frecuente. Se ha visto un incremento de la presencia de cara y troncos en niños y en extremidades inferiores y caderas en niñas, aunque en ambos su localización más frecuente es la extremidad inferior, principalmente a nivel del pie. (Díaz, Rivera y Rodríguez, 2015).

Una caracterización del melanoma de la infancia en la provincia de Ciego de Ávila realizada por (Pérez, 2015) ratificó que los tipos histológicos más frecuentes son el melanoma de tipo extensión superficial seguido del tipo nodular. El melanoma de extensión superficial clínicamente es una placa asimétrica en la que varía su color, se observan bordes irregulares, generalmente es una lesión antigua con cambios recientes; es la lesión más frecuente. El nodular es una lesión de bordes de color uniforme, su diagnóstico es difícil por ser similar a diferentes lesiones. Es el segundo tipo de melanoma

más común en la raza blanca, se localiza principalmente en piernas y troncos y presenta una evolución rápida.

Hay información limitada en pediatría con respecto a los factores que influyen en estos tipos de melanoma. Algunos autores han mencionado una sobrevida a 5 años del 30% en pacientes pediátricos, otros por el contrario la describen menos del 10 % para pacientes en estadios IV.

En relación con los hallazgos histológicos existe un peor pronóstico en los casos de melanoma nodular, puesto que tienen un mayor índice de Breslow y a nivel de Clark. El factor pronóstico más importante es el estatus tumoral de los ganglios linfáticos al momento del diagnóstico; varios estudios demuestran que las tasas de supervivencia a 5 años fueron del 50% y 90 %. (Díaz, Rivera y Rodríguez, 2015).

Diagnóstico

En cuanto a la semiología de la lesión (Longchong y Galán, 2018) precisan el ABC de la misma:

Asimetría de formas irregulares presentadas de forma caprichosa. Sus mitades no se corresponden.

Color: diferentes tonalidades de la lesión presentan varios colores en una misma que pueden ir desde el negro al pardo claro. Lesiones que cambian de color.

Diámetro: lesiones nuevas mayores de 6-8 mm o lesiones preexistentes mayores de 2, 5 cm de bordes mal definidos y con cambios.

Elevación o ulceración: las lesiones que presentan ulceración o hemorragia indican de forma elevada un mayor riesgo o profundidad.

Fototipos: los fototipos I y II de Fitz Patrick, son más propensos a presentar melanomas cutáneos.

Cuando una lesión presenta una de las características anteriores está indicado realizar biopsias para confirmar su malignidad. El diagnóstico por lo tanto es clínico y se confirma mediante biopsias excisionales.

Factor pronóstico

El principal factor pronóstico de la lesión es el melanoma clasificado por Breslow. (Gutiérrez y Cortés, 2017) indican que desde el 2012 se ha venido utilizando la modificación hecha por el American Joint Committee On Cancer, la cual incluye otros factores pronósticos que deben ser tenidos en cuenta para su tratamiento.

Clasificación de Breslow: I: In situ, II: Menor de 0,5mm, III: entre 0.75-1.5 mm, IV: 1.5 a 4 mm, V: mayor de 4 mm.

Nivel de Clark: Nivel 1: In situ, Nivel 2: Dermis papilar, Nivel 3: Interfase retículo papilar, Nivel 4: Dermis reticular, Nivel 5: Tejido celular subcutáneo.

Las metástasis se presentan por vía linfática y sanguínea de forma paralela, los lugares de metástasis más frecuentes son: piel, tejido celular subcutáneo, ganglios, pulmón, hígado, cerebro. Se considera que la supervivencia es de 6-10 meses cuando se encuentran metástasis a distancia. El riesgo de metástasis está directamente relacionado

con la profundidad de los tumores: menor de 1 mm (2-10 %), de 1- 4mm (20-25 %), de 4 mm (50-60 %).

¿Qué debemos observar en un lunar o mancha de la piel para ver si presenta características anómalas que hagan sospechar que puede ser un melanoma o cáncer de piel?

En los niños según Nuevo (2018) por lo general todos los lunares van a hacer benignos pero para asegurarnos tenemos la regla del A, B, C, D, E. En base a los siguientes signos los padres saber si el lunar precisa atención médica.

La regla del A, B, C, D, E de los lunares de los niños:

A, de asimetría: los lunares son manchas pigmentadas de la piel que generalmente tienen forma redondeada.

B, de bordes irregulares: el nevus o lunar benigno tiene bordes redondeados mientras que los que pueden ser cancerígenos tienen unos bordes angulosos, que se extienden más por una zona que por otra.

C, de color: la heterogeneidad de color puede ser símbolo de alerta. Un color uniforme indica normalidad.

D, de diámetro: un diámetro mayor de 0,5 cm puede resultar peligroso.

E, de elevación: la elevación de los nevus y lunares suele ser un signo de normalidad, excepto cuando hay un pequeño relieve que se palpa y no solo se ve.

Cualquiera de estos signos nos puede hacer consultar el dermatólogo. No son por si mismos signos irrefutables de malignidad, pero si son un signo de alarma.

Tratamiento

(Gutiérrez y Cortés, 2017) informan que hasta hace cinco años no se disponía de tratamientos efectivos para los casos diseminados. Para frenar el melanoma y sus complicaciones es vital la detección temprana mediante exploraciones frecuentes de la piel, por ello en la consulta de niños es importante enseñarles a las madres el autoexamen de piel y educar a la población principalmente a las madres sobre cómo reducir la exposición solar destacando medidas como:

- Evitar el sol desde las 12 a 16 h, ya que en este momento la sombra que proyecta el cuerpo es más corta y este brilla desde el centro del cielo con mucha intensidad.
- No se debe exponer al sol a bebes y niños pequeños hasta los 6 meses de vida (principalmente porque hasta este momento no se pueden utilizar protectores) y hasta los 3 años por lo menos, protegerlos con ropa de algodón y sombreros como los de ala ancha que proteja ojos (usar gafas de sol homologadas), cara y cuello.
- Evitar las cabinas de rayos UVA. El uso de camas solares antes de los 35 años se asocia con un incremento del riesgo de desarrollar melanoma.
- Crema de fotoprotección de alto espectro (que proteja frente a la radiación ultravioleta A y B), debe aplicarse antes de salir de casa y renovarse cada 2 horas, con especial importancia antes del baño o del ejercicio.
- Consultar el índice ultravioleta. A partir del UVI3 hay que extremar la precaución.
- No bajar la guardia en los días nublados.

En cuanto a este factor de riesgo Longchong (2018) afirmó:

> (…) La radiación solar excesiva expone al riesgo de causar cáncer cutáneo en la vida adulta debido a la acción de las radiaciones ultravioletas. El riesgo es mayor en pacientes con xeroderma pigmentoso que desarrollan carcinomas basales, epidermoide y melanoma que pueden ser de evolución agresiva y causantes de la pérdida de la vida. Esto también sucede en los niños que padecen el síndrome congénito de nevos basales y el síndrome de Bloom (Longchong, 2018, p.1985).

En su propuesta de algoritmo para mejorar la atención integral al paciente pediátrico con cáncer (Pérez, 2015) aborda los programas cubanos: programa para la atención integral a pacientes con cáncer desde 1987, presidido por el Grupo Nacional de Oncología, el cual ha tenido auditorías externas por la OMS en varias ocasiones. Este programa se revitalizó en el año 2000 con el nombre de Programa Nacional para el Control del Cáncer Infanto-Juvenil. En la actualidad existe además un Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba dirigido por la Unidad Nacional para el Control del Cáncer y asesorado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el cual existe una estrategia para el control del Cáncer Infanto-Juvenil además del Programa Nacional para el Control del Cáncer Infanto-Juvenil antes mencionado.

A nivel mundial existen una serie de campañas que están dirigidas a disminuir la dificultad del diagnóstico del melanoma infantil (Padrón, 2015). Entre ellas se destacan:

Presentación de las novedades de la Campaña Euromelanoma 2017: esta campaña fue preparada por la fundación Piel Sana y la Industria Farmacéutica y ha sido la más importante sobre la prevención del cáncer de piel. En esta reunión se han comentado las principales cifras, actividades y acciones así como ideas, novedades y proyectos a realizar.

La UV- DERMA: Fotoprotección en tu Smartphone: ofrece información práctica para la población en general, con el objetivo de contribuir a desarrollar una actividad dermosaludable.

Campaña de Prevención del Cáncer de Piel: actualmente cuenta con la participación de 30 países y es la prevención de cáncer de piel a nivel europeo en colaboración con las principales organizaciones, profesionales de Dermatología y Oncología.

Campaña Para ti Mamá: es llevada a cabo por la Sociedad Argentina de Pediatría, la cual explica a los padres que frente a los casos todas las mamás están en estados de alerta y cómo se diagnostica, quienes pueden contraerlo y a quienes deben acudir.

Una vez realizado un diagnóstico se busca establecer qué tipo de melanoma es y en que estadio se encuentra, en base a eso se realiza un tratamiento y pronóstico.

El tratamiento más antiguo, que comenzó a suministrarse a fines del siglo XIX, es el quirúrgico. Esta constituye la base en el tratamiento del melanoma. Consiste en extirpar el tumor o los ganglios linfáticos invadidos por tumores cancerosos, según el espesor de Breslow.

Buendía, Loboguerrero y Lozano (2014) al referirse al tratamiento plantean que en general se recomienda un margen quirúrgico de 2 cm para un melanoma con espesor mayor e igual de 2 mm y de 1 cm cuando el índice de Breslow está por debajo de 1 mm y 0,5 cm para las lesiones in situ. En ciertas áreas con compromiso funcional o estético

importante se podría aceptar márgenes entre 1-2 cm para melanomas entre 1-2 mm. El tratamiento quirúrgico puede experimentar dos variantes:

- Injerto de piel que no es más que extraer la piel de una parte del cuerpo y trasplantarla a otra parte mediante una cirugía.
- Escisión quirúrgica amplia: extracción quirúrgica de un área pequeña de tejido, junto con un margen de tejido normal más allá del límite de la enfermedad. La biopsia del ganglio centinela es una herramienta eficaz para determinar la presencia de metástasis ganglionares ocultas.

Al analizar los avances en el tratamiento del melanoma avanzado Valerio (2018) enuncia otros procedimientos médicos: la radioterapia que consiste en utilizar rayos de energía elevada para destruir las células enfermas. Puede ser un tratamiento radical, terapia adyuvante o en caso de enfermedad metastásica con fines paliativos y la cirugía de Mohs que consiste en la extracción quirúrgica del cáncer de piel de una capa a la vez, hasta dejar solo tejido sano.

Los melanomas en estadios II B, II C y III se consideran de alto riesgo de recaída y es en estos casos en los que se debe considerar el uso de terapias adyuvantes. La terapia adyuvante con Interferón alfa- 2b fue aprobada desde 1995 para su uso en los estadios II B y III de melanoma.

La quimioterapia permite utilizar medicamentos para eliminar células cancerosas. Sin embargo, como también ataca células sanas, puede acarrear efectos secundarios importantes.

La inmunoterapia, una técnica que se esfuerza por “movilizar” las defensas inmunitarias del paciente contra su propia enfermedad. Según algunos investigadores podría transformar el tratamiento de algunas formas de cáncer. Recientemente se obtuvieron resultados alentadores en el tratamiento del melanoma avanzado y de ciertos tipos de cáncer de pulmón.

En estado aún experimental, la terapia genética consiste en “inyectar” un gen a una célula para reemplazar un gen deficiente o para inducir la fabricación de una sustancia destinada a destruir las células cancerosas.

El heberferón es la novedad científica patentada como medicamento cubano para el tratamiento del cáncer de piel de gran importancia para el país en el que se han reportados incrementos graduales de entre 8-9 mil casos. Valero (2018) resalta esta realidad de los resultados de estudios, investigaciones y ensayos clínicos dese hace más de 20 años de los científicos del Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB), fármaco inyectable que reduce las intervenciones quirúrgicas hasta ahora utilizadas para mitigar la enfermedad. Desde finales del 2016 se encuentra incluido en la lista de medicamentos cubanos, permitiendo su uso en cualquier hospital de la isla, beneficiando a más de 400 pacientes en el país, comenzándose a utilizar paulatinamente en la atención primaria de salud.

El tratamiento del Melanoma en las distintas etapas es descrito por Lage, Caraballoso y Ascue (1987)

Etapa cero: los melanomas en esta etapa no han crecido más allá de la capa superior de la piel. Por lo general estos melanomas son tratados con cirugía para extirpar el

melanoma y un margen pequeño de piel normal alrededor. La muestra extraída es enviada al laboratorio para observarlas al microscopio. Si son cancerosas en los bordes de la muestra puede que se repita con otra escisión en el área. También se puede considerar el uso de crema de imiquimod (ZyClara) o radioterapia en lugar de la cirugía. Para los melanomas en áreas sensitivas de la cara algunos médicos podrían emplear la cirugía de Mohs o incluso una crema de imiquimod si la cirugía pudiera causar desfiguración, aunque no todos los médicos concuerdan con el uso de esta crema.

Etapa I: se trata mediante cirugía (escisión amplia) el margen de piel extirpado depende del grosor y ubicación del melanoma. También se recomienda la biopsia de ganglio centinela, especialmente si se encuentra en etapa I B u otras características que la propagan a los ganglios linfáticos.

Etapa II: la escisión amplia: es el tratamiento convencional en esta etapa. Debido a que el melanoma podría haberse propagado a los ganglios linfáticos cercanos al melanoma muchos médicos recomiendan también la biopsia del ganglio centinela. Si el ganglio centinela contiene células cancerosas entonces será una disección de ganglio linfático probablemente en una fecha posterior.

Etapa III: estos cánceres ya han alcanzado a los ganglios linfáticos cuando se diagnosticó el melanoma. El tratamiento quirúrgico usualmente requiere la escisión amplia del tumor primario, como en etapas más iniciales, junto con la disección de ganglios linfáticos. Después de la cirugía el tratamiento adyuvante, inmunoterapia o la terapia dirigida puede ayudar a disminuir el riesgo de que regrese el melanoma.

Además se podrían recomendar otros medicamentos o quizás vacunas como parte de un estudio clínico para tratar de reducir las probabilidades de que el melanoma regrese. Otra opción consiste en administrar radioterapia a las áreas donde los ganglios linfáticos fueron extirpados especialmente si muchos ganglios contienen cáncer. Otras opciones incluyen administrar inyecciones de la vacuna T-VEC, interferón o interleucina II, radioterapia o aplicar crema de imiquimod. Otros tratamientos que podrían incluirse son: terapia dirigida, quimioterapia o una combinación de inmunoterapia y quimioterapia. Muchos pacientes con melanoma en etapa lll puede que no sean curados con los tratamientos actuales por lo que deben considerar la participación en un estudio clínico.

Etapa IV: son difíciles de curar debido a que ya se han propagado a ganglios linfáticos distantes o a otras áreas del cuerpo. Estos tumores se pueden extirpar mediante cirugías o tratar con radioterapia. Las metástasis que causan síntomas pero que no se pueden extirpar se pueden tratar con radiación inmunoterapia, terapia dirigida o quimioterapia. En los últimos años el tratamiento de los melanomas que se han propagado ampliamente ha cambiado a medida que las formas más nuevas de inmunoterapia y de medicamentos dirigidos han demostrado que son más eficaces que la quimioterapia. Algunos médicos pueden recomendar la bioquimioterapia, esta causa una reducción del tumor, lo que puede hacer sentir mejor a los pacientes pero no ha demostrado que ayuda a los pacientes a vivir por más tiempo. Muchos pacientes con melanoma en etapa IV puede que no sean curados con los tratamientos actuales por lo que deben considerar la participación en un estudio clínico. También se emplea el tratamiento con medicamentos de terapia dirigida. La inmunoterapia, la quimioterapia (aunque usualmente primero se intentan otros tratamientos).

CONCLUSIONES

El melanoma es un tumor muy agresivo y a pesar de que su tasa de incidencia está creciendo rápidamente en muchos países, el pronóstico está mejorando, pues los enfermos inician el tratamiento en etapas tempranas de la enfermedad. La supervivencia del melanoma infantil está estrechamente relacionada con el tamaño y profundidad del tumor primario y su baja curabilidad con el diagnóstico tardío. El diagnóstico histopatológico de la enfermedad en estadios tempranos permite diagnosticar precozmente la misma y brindar una mayor posibilidad de supervivencia en un 90 % de los casos, con mejoras en la calidad de vida de los pacientes. Esta enfermedad requiere de acciones preventivas que deben dirigirse tanto a la población general como a la población médica. La educación sanitaria a la población general exige conocer que todo lunar o zona pigmentada, que cambia de color o de forma, que sangra, se irrita o ulcera, requiere la consulta médica inmediata, teniendo en cuenta que muchas veces cursa de forma asintomática.

REFERENCIAS

Armada, E., y Jiménez, L. (2015). Cuidados paliativos en el paciente con cáncer. *Medicentro,* 19 (1), 53-55. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000100013&lng=es

Buendía, A., Loboguerrero, J., y Lozano, JM. (2014). Resultados de tratamiento para cáncer infantil en una población de recursos limitados en Bogotá. *Medigraphic,* 67 (9). Recuperado de http://190.69.3.61:8080/jspui/handle/10818/2292www.medigraphic.org.mx

Díaz, L., Rivera, JC., y Rodríguez, C. (2015). Melanoma Infantil. *Revista Médica. Oncología Pediátrica.* 45 (2). 745-751.

Gutiérrez, RM., y Cortés, N. (2017). Confrontando al melanoma en el siglo XXI. *Medigraphic,* 35(1): 3-17. Recuperado de http://www.medigraphic.sld.cu/index.php/medigraphic/article/viewFile /= es

Lage, A., Caraballoso. M., y Ascue, N. (1987). Posibilidad de reducción de la mortalidad por cáncer en Cuba. *Revista Cubana Oncología,* 3(2): 93-98.

Lares, I., García, F., Sosa, M., Castañeda, L., Galaviz, C y Carrete, A. (2015). Morbilidad y mortalidad por cáncer: experiencia del Centro Estatal de Cancerología de la SSA del Estado de Durango, México. *Higiene y Epidemiología,* 48 (3), 229-241. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000300002&lng=es

Longchong, M., y Galán, Y. (2018). Oncología: epidemiología del cáncer infantil. En: Autores cubanos. *Pediatría.* (p. 1983-2052). La Habana: Ciencias Médicas.

Nuevo, M. (2018). *Cáncer de piel en los niños: cómo reconocer el melanoma.* Recuperado de http://www.guiainfantil.com.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=47556&Itemid=67

Padrón, J. (2015). Prevención y lucha contra el cáncer. *Medisur*, 10 (2), 166-167. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000200015&lng=es

Pérez, JE., y Rodríguez, R. (2014). Mortalidad por tumores sólidos malignos en pacientes pediátricos en la provincia Las Tunas dos décadas de estudio. *Zoilo Marinello,* 37(4). Recuperado de http://www.ltu.sld.cu/revistam/modules.php?name=News&file=article&sid=330

Pérez, N. (2015). Caracterización de la enfermedad melanoma de la infancia en la provincia de Ciego de Ávila. *MediCiego,* 16(1). Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/debate_1_2_3.pdf

Pérez, N. (2015). Propuesta de algoritmo para mejorar la atención integral al paciente Pediátrico con enfermedad oncológica en Atención Primaria de Salud. *MediCiego,* 16(1) (p.9) Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_01_10/pdf/t15.pdf

Tortajada, JF., Ortega, JA., García, J. (2016). Medio ambiente y cáncer pediátrico. *Revista Española Pediatría,* 61(1): 42-50. Recuperado de http://www.doyma.es/rev/cáncer infantil

Valerio, M. (2018). *Un vuelco al tratamiento del melanoma avanzado.* Recuperado de http://www.ElMundo.com.x/index.php?option=com

Valero, E. (2018). *Cuba: nueva vacuna contra el cáncer de piel disponible en el país.* Recuperado de http://www.CIBERCUBA.com.x/index.php?option=com

COMPORTAMIENTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL HIPOTIROIDISMO EN PACIENTES DE UN CONSULTORIO MÉDICO

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL BEHAVIOR OF HYPOTIROIDISM IN PATIENTS OF A MEDICAL OFFICE

Julio César Remón Martí jcrmarti88@gmail.com
Yicel Infante Crúz yicel811214@nauta.cu
Mirna Sierra Pérez mirnasp@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo en la población atendida en el Consultorio Médico de Familia No.34, Policlínico “7 de noviembre”, municipio Majibacoa, Las Tunas, en el período de enero a diciembre de 2018, con el objetivo de determinar el comportamiento clínico-epidemiológico del Hipotiroidismo, teniendo en cuenta las variables: edad, sexo, síntomas, signos, métodos diagnósticos utilizados y fecha de diagnosticada la enfermedad en relación al inicio de la yodación de la sal en Cuba. Se seleccionaron para la muestra 53 pacientes obtenidos mediante los criterios de inclusión y exclusión. Los datos fueron procesados y representados a través de cuadros de distribución de frecuencia y a partir de ellos se realizó el análisis y discusión de los resultados. Se demostró una elevada prevalencia de hipotiroidismo; predominaron las edades entre 50 y 59 años y el sexo femenino; la captación de I^{131} y la determinación de TSH, T4 y T3 resultaron los métodos diagnósticos más utilizados; la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados antes del inicio de la yodación de la sal en Cuba; los síntomas y signos más frecuentes encontrados fueron la astenia, el aumento de peso y los calambres musculares.

PALABRAS CLAVES: hipotiroidismo, yodo, tiroides.

ABSTRACT

An observational, descriptive, longitudinal and retrospective study was carried out in the population served in the Family Medical Office No.34, Polyclinic “November 7”, Majibacoa municipality, Las Tunas, in the period from January to December 2018, with the objective of determining the clinical-epidemiological behavior of Hypothyroidism, taking into account the variables: age, sex, symptoms, signs, diagnostic methods used, date of diagnosis of the disease in relation to the start of salt iodization in Cuba. 51 patients obtained by the inclusion and exclusion criteria were selected for the sample. The data were processed and represented through frequency distribution tables and from them the analysis and discussion of the results was performed. A high prevalence of hypothyroidism was demonstrated; the ages between 50 and 59 years prevailed and the female sex; the uptake of I131 and the determination of TSH, T4 and T3 were the most used diagnostic methods; the majority of the patients were diagnosed before the start of salt iodization in Cuba; The most frequent symptoms and signs found were asthenia, weight gain and muscle cramps.

KEY WORDS: hypothyroidism, iodine, thyroid.

INTRODUCCIÓN

> (…) El Hipotiroidismo es un trastorno endocrino producido por el déficit de hormonas tiroideas, en la mayoría de los casos debido a una alteración de la glándula tiroides (hipotiroidismo primario) y se considera además que es ocasionado por la inadecuada acción de estas hormonas en el organismo; el principal motivo es la falta de producción de éstas por la glándula tiroides. El nombre de dicha glándula proviene del griego *thyreos* y *eidos,* significa forma de escudo. Su nombre fue dado por Warthon en 1656, aunque su descubridor fue Vesalio en 1534. (Carle, Pedersen, Knudsen, Perrild, Ovesen y Jorgensen, 2009, p.2).

Según investigaciones realizadas por Navarro (2004), entre 1825 y 1845, Parry, Graves y Basedow descubrieron el bocio tóxico difuso, en 1888 Ord describió el cuadro clínico correspondiente al hipotiroidismo primario. En 1895, Baumann descubrió la presencia de yodo en el tiroides unido a la globulina. En 1912, Hashimoto describió la tiroiditis crónica autoinmune y en 1914 Kendall aisló la Tiroxina. En Cuba, García Rojo reportó en 1912 el primer caso de Hipotiroidismo. Las manifestaciones clínicas de Hipotiroidismo son poco específicas. El diagnóstico se basa en pruebas de laboratorio, principalmente la determinación de la TSH como método de cribado. El tratamiento consiste en levotiroxina, con dosis individualizadas según la magnitud del hipotiroidismo, la edad del paciente y los antecedentes de cardiopatía isquémica.

Los síntomas precoces del hipotiroidismo son abordados por algunos autores entre los que se encuentran Madhuri, Yasser y Burman (2017), los cuales manifiestan que en el adulto son inespecíficos y de inicio insidioso. Entre ellos se encuentra la letargia, el estreñimiento, la intolerancia al frío, rigidez y contractura muscular, el síndrome del túnel carpiano y la menorragia y que la prueba validada para diagnosticar el hipotiroidismo primario es la medida de la hormona estimulante del tiroides (TSH) y de la tiroxina libre (T4-L). Sin embargo, sus niveles pueden verse afectados por enfermedades no tiroideas.

Algunos estudios han encontrado correlación directa entre los valores normales/altos de TSH con la aparición de dislipidemia, hipertensión arterial, obesidad y disfunción endotelial, con evidencias de una buena respuesta a la terapia hormonal sustitutiva en el caso de la dislipidemia. (Sotolongo y Rodríguez, 2012, p.4)

> (…) Ante un diagnóstico de hipotiroidismo primario se debe iniciar sustitución con hormonas tiroideas (levotiroxina). En personas con TSH superior a 10 mUI/L está indicado el inicio de tratamiento, independientemente de los valores de T4L. Ante niveles de TSH superiores a los indicados como normales y niveles bajos de T4 libre se deberá iniciar tratamiento por hipotiroidismo manifiesto: 1.6 a 1.8 µg/kg/ día de tiroxina o 25 µg diarios por dos semanas, con reevaluación para incremento de dosis cada dos a cuatro semanas hasta llegar a eutiroidismo clínico y bioquímico. Será necesario repetir pruebas de función tiroidea ocho a 12 semanas después de iniciado de tratamiento. El objetivo del tratamiento sustitutivo será mantener niveles de TSH en concentraciones entre 0.5 y 4.5 mUI/mL. (Carle, Pedersen, Knudsen, Perrild, Ovesen y Jorgensen, 2009, p.4).

Más del 90% de los hipotiroidismos son primarios y de estos, más del 70% son subclínicos. La prevalencia del hipotiroidismo varía según el lugar geográfico y las poblaciones, admitiéndose que entre el 1 y el 3 % de la población general presentan indicios de hipotiroidismo más o menos intenso. El hipotiroidismo espontáneo ocurre en una de cada 1000 mujeres al año, siendo más frecuente en la mujer que en el hombre en

una proporción 4/1. En Cuba se registraron posibles zonas con bocio endémico, localizadas en Pinar del Río, el Escambray y Baracoa donde se identificaron consecuencias como la baja talla y la causa fundamental la deficiencia de yodo, en la actualidad tiene una incidencia en la población general del 1 al 2% y alcanza 6% de la población femenina >60 años. (Navarro, 2004).

Motivado porque el hipotiroidismo constituye la segunda enfermedad endocrina más frecuente, afectando el funcionamiento de todo el organismo y provocando sintomatología muy variada, que deteriora la calidad de vida de los enfermos, aumentando los índices de consultas, hospitalización y uso de medicamentos, además en el desarrollo de la investigación no se encontraron estudios ni reportes epidemiológicos, ni datos estadísticos de prevalencia o de incidencia del hipotiroidismo a nivel municipal ni provincial.

Relación de la edad, el sexo, los principales síntomas y signos del Hipotiroidismo

El total de población atendida en el CMF No.34 Policlínico “7 de noviembre”, del municipio Majibacoa, Las Tunas es de 1045 pacientes, de ellas tienen el diagnóstico de Hipotiroidismo 53 pacientes, para una prevalencia del 5,07%, prácticamente el doble de la prevalencia reportada en el mundo y en el país.

Cuadro No.1 Distribución según edad y sexo de pacientes con diagnóstico de Hipotiroidismo, consultorio No.34, Policlínico “7 de noviembre”, Majibacoa, Las Tunas.

Grupos de edades	F	%	M	%	Total	%
≤19	0	0	0	0	0	0
20-29	2	3,7	1	1,8	3	5,7
30-39	5	9,4	1	1,8	6	11,3
40-49	9	17	4	7,5	13	25,5
50-59	16	30,1	6	11,3	22	41,5
≥60	7	13,2	2	3,7	9	17
Total	39	73,6	14	26,4	53	100

Fuente: Historia Clínica Individual

Se evidencia el predominio del sexo femenino con 39 pacientes para el 73,6% y que el grupo de edad más afectado fue el de 50-59 años con 22 pacientes para un 41,5%.

El hipotiroidismo es más frecuente en el sexo femenino, como se encontró en este estudio, resultado que coincide con el de otros autores, como Leiva, Morales, Villacís y

Quishpe (2017). Similares resultados encontraron también en sus estudios Struve, Haupt y Ohlen (1993).

En cuanto a la edad más frecuente encontrada en el estudio predominó entre 50 y 59 años, resultado que coincide con lo reportado por Bustillo (2014).

Todos los anteriores resultados evidencian una edad promedio entre la quinta y sexta década de la vida. (Li, Yuan, Liu, Zhou y Yang, 2014).

La frecuencia del hipotiroidismo es superior en la mujer con respecto al hombre. Diferencia perceptible con el incremento de la edad, explicada por las influencias hormonales y potenciadas por el efecto del embarazo y de la multiparidad. (Velásquez, 2015).

Cuadro No.2 Distribución según síntomas y signos de pacientes con diagnóstico de Hipotiroidismo, consultorio No.34, Policlínico “7 de noviembre”, Majibacoa, Las Tunas.

Síntomas y signos	Cantidad	%
Aumento de peso	46	86,7
Astenia	49	92,4
Intolerancia al frío	22	41,5
Depresión	17	32,1
Cabello quebradizo	13	24,5
Calambres musculares	45	84,9
Otros	15	28,3

Fuente: Historia Clínica Individual

Los síntomas y signos más frecuentes fueron: la astenia en 49 pacientes (92.4%), el aumento de peso en 46 (86,7%) y los calambres musculares en 45 (84,9%).Resultados similares se reportaron en Estados Unidos. Esto está en relación con una significativa disminución de la fosfocreatina en el músculo, aumento de la resistencia vascular periférica y disminución del gasto cardiaco; disminución del volumen sanguíneo y un aumento de la permeabilidad capilar con disminución de la tolerancia al ejercicio. (Madhuri, Yasser y Burman, 2017, p.12).

Además, ocurre un enlentecimiento y disminución del metabolismo corporal. El apetito e ingestión de alimento disminuyen, pero hay aumento de peso por retención de agua y sal, además de acumulación de grasa.

Métodos diagnósticos utilizados y relación de la fecha de diagnóstico con la yodación de la sal en Cuba.

Los métodos utilizados en el diagnóstico del hipotiroidismo se exponen en el cuadro 3, siendo los más utilizados la captación de I^{131} con 42 pacientes y la determinación de TSH, T4 y T3 con 36 pacientes, para un 79,2% y 67,9% respectivamente.

Cuadro No.3 Distribución según el método diagnóstico utilizado en pacientes con hipotiroidismo, consultorio No.34, Policlínico "7 de noviembre", Majibacoa, Las Tunas.

Métodos diagnósticos	Cantidad	%
Captación de I^{131}	42	79,2
TSH, T4 y T3	36	67,9
Gammagrafía	2	3,7
Otros	12	22,6

Fuente: Historia Clínica Individual

Resultado similar encontró López (2013), en Guantánamo predominando la captación de I^{131} sobre la cuantificación de hormonas tiroideas.

En el resto de la literatura revisada, tanto nacional como internacional, el resultado encontrado fue a la inversa mostrando el abrumador predominio de las determinaciones de TSH, T4 y T3 para el diagnóstico del Hipotiroidismo. (Álvarez, 2014, p.1527)

En la captación de I^{131} se pueden encontrar resultados incorrectos ya que la "captación" no siempre se correlaciona con la función tiroidea. Así, en ocasiones, cuando se reporta un "bocio hipocaptante" no significa que sea hipofuncionante.

Hay que considerar adicionalmente que más de la mitad de los pacientes con tiroiditis de Hashimoto presentan un bocio "hipercaptante" a pesar de estar hipotiroideos. Otra situación es lo que sucede en la tiroiditis subaguda: durante la fase de tiroxicosis, la glándula es hipocaptante o no capta nada, y durante la fase de recuperación que cursa con hipotiroidismo, se torna normo o hipercaptante.

Respecto a la fecha de diagnosticado el hipotiroidismo en relación al establecimiento de la yodación de la sal en Cuba en 2005, predominaron los diagnosticados antes de esa fecha con 41 pacientes para el 77,3%. No se encontraron referencias de investigaciones que exploraran alguna variable similar, ni nacional ni internacional.

Es un hecho evidente que el funcionamiento normal de la glándula tiroides requiere la ingestión adecuada de yodo. Su déficit es un factor agravante para su estabilidad, lo cual favorece que no se puedan sintetizar cantidades normales de hormonas, provocando que secrete entonces, hormona estimulante del tiroides (TSH) en exceso, y facilite así la aparición de cretinismo en niños, el hipotiroidismo en el adulto, y que la glándula se pueda tornar hiperplásica e hipertrófica. El efecto de la disminución de los niveles sanguíneos de las hormonas tiroideas varía entre los diferentes órganos y sistemas, y es el cerebro

particularmente susceptible, teniendo como uno de los desórdenes médicos más relevantes por su repercusión social y familiar, al cretinismo.

Cuando el estado nutricional de yodo es inadecuado en la madre, se puede asociar con una mayor incidencia de abortos espontáneos y anomalías congénitas. Durante el período de neurogénesis activa, hasta 6 meses posparto, conduce a retraso mental, mayor mortalidad neonatal e infantil, defectos del desarrollo psicomotor, disminución del rendimiento académico en su desarrollo intelectual y del coeficiente de inteligencia, y se acompaña de múltiples alteraciones morfológicas en el cerebro, que, de no ser tratados en las primeras semanas de la vida, pueden llegar a ser irreversibles, todo lo cual podría ser evitado con un aporte adecuado de yodo.

Es evidente que en la mayoría de los estudios revisados y en todas las Guías de Prácticas Clínicas establecidas sobre Hipotiroidismo, que la cuantificación de TSH y T4 es vital para el correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta enfermedad, a tal punto que, basados en evidencias abrumadoras de estudios realizados, en muchas de ellas se recomienda su cuantificación periódica en adultos mayores con sintomatología o no. Además, la mayoría de los pacientes del estudio se diagnosticaron con la enfermedad antes del inicio de la yodación de la sal en Cuba, lo que justifica la hipótesis de que el déficit de yodo es una de las causas de la elevada prevalencia encontrada.

CONCLUSIONES

Como ideas finales destacamos que existió una elevada prevalencia de hipotiroidismo. Predominaron las edades entre 50 y 59 años y el sexo femenino. Los síntomas y signos más frecuentes encontrados fueron la astenia, el aumento de peso y los calambres musculares. La captación de I^{131} y la determinación de TSH, T4 y T3 resultaron los métodos diagnósticos más utilizados. La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados antes del inicio de la yodación de la sal en Cuba.

REFERENCIAS

Carle, A. Pedersen, I.B. Knudsen, N. Perrild, H. Ovesen, L. Jorgensen, T.et al. (2009). Thyroid volume in hypothyroidism due to autoimmune disease follows a unimodal distribution: evidence against primary thyroidatrophy and autoimmune thyroiditis being distinct diseases. *J Clin Endocrinol Metab. 94*(3):833-9. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19088156

Navarro, D. Epidemiología de las enfermedades del tiroides en Cuba. Rev Cubana Endocrinol *15*(1). Disponibleen:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532004000100004&lng=esnm=iso&tlng=es

Madhuri, D. Yasser, H.O. Burman, K. Hypothyroidism. (2017) *Endocrinol Metab Clin N Am* *36*:595.615. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/6166415_Hypothyroidism

Sotolongo, O., Rodríguez, L. (2011). Caracterización clínica del hipotiroidismo en pacientes geriátricos Policlínico Pedro Fonseca. La Lisa, Rev *Habanera de CienciasMédicas*. *11*(2):10.6. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000200012

Leiva, L.E., Morales, J. Villacís, S. Quishpe, G. (2017). Hipotiroidismo, enfoque actual. *MEDICIENCIAS.UTA*. *1*(4):31.40. Recuperado de: https://medicienciasuta.uta.edu.ec/index.php/MedicienciasUTA/article/view/27

López, G. (2013). La captación de I 131 como herramienta útil en el estudio de la función tiroidea. Guantánamo, Cuba. Recuperado de: http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/227/1342

Álvarez, R. (2014). Afecciones de la glándula tiroides. En D. Navarro Despaigne, *Medicina General Integral* (pp.1526-1529). La Habana: Ciencias Médicas.

Struve, C.W., Haupt, S., Ohlen, S. (1993) Influence of frequency of previous pregnancies on the prevalence of thyroid nodules in women without clinical evidence of thyroid disease. *Thyroid. 3*(1):7-9. Recuperado de: https://doi.org/10.1089/thy.1993.3.7

Bustillo, E. (2014). Prevalencia y caracterización de la enfermedad tiroidea nodular y del bocio difuso en un área urbana. *Rev. Cubana Endocrinol. 25*(2):87.103. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532014000200006

Li, H. Yuan, X. Liu, L. Zhou, J. Li, C. Yang, P. et al. (2014). Clinical evaluation of various thyroid hormones on thyroid function. *Int J Endocrinol* 618572. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25548564

Burmeister, L.A., Ganguli, M., Dodge, H.H., et al. (2001). Hypothyroidism and cognition: preliminary evidence for a specific defect in memory. *Thyroid 11*:1177-1185. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12186506

CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE UN CONSULTORIO MÉDICO VÁZQUEZ

KNOWLEDGE ON ARTERIAL HYPERTENSION IN ADULT HYPERTENSE ELDERS OF A MEDICAL DISPENSARY OF VAZQUEZ

Kendry Pérez Álvarez alma@ltu.sld.cu
Víctor Raúl Rodríguez Ramírez
Yanieska Cordovés Concepción

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención en adultos mayores hipertensos de un consultorio médico del Área de Salud de Vázquez, entre septiembre de 2018 y febrero de 2019, para elevar su nivel de conocimiento sobre la HTA. La población estuvo constituida por los 47 adultos mayores (de 60 a 84 años) diagnosticados y la muestra por 32 pacientes seleccionados aleatoriamente. Se aplicó una encuesta antes y después de la intervención determinando la necesidad de aprendizaje, se elaboró un programa de capacitación sobre el tema y se realizaron diferentes actividades educativas. Se empleó el cálculo porcentual para el análisis de los datos. Existió igualdad en el predominio de la enfermedad para ambos sexos, el grupo más afectado fue el de 67-73 años, la raza no fue significativa. Al inicio el conocimiento sobre las características de la enfermedad era pobre. El programa de intervención modificó los resultados iniciales logrando el objetivo propuesto.

PALABRAS CLAVES: enfermedad crónica no trasmisible, hipertensión arterial, adulto mayor, nivel de conocimiento.

ABSTRACT

Carried out a study of intervention in the bigger hypertense adults of a medical dispensary of area of health of Vázquez bethen September 2018 to February 2019, with the objective to raise your level of knowledge on the HTA. The population was constituted for the 47 adult elders (of 60 to 84 years) diagnosed and the sample for 32 patients. Applied an inquiry before and after the intervention by deciding the need of apprenticeship, elaborated a program of training on the topic and it is carried out different educational activities. The analysis of the results was carried out by means of the statistical method of the by the hundreds. It there was equality in the predominance of the illness for both sexes, the more affected group went those of 67 to 73 years. To the start-up the knowledge on the characteristics of the illness was poor. The intervention program modified the initial results achieving the proposed objective.

KEY WORDS: non-transmissible chronic disease, arterial hypertension, adult illness major, level of knowledge.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no constituyen un problema nuevo, surgieron junto con la propia humanidad. La trascendencia social que tienen estas enfermedades debido a su morbilidad y su mortalidad, su larga duración, el elevado número de incapacidades que originan y la carga económica que representan para la sociedad, tanto desde el punto

de vista laboral como de los costos derivados de su asistencia, han colocado a los sistemas de salud ante un nuevo reto para lo que necesitan una visión nueva dada por la reorientación de las prioridades y la creación de estrategias y de nuevos enfoques de enfrentamiento (World Health Organization, 2016).

> (…) En el grupo de las afecciones crónicas no trasmisibles, la Hipertensión Arterial (HTA) es considerada la de mayor prevalencia e incidencia. La historia de la presión arterial comienza cuando alguien abandona el concepto del corazón como centro de las emociones y lo concibe como una bomba impelente de sangre. Para llegar al concepto de hipertensión fue necesario que se tomara conciencia de que la presión arterial es una variable, como la respiración, la frecuencia cardíaca o la temperatura, y que algunas personas tienen la presión más elevada que otras, de lo cual se deriva que tienen entonces mayor riesgo de enfermar o morir. Para que esto se supiera hubo que inventar un aparato para medirla (Berenguer, 2016, p.12).

El hombre, en su afán investigativo, comenzó a intentar medir la presión arterial, lo que para la época fue una revolución en el saber médico, así múltiples investigadores dieron su aporte en este sentido, desde las valiosas observaciones de William Harvey en el siglo XVII hasta Riva Rocci que en 1896 construyó el primer esfigmomanómetro, que abrió definitivamente el camino para lograr una determinación correcta de la presión arterial en cada ser humano (Micheli, 2013).

Según datos estadísticos se espera que para 2025 se incremente a 29,2 % el total de personas con HTA. Por otra parte, se plantea que alrededor del 15 % de la población mundial ha sido diagnosticada como hipertensa (Pla, Elizarde, Gálvez, Cárdenas, Solares, y Nieve, 2016).

El incremento tensional, atendiendo a numerosas condiciones de carácter económico, social, cultural, ambiental y étnico, es considerado por muchos prestigiosos autores como una epidemia mundial (García, Prusakov, Ales y Carbonel, 2016). Se estima que aproximadamente un billón de personas la padecen en el mundo (Vicente, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unos nueve millones de fallecimientos y más de 75 millones de años de vida sana perdidos anualmente se deben a niveles peligrosos de tensión arterial (Pla y col, 2016)

Según Pérez y Rodríguez (2015) la HTA constituye uno de los principales problemas de salud pública en Cuba, estimándose algo más de dos millones de hipertensos, lo que constituye cerca del 33 % de la población adulta (MINSAP, 2016). Se reconoce como una enfermedad y a la vez, como un importante factor de riesgo para el resto de las enfermedades crónicas no trasmisibles que causan daño vascular, discapacidad y muerte, en la medida que tiende a provocar manifestaciones clínicas cuando ya se encuentra en estadios avanzados, con posible lesión de órganos diana, el establecimiento de un diagnóstico correcto y oportuno de su presencia reviste gran importancia para su seguimiento y control.

La prevalencia de la hipertensión arterial ha ido incrementándose por diversos factores, entre los que sobresalen el aumento de la expectativa de vida, la adopción de estilos de vida poco saludables y el envejecimiento poblacional (García y otros, 2016).

La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de HTA obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de promoción y educación dirigidas a la disminución

de la presión arterial fundamentalmente en el adulto mayor. Transmitir el conocimiento adecuado sobre las características de la enfermedad con la que conviven, sus numerosos factores de riesgo, sus complicaciones, educarlos en mantener un estilo de vida favorable que les permita disminuir el tratamiento farmacológico evitando la administración de múltiples medicamentos, nos impulsó a realizar este trabajo; con la finalidad de incrementar el nivel de conocimientos de la hipertensión arterial en el adulto mayor.

Factores de riesgo de la hipertensión arterial

Aunque todavía no se conocen las causas específicas que provocan la hipertensión arterial, sí se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren, tales como: dieta con alto contenido de sal, grasa o colesterol, además de las condiciones crónicas (problemas renales y hormonales, diabetes mellitus y colesterol alto), antecedentes familiares de la enfermedad, falta de actividad física, vejez, sobrepeso, obesidad, color de la piel, algunos medicamentos anticonceptivos, estrés y consumo excesivo de tabaco o alcohol (Berenguer, 2016).

En muchas ocasiones tiene un curso asintomático, donde la disciplina y el conocimiento del paciente sobre su enfermedad desempeñan un papel primordial. En la práctica médica se observa que con el envejecimiento aumenta el riesgo de padecer de hipertensión (Pérez y Rodríguez, 2015). La población de la tercera edad está en crecimiento, y la hipertensión arterial primaria es la forma habitual en las personas de 60 años en adelante.

Las mayores tasas de esta afección se muestran en el adulto mayor. Esto explica la necesidad de una terapia adecuada para los pacientes de esta edad, en los que el tratamiento se condiciona por las características propias del anciano. Se ha planteado que las cifras de presión arterial (PA) se elevan con la edad y que los valores de presión arterial sistólica (PAS) continúan incrementándose de forma constante, al menos hasta los 75 años, mientras las cifras de presión arterial diastólica (PAD) apenas aumentan a partir de los 50 años (Ruilope, 2014).

Los ancianos presentan con frecuencia hipotensión ortostática, por lo que en ellos la tensión arterial debe ser medida en varias posiciones corporales: acostados, sentados y de pie. En estos sujetos también está disminuido el flujo sanguíneo renal, la volemia, la actividad de renina plasmática y la excreción de prostaglandinas.

El hipertenso de edad avanzada se caracteriza por:

Hipertensión arterial con gasto cardiaco disminuido y resistencia periférica total elevada.

Lesiones en órgano diana: nefroesclerosis, lesiones cerebrovasculares e hipertrofia ventricular izquierda.

Disfunción renal.

Existe una recomendación fuerte de que en la población general de 60 años o más, se debe iniciar un tratamiento farmacológico para reducir la tensión arterial, si tensión arterial sistólica ≥150 mmHg o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg y tratar a un

objetivo de tensión arterial sistólica < 150 mmHg y tensión arterial diastólica < 90 mmHg.

Hay que considerar que el aumento de la tensión arterial no es fisiológico y el control de la hipertensión arterial disminuye el riesgo cardiovascular. Además, en sujetos de la tercera edad hay que tener en cuenta la calidad de vida y las condiciones económicas (Vicente, 2016).

El Día Mundial de la Hipertensión Arterial fue establecido por la World Hypertension League, el 14 de mayo de 2005, y desde el 2006, cada año, ese día tiene como propósito fomentar, en la mayor cantidad posible de personas, la conciencia del peligro que representa esta enfermedad, conocer los factores que contribuyen a su aparición, la manera de prevenirlos y la importancia de mantener su adecuado tratamiento y control. Esa fecha cobra especial trascendencia, por la carencia de conocimientos que sobre este padecimiento poseen la mayoría de los pacientes hipertensos y la población en general (Pla-García y otros, 2016).

Características sociodemográficas del grupo de adultos mayores hipertensos estudiados.

Cuadro 1. Edad y sexo de los pacientes estudiados.

Grupos de edades	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
60 - 66	4	25	5	31,25	9	28,12
67 - 73	5	31,25	7	43,75	12	37,5
74 -80	5	31,25	4	25,0	9	28,12
81 - 87	2	12,5	0	0,0	2	6,25
Total	16	100	16	100	32	100

Fuente: Historias de Salud Familiar

En la tabla # 1 podemos observar que la muestra con la se trabajó es homogénea, está conformada con igual número de sujetos del sexo femenino y masculino llegando en ambos casos a 16. Esto muestra que la HTA afecta a ambos sexos por igual.

En cuanto a la edad quedó evidenciado que los adultos mayores más afectados por la HTA son los que se encuentran en las edades comprendidas entre 67 y 73 años, con mayor número de incidencias en el sexo femenino para un 43.75 %.

Con respecto a la distribución por edad y sexo, los resultados del estudio coinciden con otros en los que se observa que a medida que se envejece aumenta el riesgo de padecer de HTA. Estos resultados son similares a otros estudios realizados, donde la mayor prevalencia de esta enfermedad se ve reflejada en el sexo femenino con un 67.7

% del total de participantes del estudio, de las mismas un 28.8 % mayores de 50 años (Sánchez, Rodríguez, Sánchez, Gómez y Coss, 2014).

Otro estudio muestra el predominio de la hipertensión en los pacientes en el grupo de edades comprendidas en 65 años y más, destacándose con mayor porcentaje el sexo femenino con 25 pacientes para un 17,12 % (Pérez y Rodríguez, 2015).

Cuadro 2. Raza de los pacientes estudiados.

Grupos de edades	Raza Blanca		Raza negra	
	Total	%	Total	%
60 - 66	8	25,0	1	3,12
67 - 73	10	31,25	2	6,25
74 -80	8	25,0	1	3,12
81 - 87	2	6,25	0	0,0
Total	28	87,5	4	12,49

Fuente: Historias de Salud Familiar

La tabla # 2 evidencia que la mayor parte de la muestra afectada por HTA es de la raza blanca con un total de 28 pacientes para un 87.5%. Se debe señalar que la población predominante en el área de estudio es la de raza blanca.

Los pacientes de raza negra comienzan con la enfermedad en edades tempranas de la vida. Tienen mayor susceptibilidad a lesiones en órganos diana. Presentan mayor tendencia a la hipertensión maligna y a la enfermedad renal (Vicente, 2016).

Características de los conocimientos del grupo de adultos mayores hipertensos estudiados.

Cuadro 3. Conocimiento de los valores de la TA de los pacientes estudiados, antes y después de la intervención.

Grupos de edades	Diagnóstico Inicial				Diagnóstico de Salida			
	Conoce		No conoce		Conoce		No conoce	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
60 - 66	2	6,25	7	21,87	9	28,12	0	0,0
67 - 73	2	6,25	10	31,25	11	34,37	1	3,12
74 -80	2	6,25	7	21,87	8	25,0	1	3,12

81 - 87	0	0,0	2	6,25	2	6,25	0	0,0
Total	6	18,75	26	81,24	30	93,74	2	6,24

Fuente: Encuesta

En la tabla # 3 se observa que el nivel de conocimientos que poseían los pacientes acerca de los valores de TA cuando se realizó el diagnóstico inicial era bajo pues solo el 18.75 % de la muestra respondió correctamente a las preguntas. Después de aplicada la intervención educativa se obtuvo que el 93.74 % de la muestra respondió adecuadamente el cuestionario aplicado.

Debemos destacar que, en el diagnóstico de salida, los pacientes en los grupos de edades entre 60-66 y 81-87 años, respondieron todos correctamente el cuestionario, lo que demuestra los avances logrados con la estrategia aplicada.

Cuadro 4. Conocimiento de los pacientes acerca de los síntomas de la HTA, antes y después de la intervención.

Grupos de edades	Diagnóstico Inicial				Diagnóstico de Salida			
	Conoce		No conoce		Conoce		No conoce	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
60 - 66	2	6,25	7	21,87	7	21,87	2	6,25
67 - 73	3	9,37	9	28,12	11	34,37	1	3,12
74 -80	2	6,25	7	21,87	8	25,0	1	3,12
81 - 87	0	0,0	2	6,25	2	6,25	0	0,0
Total	7	21,87	25	78,11	28	87,5	4	12,5

Fuente: Encuesta

Respecto a los síntomas de la HTA se puede observar que el 78,11 % de los pacientes no dominaban el tema, solo el 21,87 % lo conocía. La aplicación de la intervención educativa lo modifica logrando que el 87.5% de la muestra responda correctamente el cuestionario aplicado.

Cuadro 5. Conocimiento de los pacientes sobre los factores de riesgo de la HTA, antes y después de la intervención.

Grupos de	Diagnóstico Inicial		Diagnóstico de Salida	
	Conoce	No conoce	Conoce	No conoce

edades	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
60 - 66	2	6,25	7	21,87	8	25,0	1	3,12
67 - 73	3	9,37	9	28,12	10	31,25	2	6,25
74 -80	1	3,12	8	25,0	7	21,87	2	6,25
81 - 87	0	0,0	2	6,25	2	6,25	0	0,0
Total	6	18,74	26	81,24	27	84,37	5	15,62

Fuente: Encuesta

Los factores de riesgo, durante el diagnóstico inicial, fueron reconocidos por una parte muy pequeña de los pacientes objeto de investigación, representada por el 18.74 %, llegando a ser crítica en las edades comprendidas entre 81 y 87 años.

En el diagnóstico de salida, después de aplicada la estrategia de intervención, se observó una modificación de los resultados, el 84.37 % de los pacientes respondieron correctamente el cuestionario.

Cuadro 6. Conocimiento de los pacientes acerca de las complicaciones de la HTA, antes y después de la intervención.

Grupos de edades	Diagnóstico Inicial				Diagnóstico de Salida			
	Conoce		No conoce		Conoce		No conoce	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
60 - 66	1	3,12	8	25,0	7	21,87	2	6,25
67 - 73	1	3,12	11	34,37	10	31,25	2	6,25
74 -80	1	3,12	8	25,0	8	25,0	1	3,12
81 - 87	0	0,0	2	6,25	1	3,12	1	3,12
Total	3	9,36	29	90,62	26	81,24	6	18,74

Fuente: Encuesta

En la tabla # 6, se puede observar que, al aplicar el diagnóstico inicial, un porciento muy bajo de pacientes fue capaz de identificar las complicaciones de la HTA, lo hacen de manera general y solo enfatizando en alguna de ellas. Al concluir la intervención, se logra que el 81.24 % de los pacientes adquieran conocimiento sobre el tema.

Este trabajo coincide con otro estudio realizado donde los pacientes presentan un bajo conocimiento sobre las principales características de la HTA y después de la intervención su conocimiento aumenta favorablemente. Trujillo Blanco (2016)

CONCLUSIONES:

Se observó igualdad en la muestra respecto al sexo, el grupo de edad más afectado resultó ser el de 67-73 y predominó la raza blanca. El conocimiento que poseían los pacientes al inicio del proceso investigativo resultó muy bajo pues muy pocos pacientes conocían las diferentes características de la HTA: valores normales de la TA, síntomas, factores de riesgo, complicaciones, tratamiento y su importancia, modificaciones en el estilo de vida, así como la educación dietética. La aplicación de la intervención educativa permitió modificar los resultados obtenidos inicialmente, los pacientes mostraron el conocimiento adquirido en el cuestionario final, lográndose el cumplimiento del objetivo propuesto, lo que resultó una ganancia para la comunidad y el punto de partida para la modificación de comportamientos nocivos.

REFERENCIAS

Berenguer G., L. J. (2016). Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *MEDISAN, 20*(11): 2434-2438. Recuperado de:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100015&lng=es.

García, ME., Prusakov, AM., Carbonell, IC. (2016). Tendencias y pronósticos de la hipertensión arterial en la provincia de Santiago de Cuba (2001-2015). *MEDISAN, 20*(4): 436-446. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400003&lng=es.

Micheli A (2013). Historia y Filosofía de la Medicina. *Gac Méd Méx; 141*(3):233.

Ministerio de Salud Pública (2017). Anuario Estadístico de Salud. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana. Recuperado de http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estadistico_de_Salud_e_2016_edición 2017.pdf

Pérez, RD., Rodríguez, LM. (2015). Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela. *19*(3): 406-417. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300003&lng=es.

Pla, A., Elizarde, M., Cárdenas, E., Solares, J., Nieves, B. (2016). Utilización de medicamentos antihipertensivos en el municipio de Jovellanos, provincia Matanzas. *Revista Médica Electrónica, 38*(4). Recuperado de http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1621

Ruilope, U.L. (2014). Hipertensión Arterial. Madrid.

Sánchez, V., Rodríguez, JL., Sánchez, RM., Gómez, L., Coss, RE. (2014). Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. *Revista Información Científica, 85*(3). Recuperado de http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_85_No.3/intervencion_educativa_sobre_hipertension_arterial_en_pacientes_hipertensos_tc.pdf

Trujillo, WG., Arredondo, N., OF, López, RJ., Castellanos, JA., Labañino, J., González, MA. (2016). Modificación de conocimientos sobre hipertensión arterial en trabajadores del sector productivo ingresados en el Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores de La Habana. *Revista Cubana de Salud y Trabajo; 17*(1):30-6. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol17_1_16/rst05116.htm

Vicente, E. (2016). Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento. 2 ed. La Habana: Ciencias Médicas.

World Health Organization. (2016). Bronchial asthma: scope of the problem. WHO Genève. Recuperado de http://www.who.int/entity/respiratory-/asthma/scope/en/index.html

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN MUJERES MENORES DE 25 AÑOS

CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA IN YOUNGER THAN 25 YEARS OLD

Kenia Espinosa Villamar

Yunia Silva Velázquez

Ana Loreta Higuera Rodríguez

RESUMEN

El cáncer cérvico-uterino es la segunda neoplasia maligna más frecuente en las mujeres y constituye un problema de salud pública a nivel mundial, caracterizada por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares y se han subdividido en tres grados según su extensión y gravedad. Se realizó un estudio referativo con la finalidad de exponer algunas consideraciones clínico y epidemiológicas de la neoplasia intracervical en las mujeres menores de 25 años. La sistematización de los referentes teóricos permitió arribar a la conclusión de que en la actualidad su incidencia se ha incrementado en la población menor de 25 años, los factores que la condicionan están determinados fundamentalmente con la conducta sexual de riesgo a destiempo, el cambio recuente de parejas sexuales, relaciones sexuales desprotegidas y la aparición de infecciones de transmisión sexual por HPV como agente causal del cáncer cervicouterino.

PALABRAS CLAVES: citología, neoplasia intraepitelial cervical, cáncer cérvico uterino

ABSTRACT

The cervico-uterine cancer is the second more frequent malign neoplasia in women and it constitutes a problem of public health at world level, characterized by alterations of the maturation and nuclear anomalies and they have been subdivided into three grades according to its extension and seriousness. A referative study was carried out with the purpose of exposing some clinical and epidemic of the intracervical neoplasia in women younger than 25 years. The systematization of theorical referent allowed to arrive to the conclusion that its incidence has increased at present in the population younger than 25 years, the facts that condition it are determined fundamentally with the risking sexual behavior out of time, the frequent change of sexual coupel, unprotected sexual relations and the appearance of transmition sexual diseases by HPV as causal agent cervicouterin cancer.

KEY WORDS: cytology, neoplasia cervical intraepitelial, cancer uterine

INTRODUCCIÓN

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del treinta y hasta la actualidad. Se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares y se han subdividido en tres grados según su extensión y gravedad (More y col, 2019).

El cáncer cérvico-uterino es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres y constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Es una de las causas más frecuentes de muerte en las mujeres de los países en desarrollo y sus tasas de

incidencias más altas se encuentran en Centro y Sur América, África Subsahariana, Sureste de Asia y el Caribe (More y col, 2019; Selvi y col, 2019).

Anualmente se registran aproximadamente 500 000 casos, de esos 230 000 fallecen, el 80 % ocurre en países en desarrollo. Más de 300 000 mujeres mueren anualmente y de ellas más del 70 % en plena capacidad reproductiva. En Europa el cáncer cérvico uterino es la tercera causa de muerte en la mujer y en Latinoamérica es la causa de muerte más frecuente con más 30 000 defunciones por año (Selvi y col, 2019).

Cada año se estima que 273.000 mujeres fallecen de cáncer cérvico-uterino, sobre tres cuartas partes de ellos en países en vías de desarrollo. Las tasas de incidencia y mortalidad generalmente se relacionan la una con la otra. Menos del 50% de las mujeres diagnosticadas con cáncer invasor en los países en vías de desarrollo, sobreviven más de 5 años y muchas de las víctimas son habitualmente mujeres jóvenes en edad fértil. En contraste en los países desarrollados donde la sobrevida alcanza cifras del 66% a 5 años (Park y col, 2019).

En Cuba, la tasa bruta de incidencia en 1990, según los datos notificados al Registro Nacional de Tumores fue de 19,2 por 100 000 mujeres y la tasa de mortalidad fue de 4,6 por 100 000 habitantes, se encontró solamente por debajo a Estados Unidos y Canadá con 3,0 y 2,9 respectivamente. A pesar de existir un programa de detección precoz, el cáncer de cérvix persiste como un1 problema de salud. En el año 2003, se diagnosticaron 1 512 casos nuevos, lo que representó una tasa de 26 por 100 000 mujeres.

La mortalidad comprendió 412 casos con una tasa de 5,3 por 100 000 habitantes, especialmente en mujeres en edades entre los 40 y 50 años. Según datos del Anuario Estadístico de Salud del año 2005, a pesar del programa nacional vigente de detección de cáncer cérvico uterino, su tasa de incidencia por 100 000 habitantes en mujeres de 15 a 19 años es de 1,1, de 20 a 24 de 1,8 y de 25 a 29 de 19,5, lo cual pone en evidencia que el control de la enfermedad, aunque constituye un propósito deseado, todavía no ha logrado los objetivos propuestos. (MINSAP, 2005).

Científicos del mundo, interesados en disminuir la incidencia del cáncer cérvico-uterino (CCU), aceptan que para lograr el diagnóstico precoz es necesario tener presente tres herramientas fundamentales: educación y concientización de la población sobre los riesgos a que se expone, medios diagnósticos que permitan implementar una pesquisa eficiente, efectiva y eficaz y técnicas terapéuticas conservadoras que no invaliden la capacidad reproductiva, sexual y psicológica de la mujer. (MINSAP, 2005 y Park, 2019).

Desde 1968 el Ministerio de Salud Pública con la colaboración de las organizaciones de masas desarrollan un Programa para el Diagnóstico Precoz del Cáncer del Cuello del Útero en Cuba, este programa tiene como propósito el de contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción y protección, pero no incluye las mujeres menores de 25 años (Cabezas, 2018).

Aunque la incidencia de lesiones pre-invasivas del cérvix ha sido mayor en mujeres de la tercera a cuarta década de la vida, en los últimos años se ha encontrado un número no despreciable de mujeres menores de 25 años afectadas por este tipo de lesiones de bajo o alto grado (Torriente y col, s/f).

En las mujeres jóvenes se manifiestan cada vez con más frecuencia las (NIC) -como parte de la infestación por Virus Del Papiloma Humano (VPH) asociadas a lesiones pre-invasivas en cualquier otra localización epitelial. Existe un número global desconocido de NIC en mujeres de edades inferiores a los 25 años. Estas poseen una alta probabilidad de desarrollar lesiones infiltrantes que llevan a desenlace fatal en plena madurez de sus vidas (Academic Search Premier, 2018).

Los esfuerzos de prevención del cáncer cérvico- uterino en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de las lesiones pre-cancerosas. Como el cuello uterino es un sitio de fácil acceso, se facilita aplicar allí pruebas de selección para lograr descubrir tanto las lesiones malignas como las pre-malignas que se asocian en grado variable con su progreso a cáncer. (Academic Search Premier, 2018).

Por todo lo antes expuesto y por la elevada incidencia que se manifiesta en la población femenina y que cada vez aparecen en edades más tempranas la sintomatología de esta enfermedad se realiza este trabajo referativo con la finalidad de exponer algunas consideraciones clínico y epidemiológicas de la neoplasia intracervical en las mujeres menores de 25 años.

Infección por Papiloma Virus Humano como causa de Neoplasia Intraepitelial Cervical

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del treinta y hasta la actualidad. (Liao y col, 2019) Se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares y se han subdividido en tres grados según su extensión y gravedad: I, II y III.

Si la displasia está confinada al tercio inferior del epitelio estamos en presencia de una NIC I también conocida como lesión intraepitelial de bajo grado (LEI-BG); si implica los dos tercios inferiores se denomina NIC II y si las anomalías nucleares afectan a más de dos tercios de todo el espesor del epitelio están en presencia de una NIC III. Estas dos últimas denominaciones en conjunto se conocen también como: lesiones intraepiteliales de alto grado (LEI-AG). (González-Herrera y col, 2018)

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) parece ser la "causa fundamental" en la génesis del cáncer de cérvix.[10] Esta hipótesis es muy aceptada por la comunidad científica mundial y se apoya en numerosas evidencias morfológicas como la coexistencia de VPH con la NIC y la Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV) y los datos que nos brinda la biología molecular como el elevado porcentaje de infección por el VPH en pacientes con carcinomas invasores del cuello uterino, de NIC, de NIV y carcinomas invasores de la vulva y del pene. (Jensen, 2018).

En la mayor parte de los carcinomas analizados se encuentra DNA viral integrado en los cromosomas de la célula huésped**.** Sin embargo, numerosos estudios han abordado la estructura, el mecanismo de acción y el poder oncogénico de los diferentes tipos de VPH y han concluido que la influencia de un solo factor no transforma a una célula normal en una que prolifera sin restricción. "Muchas evidencias indican que es

necesario que sobre una célula sucedan de 3 a 7 eventos mutacionales independientes para que ocurra la transformación maligna" (Spinillo, 2018, p.15)

Se hace necesario considerar algunos otros factores de riesgo que pueden actuar asociados a la infección con el VPH pues no todas las mujeres infectadas desarrollan LAG y carcinoma in situ (De Vivar y col, 2019)

Estos conceptos confirman la opinión autorizada de un experto cubano como el profesor Evelio Cabezas en el 2018, al sostener que:

> (…) en los momentos actuales estamos envueltos en lo que ha dado en llamar la "psicosis del VPH" y llama a la atención de los otros factores de riesgos concomitantes que tienen también una gran importancia en la génesis del cáncer cervical (Cabezas, 2018, p.31).

Múltiples son los factores de riesgo epidemiológico o co-factores relacionados con la aparición de las lesiones intraepiteliales y su posible evolución posterior a cáncer del cuello.

La conducta sexual de riesgo y su relación con la infección por HPV

La edad al primer coito antes de los 20 y de manera marcada antes de los 18 años es uno de los co-factores importantes en la aparición del carcinoma del cuello según reportan numerosos colnacionales y extranjeros. (Sanad, 2018).

Las alteraciones celulares aparecen en un tipo especial de epitelio que reemplaza al epitelio columnar preexistente y el proceso por el cual esto ocurre es conocido por metaplasia escamosa, cuyas etapas más activas son: la prenatal, la adolescencia como período de crecimiento más vulnerable a cualquier agresión y también durante el embarazo. Por lo que si una adolescente se embaraza, adiciona un factor de riesgo más, que favorece la aparición de estas alteraciones, al disminuirse adicionalmente la capacidad inmunológica de defensa del organismo. Aquí tenemos otro elemento negativo del embarazo en la adolescente. (Yoon y col, 2018)

La infección por el VPH es una infección de transmisión sexual que se encuentra muy extendida en mujeres y hombres, sin embargo, las condiciones anatómicas del varón y otros factores hacen que esta se pueda desarrollar en forma sub-clínica o latente y evolucione en pocas ocasiones a cáncer del pene u otra localización genital. No sucede así en la mujer que con mayor frecuencia lo desarrolla en el cérvix, la vagina, la vulva o el perineo. (González, y col, 2018; Jensen, 2018)

Se deduce que la mujer con mayor cantidad de compañeros sexuales tiene más probabilidades de desarrollar la infección como ocurre con todas las infecciones de transmisión sexual incluida la del virus del herpes simple tipo 2, que pudiera actuar como cofactor del VPH produciendo una acción sinérgica que motive los cambios celulares cervicales. (Wu y col, 2019)

Es imprescindible considerar la influencia del hombre en la génesis del cáncer uterino y sobre todo en el varón de riesgo o promiscuo que mantiene relaciones sexuales sin protección de barrera como el condón, este tiene una probabilidad más alta de desarrollar una infección de transmisión sexual (ITS) y por tanto, una contaminación en su plasma seminal, la cual tiene un importante papel en la infección por el VPH.

Al producirse la eyaculación intravaginal, los espermatozoides ascienden rápidamente a través del canal endocervical, una buena cantidad de ellos se deposita en los pliegues mucosos de las glándulas cervicales cercanas a la unión escamo cilíndrica donde precisamente se desarrolla el mayor número de neoplasias.

El plasma seminal constituye el 90 % del líquido eyaculable que contiene componentes inmunosupresores que afectan las funciones de diferentes células del sistema inmune como los linfocitos T y B, las células asesinas naturales (NK), macrófagos y anticuerpos del sistema de complemento. (Massad y col, 2019).

En presencia de carcinógenos este efecto inmunológico local puede constituir un cofactor que acelera o contribuye al desarrollo de neoplasias y por eso se le atribuye al plasma seminal una gran importancia en la génesis del cáncer de cuello6. Es por esto, que los tres cofactores mencionados (varón de riesgo, ITS y esperma) tienen una relación muy íntima en la aparición de las lesiones cervicales. (Rigoni y col, 2019).

El diagnóstico de neoplasia cervical no es sinónimo de promiscuidad femenina, aunque no es menos cierto que las promiscuas tienen una posibilidad mayor de padecerla, muchas mujeres que sólo han tenido una pareja sexual también desarrollan la enfermedad, por lo que resulta interesante considerar el plasma seminal en la génesis del cáncer uterino. (Barron y col, 2019).

La probabilidad de que las mujeres sean portadoras del VPH y el riesgo de padecer de cáncer de cérvix se ha relacionado con la presencia de ADN viral en el pene o la uretra de su pareja sexual. Según un estudio publicado por Benedet Cobero Rouras (2002), las mujeres tienen un riesgo tres veces superior de padecer la enfermedad si su compañero sexual ha tenido relaciones con otras mujeres que han desarrollado la enfermedad.

Otros factores asociados a la Neoplasia Intraepitelial Cervical

La multiparidad es otro elemento considerado, ya que se ha comprobado que durante el embarazo ocurre una cierta depresión inmunológica y de los niveles de folatos en la sangre, lo que se ha relacionado con el aumento del riesgo de aparición de la neoplasia intraepitelial mientras más embarazos tenga la mujer. El humo del cigarrillo al estar íntimamente asociado a la aparición del cáncer espino celular del pulmón y la laringe podría también relacionarse con el cáncer cervical de la misma variedad histológica. El dañino hábito de fumar se asocia a la aparición de NIC o cáncer cervical. Los componentes del humo procedentes de la combustión del tabaco tienen una acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotinina 14 disueltas en la sangre, las que han sido detectadas en el cérvix, la saliva, la orina y el moco cervical e iniciar la acción oncogénica del VPH y el VHS tipo 2 por acción tóxica sobre el cuello uterino y por una inmunodepresión local provocada por una disminución de las células de Langerhans.

Actualmente se acepta que en las mujeres fumadoras el riesgo de padecer la enfermedad aumenta tres veces al compararlo con las que no lo hacen. Asimismo se ha reportado que existe una fuerte relación dosis-respuesta. (More y col, 2019; Selvi y col, 2019; Park y col, 2019; González y col, 2018).

La inmunodepresión sistémica y la reducción de los antioxidantes provenientes de la dieta son otros elementos a tener en consideración como veremos más adelante. El estado nutricional puede influir en la progresión de la infección por VPH.

El patrón de metilación del ADN-VPH se ha asociado *in vitro* con la actividad de transcripción viral. La pérdida de la trascripción en los fenómenos de carcinogénesis podría vincularse a factores dietéticos con la capacidad de metilar al ADN. Los folatos, la vitamina B_6, la vitamina B_{12} y la metionina pueden tener su mecanismo de acción en la prevención del cáncer de cuello uterino a través de su papel en la metilación**.** La ingestión de alimentos ricos en vitamina A y, particularmente, en retinol fue asociada con la reducción del riesgo de padecer traumas de desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto, y por sus propiedades antioxidantes está asociado con la afección en análisis. (Giannella, 2018).

Los factores hormonales también se han considerado y existen reportes que el uso de anticonceptivos orales por más de cinco años incrementa el riesgo de padecer cáncer de cérvix en mujeres portadoras de VPH y que si existe una lesión intraepitelial, puede progresar más rápidamente a carcinoma in situ(CIS). 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. En ausencia de hormonas, el receptor para estas es inactivo y se localiza en el núcleo de la célula diana como un gran complejo molecular asociado a muchas proteínas, cuando las hormonas se unen a sus receptores estrogénicos y progestacionales se produce un cambio en la capacidad del receptor para unir secuencias específicas de ADN.

Existen regiones de regulación de la trascripción del ADN viral que contienen elementos de reconocimiento a las hormonas y que aumentan el nivel de expresión de dos genes virales el E6 y el E7.

Otro mecanismo descrito es su acción sobre determinados genes asociados a la regulación del ciclo celular y al programa de muerte celular También los esteroides inhiben la efectiva respuesta inmunológica contra las lesiones inducidas por VPH y son capaces de aumentar la replicación viral en cultivos

La susceptibilidad genética a la infección por el VPH parece ser importante en determinar el riesgo individual de desarrollo viral del cáncer.

La habilidad de ciertos holotipos de HLA es predisponerte a aumentar la susceptibilidad a la iniciación y persistencia de la infección por VPH y, por consiguiente, al desarrollo de tumores malignos en el cuello uterino.

Como hemos señalado antes, las inmunodeficiencias exógena y endógena son factores importantes en la aparición del cáncer cervical y su evolución. La respuesta inmune está considerada como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores, desde la fase de iniciación hasta el crecimiento y progresión de los mismos. (Wu y col, 2019)

La infección viral es común en pacientes con supresión o defecto en el sistema inmune que se demuestra por una linfopenia, con una alteración de la relación linfocitos B/ linfocitos T, migración espontánea y quimiotaxis de neutrófilos disminuida. Estas

alteraciones inducen trastornos en la secuencia de eventos necesarios para que la respuesta inmune, tanto humoral como celular, sea efectiva.

Un ejemplo evidente ha sido demostrado en pacientes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana las cuales muestran un incremento en la incidencia de lesiones intraepiteliales escamosas, debido al deterioro de las células y de los mecanismos de la respuesta inmune contra la progresión de la enfermedad.

Igualmente, las mujeres sometidas a trasplantes de órganos tratadas con inmunosupresores tienen un elevado riesgo de padecer infección por el VPH y cáncer cervical cuando se compara con la población general, también se conoce que el progreso evolutivo de lesiones intraepiteliales cervicales a carcinoma invasor cuando en ellas se asocia la infección VPH, es más acelerado. La neoplasia intraepitelial cervical y su vinculación con la infección por el virus del papiloma humano precede a la aparición del cáncer del cérvix, por lo que resulta muy importante detectarla y tratarla para evitar su evolución hacia las etapas invasoras. (de Palo, 2018; Campaner y col, 2019)

Tratamiento

El tratamiento ideal de la NIC, debe ser un método de fácil ejecución, nula mortalidad, muy baja morbilidad, preservación de la capacidad reproductiva, no mutilante, de bajo costo y excelentes resultados a largo plazo.

Diferentes modalidades han sido empleadas para el tratamiento de las displasias cervicales, algunas más conservadoras que otras desde la primera mitad del siglo pasado. La conización con bisturí, la amputación de cuello y la histerectomía tuvieron su protagonismo en esa época.

En el 2014, Cardoso y Campaner, de la Serie escandinava, recomiendan un método de ablación que se conoce como electrocoagulación diatérmica y *Semm* en igual fecha introduce la termocoagulación. Ambos métodos con resultados alentadores.

En los últimos treinta años, la terapéutica de las NIC se ha dirigido hacia el uso de métodos conservadores que pueden realizarse de forma ambulatoria favorecidos por el desarrollo que ha tenido la colposcopia; existe un mayor conocimiento de la historia natural de las lesiones intraepiteliales y la disponibilidad de novedosas tecnologías terapéuticas eficaces por ablación o destrucción como la criocirugía que surge a principio de los setenta y el láser en los finales de la misma década.

Como técnica más novedosa y con ventajas evidentes sobre los procederes ablativos, aparece publicaciones en el uso de la Radiocirugía para realizar la escisión electro quirúrgica del cérvix (LEEP).

A juzgar por los conocimientos actuales sobre la historia natural de la NIC, sabemos que la mayoría de los casos con displasia leve no avanzan o se normalizan espontáneamente por lo que su tratamiento puede posponerse hasta dos años si no existe progresión.

El tamaño de las lesiones influye más en los resultados del tratamiento que el grado de la lesión, por lo que uno de los detalles que debe tenerse en cuenta es que técnicamente el tratamiento conservador sea posible en toda la extensión de la lesión. El tratamiento debe limitarse a las mujeres con lesiones intraepiteliales de alto grado

(NIC II y NIC III) y siempre que se cumplan los criterios establecidos internacionalmente pueden utilizarse los métodos conservadores. (De Palo G, 2018)

CONCLUSIONES

En la actualidad la incidencia de la Neoplasia Intraepitelial Cervical constituye un problema de salud en la mujer, su aparición se ha incrementado en la población menor de 25 años, los factores que la condicionan están determinados fundamentalmente con la conducta sexual de riesgo a destiempo, el cambio recuente de parejas sexuales, relaciones sexuales desprotegidas y la aparición de infecciones de transmisión sexual por HPV como agente causal del cáncer cervicouterino.

REFERENCIAS

Academic Search Premier (2018). Grade Cervical Intraepithelial Neoplasia, 10 *Plos ONE* (3): 1-10.

Barron, S., Austin, R., Li, Z., Zhao, C. (2019) Follow-up outcomes in a large cohort of patients with HPV-negative LSIL cervical screening test results. *American Journal Of Clinical Pathology 143*(4): 485-491. Recuperado de: MEDLINE Complete.

Benedet, JL., Cabero, L. (2002). Strategies for the modification of risk factors in gynecological cancers. *Eur J Gynecol Oncol, 23*(1):5-10.

Cabezas, E. (2018) Conducta a seguir ante la NIC. *Rev Cub Obstet Ginec. (3*):156-60.

De Palo, G., Chanen, W., Dexeus, S. Masson; (2018). Neoplasia intraepitelial cervical. En: *Patología y tratamiento del tracto genital inferior*. Barcelona: Editorial. p. 62-89.

De Vivar, A., Dawlett, M., Wang, J., Jack, A., Gong, Y., Guo, M., col (2019). Clinical performance of hybrid capture 2 human papillomavirus testing for recurrent high-grade cervical/vaginal intraepithelial neoplasm in patients with an ASC-US Papanicolaou test result during long-term posttherapy follow-up monitoring. *Archives Of Pathology & Laboratory Medicine 139*(2): 219-224.

Giannella, L., Prandi, S., Giulini, S., Mfuta, K., Torrini, B., Boselli, F. (2018). Cervical nitric oxide metabolite levels and clinical variables as predictive factors of high-grade cervical intraepithelial neoplasia. *Archives Of Gynecology And Obstetrics 288*(5): 1095-1100. Recuperado de: MEDLINE Complete.

González, L., Rodríguez, P., Gonzalez, M., Pérez, G., Canul, J., Cetina, T. (2018) MTHFR/p53 polymorphisms as genetic factors for cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer in HPV-infected Mexican women. *The International Journal Of Biological Markers 29*(2): e142-e149. Recuperado de: MEDLINE Complete.

Jensen, K., Thomsen, L., Schmiedel, S., Frederiksen, K., Norrild, B., Kjær, S. (2018). Nov et al. Chlamydia trachomatis and risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse in women with persistent human papillomavirus infection: a cohort study. *Sexually Transmitted Infections 90*(7): 550-555. Recuperado de: MEDLINE Complete.

Liao, G., Sellors, J., Sun, H., Zhang, X., Bao, Y., Qiao, Y. (2019). p16INK4A immunohistochemical staining and predictive value for progression of cervical intraepithelial neoplasia grade 1: a prospective study in China. International Journal Of Cancer. *Journal International Du Canc*er *134*(7): 1715-1724. Recuperado de: MEDLINE Complete.

Lindström, A., Hellberg, D. (2014). Immunohistochemical LRIG3 expression in cervical intraepithelial neoplasia and invasive squamous cell cervical cancer: association with expression of tumor markers, hormones, high-risk HPV-infection, smoking and patient outcome. *European Journal Of Histochemistry: EJH 58*(2): 2227. Recuperado de: MEDLINE Complete.

Massad, L., Pierce, C., Minkoff, H., Watts, D., Darragh, T., D'Souza, G., (2019) Long-term cumulative incidence of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse after abnormal cytology: impact of HIV infection. *Journal International Du Cancer 134*(8): 1854-1861. Recuperado de: MEDLINE Complete.

MINSAP (2005). Anuario estadístico de salud, Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública.

Moré, A., Toneut, C., Pino, F., Gálvez, A., Espinosa, M., Ávalos, J. (2019). Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. (Spanish). *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología 39*(4): 354-367. Recuperado de: MedicLatina.

Rigoni, M., Salvatore, S., Perino, A., Cucinella, G., Candiani, M. (2019). Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) in pregnancy: the state of the art. European Review *For Medical And Pharmacological Sciences. 18*(6): 851-860. Recuperado de: MEDLINE Complete.

Sanad, A., Kamel, H., Hasan, M. (2018). Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) in patients attending Minia Maternity University Hospital. *Archives Of Gynecology And Obstetrics 289*(6): 1211-1217. Recuperado de: MEDLINE Complete.

Selvi, K., Badhe, B., Papa, D., Ganesh, R. (2019) Role of p16, CK17, p63, and human papillomavirus in diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia and distinction from its mimics. *International Journal Of Surgical 22*(3): 221-230. Recuperado de: MEDLINE Complete.

Torriente, S., Valdés, O., Villarreal, A., Lugo, A. (s/f) Caracterización de un grupo de pacientes con neoplasia intraepitelial cervical diagnosticadas por biopsia con asa diatérmica. *Rev Cubana Obstetricia Ginecología.* Recuperado de. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100006&lng=es

Yoon, B., Seong, S., Song, T., Kim, M., Kim, M. (2018). Risk factors for treatment failure of CO2 laser vaporization in cervical intraepithelial neoplasia 2. *Archives Of Gynecology And Obstetrics 29*0(1): 115-119. Recuperado de: MEDLINE Complete.

Wu, Y., Wang, T., He, Y., Song, F., Wang, Y., Zhang, W. y col (2019) l. Clinical management of cervical intraepithelial neoplasia in pregnant and postpartum women. *Archives Of Gynecology And Obstetrics 289*(5): 1071-1077. Recuperado de: MEDLINE Complete.

DESEMPEÑO DE LOS ROLES PROFESIONALES EN LA FORMACIÓN DEL MODO DE ACTUACIÓN MÉDICO

PERFORMANCE OF PROFESSIONAL ROLES IN THE FORMATION OF THE MEDICAL INTERVENTION MODE

Kentny María Mora Reyes

Raydel Pérez Castillo

Yoanne Cordero Gonzalez

RESUMEN

La formación del modo de actuación médico es un conjunto de complejos procesos donde ocurre la apropiación y reproducción de saberes. La complejidad en la holística de dichos procesos se da desde el desempeño de los roles que asume el estudiante en su actividad teórica, la práctica clínico-quirúrgica e investigativa.El propósito esta en ofrecer una reflexión teórica sobre las relaciones entre el desempeño los roles profesionales y la formación del modo de actuación médico. La formación del modo de actuación desde la práctica médica en situaciones de realidad ofrece la oportunidad de interiorizar las manifestaciones del objeto y sujeto profesional en la constante construcción y reconstrucción de lo aprendido en la formación profesional.

PALABRAS CLAVES: modo de actuación, rol profesional, formación profesional.

ABSTRACT

The formation of the mode of medical action is a set of complex processes where appropriation and reproduction of know ledge takes place. The complexity in the holistic of these processes is given from the performance of the roles that the student as sumes in his theoretical activity, the clinical-surgical and investigative practice. The purpose is tooffer a theoretical reflection on the relationships between the performance of professional roles and the formation of the medical intervention mode. The formation of the mode of action from the medical practice in situations of reality offers the opportunity to internalize the manifestations of the object and professional subject in the constant construction and reconstruction of what has been learned in professional training.

KEY WORDS: mode of action, professional role, professional training.

INTRODUCCIÓN

Ante los nuevos desafíos y el nivel alcanzado por la Educación Superior, las Universidades de Ciencias Médicas tienen un reto particular al cumplir con su encargo social, en tiempos que requieren de la formación profesional de cualidades personales que se integran al modo de actuación profesional en la atención humana.

En la formación del modo de actuación se establece un sistema de relaciones sociales y profesionales del estudiante con su grupo, colectivo de profesores y pacientes en el desempeño de diferentes roles. La mediación del médico profesor en sus se hace compleja; por las acciones educativas que se delimita dentro de la atención médico-paciente para enseñar a aprender a sus estudiantes; y así conformar el modo de actuación profesional.

La revisión sistemática de la literatura concluyó que el contacto clínico precoz entregaba mayor comprensión acerca del rol profesional (Rivera, y col, 2018); por su parte (Véliz, Oramas y Berra, 2016) estiman que la evaluación de las funciones y el desempeño de los profesionales de la salud han constituido preocupación permanente en la formación de un profesional con adecuada capacidad y modo de actuación en su mundo laboral. Aspecto necesario en la educación permanente de este profesional en las universidades y en su desempeño laboral donde resignifica su rol profesional y este constituye elemento integrador del modo de actuación, como expresión más acabada en su formación permanente.

El análisis de las relaciones de influencias, expectativas y conformación del modo de actuación del médico en formación desde el desempeño de sus roles son importantes para reestructurar políticas de enseñanza. La formación desde la práctica médica en situaciones de realidad ofrece la oportunidad de apropiarse de las manifestaciones de objeto y sujeto profesional en la constante construcción y reconstrucción de lo aprendido en la formación profesional.

Acerca del desempeño de los roles profesionales

El fenómeno "rol" se encuentra descrito en la teoría de los roles. Esta organiza conceptos y formulaciones hipotéticas para describir, comprender y predecir aspectos complejos del comportamiento humano. La teoría de los roles se preocupa en estimar bajo cuáles circunstancias ciertos tipos de comportamientos pueden ser esperados. El término "rol" tiene sus raíces en la práctica teatral y se refiere a la parte escénica que la persona representa en el teatro. Comenzó a aparecer en la literatura de las ciencias comportamentales en la década de 1920, y desde aquel tiempo su uso aumentó rápidamente y se originó una terminología a su alrededor. (Biddle y Thomas, 1966) y (Mendes, y Lopes, 2009).

En el desempeño de los roles profesionales se condicionan el sistema de relaciones que se establecen en la formación del estudiante; las expectativas individuales o colectivas están asociadas los conocimientos, habilidades, valores y destrezas. Su significado trasciende por su naturaleza dialéctica el comportamiento prescrito para determinada persona en dependencias de las cualidades que conforman su modo de actuación ante determinadas esferas o situaciones profesionales.

Unas de las características distintivas en la formación del modo de actuación profesional es que se moldea a la realidad profesional en el desempeño de sus roles profesionales y lo trasforma. Hay unanimidad de criterio en cuanto a que el modo de actuación está asociado a la manera en que el profesional ejerce su acción sobre el objeto de trabajo, expresado en forma de ejecución de los métodos profesionales y así como las tareas y funciones contenidas en sus role profesionales.

En este caso, se entiende por función la manifestación de las propiedades o características internas de la profesión y de su estructura, reflejada en roles que forman parte de su modo de actuación. Aunque las funciones profesionales pueden identificar por separado, actúan de forma multidimensional, cada una se integra a la otra y se revelan sus relaciones en las esferas de actuación profesional.

En correspondencia con la naturaleza de la medicina humana, las tareas básicas contienen la esencia del rol profesional desde un enfoque socio-pedagógico. En su

formación el estudiante desempeña funciones del que parten de su rol profesional, encaminadas a asegurar el cumplimiento exitoso de las tareas básicas asignadas al médico en su rol asistencial, educador, gerencial y orientador profesional.

Aunque cada función y sus tareas derivadas tienen sus especificidades, la unidad de acción que se establece en las relaciones de subrogación del accionar médico profesional en los diferentes espacios de actuación implica la aprehensión de los saberes necesarios para la práctica de roles y la formación de su modo de actuación profesional. Las relaciones dadas en la práctica del rol profesional médico tienen determinación única; la relación médico-paciente es un ejemplo particular en las profesiones salubristas. El desempeño social se establece desde normativas legales, su organización en tareas y funciones pautan cualidades generales del modo de actuación profesional que evidencian las particularidades de cada médico.

La formación del modo de actuación desde la práctica asistencial engendra situaciones desconocidas en los diferentes roles profesionales, en los ambientes laborales, formativos y comunitarios. La singularidad en la formación del profesional va más allá del conocimiento técnico, sus habilidades o destrezas profesionales sino que alcanzan un nivel de cualidades mayores al incluir los sentimientos, valores, propios y necesarios en el modo de actuar de esta profesión. El resultado de esta combinación es el realce de todas las cualidades ético-morales y de inteligencia; al decir en una sentencia Martiana:

(…) el remedio está en desenvolver a la vez la inteligencia del niño y sus cualidades de amor y pasión, con la enseñanza ordenada y práctica de los elementos activos de la existencia en que ha de combatir, y la manera de utilizarlos y moverlos. (Martí, OC, T, p.)

La integralidad en modo de actuación del profesional médico transciende el contenido de las diferentes especialidades, está en el dominio de las metodologías que se despliegan ante la atención de cada paciente; es saber diagnosticar, descubrir los riesgos-beneficios en un arsenal terapéutico, saber elegir y tomar decisiones en el diseño de una estrategia de actuación.

El carácter dialéctico, contextual y transcultural delos roles desencadenan un desarrollo constante las relacionales entre estos y el modo de actuación. En la formación del modo de actuación médico influye entonces las contradicciones entre lo que se sabe, lo que se búsqueda en el paciente y las soluciones prácticas a las situaciones profesionales. La formación de la nueva concepción personológica de su rol en ocasiones genera conflictos; parte de la subjetivación que hace el estudiante en formación de las acciones educativas, las tareas y funciones profesionales que asume en la búsqueda de solución a determinadas situaciones de salud a las que debe dar respuesta adecuada.

El conflicto de roles se refiere a expectativas incompatibles mantenidas por la propia persona, o por otras personas, para un determinado rol o conjunto de roles desempeñados por la persona. Algunas formulaciones de conflicto especifican que el actor está expuesto a expectativas contradictorias, que derivan del hecho de ocupar dos o más posiciones simultáneamente. Otras formulaciones aceptan como conflicto las expectativas contradictorias que derivan de la ocupación de una única posición.

Cualquier situación en la cual el encargado de la posición percibe que está expuesto a expectativas incompatibles será llamada *conflicto en el rol*. (Mendes, Lopes, 2009).

La puesta en práctica de determinado rol profesional delimita ciertas relaciones, no obstante, a pesar de lo más o menos preceptuado, en la circunstancialidad de las relaciones aparecen las diferencias personológica del modo de actuación de cada profesional.

En la profesión médica ante el ¿qué hacer en determinada situación?; se preceptúan funciones por antonomasia al objeto profesional, destinadas a diagnosticar, tratar y rehabilitar al enfermo. La dialéctica social ha ampliado hoy día las funciones de este profesional a la promoción, prevención, investigación y paliación de procesos que trascienden lo biológico.

¿Cómo hacer ante determinada situación del rol profesional? Esta pregunta también define otra de las porciones del modo de actuación. La respuesta está en la formación y desarrollo de saberes a tenor de la evolución científica, tecnológica y social. Hoy se impone relaciones médico-paciente diferentes a las antaño; esto genera modificaciones en la postura de roles y en el modo de actuación profesional.

Durante mucho tiempo, la relación médico-paciente fue con carácter vertical desde el rol de médico clínico. Los cambios tecnológicos, científicos y culturales han dinamizado las relaciones; el paciente acude hoy a un ambiente de salud con la finalidad de ser orientado; lo que ofrece una situación superior al médico en su rol profesional para la toma de decisiones y seguimiento. Al decir de (Barcia y Nieto, 1994), “se ha transitado de la ética de la beneficencia a la ética de la autonomía. (p.19).

Definición de roles médicos ajustadas del estudio de Garrett (1981)

El médico desempeñará un rol clínico donde formulará su diagnóstico en el paciente, la familia y la comunidad en función de las condiciones físicas, psicológicas y sociales. Por consiguiente, su formación debe llevarse a cabo en forma tal que le permita adquirir los conocimientos y desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para desempeñar esas tareas.

En su rol gerencial se encargará de planificar, organizar y administrar su trabajo; ya sea que ejerza solo o en grupo, tendrá que estar capacitado para:

Organizar su práctica asistencial diaria (por ejemplo, usar un sistema de programaciones oatender a cada paciente que se presente en la consulta).

Planificar el movimiento de pacientes en su consulta (en aspectostales como el tiempo de espera, etc.).

Administrar los recursos de personal y financieros, el equipo y lossuministros.

Determinar las acciones que desempeñará en las visitas a domicilioy sus responsabilidades para con la familia del paciente.

El médico en su rol supervisor de su práctica; continuamente tiene que evaluar su práctica, no solo en función de laatención que presta sino en términos de la eficiencia de dicha práctica. Al proporcionar atención continua e integral al paciente, a la familia y a la comunidad, el médico tendrá que adoptar aquellos métodos que le permitan

proporcionar los servicios en la forma más eficiente posible. La supervisión de los registros de pacientes, del equipo, de los suministros, etc., y las necesidades de salud de la comunidad.

Durante los procesos de formación el médico deberá desarrollar un rol docente en la adquisición de habilidades de correlaciones interpersonales, conocimientos en las técnicas y los principios de la comunicación social y de la educación para la salud y pedagogía médica.

CONCLUSIÓN

La horizontalidad y contextualidad en las relaciones médico-paciente transitan por un enfoque más igualitario y negociable, resignificando la prácticas de roles y con este su modo de actuación profesional médico.La formación del médico debe ofrecer en forma los saberes pertinentes para el desarrollo de habilidades y destrezas y valores para desenvolvimiento adecuado de sus tareas y funciones profesionales.

REFERENCIAS

Mendes, M.A. y Lopes, D. (2009). La Teoría de los Roles en el Contexto de la Enfermería. *Index Enfermería: 18*(4).

Rivera, S., Rosenbaum, A., Rojas, P., Rioseco, A., García, D., y Rojas, P. (2018). *Contacto clínico precoz: experiencia de diseño e implementación de un curso de servicio comunitario en medicina. Educación Médica*. Obtenido de http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-aprendizaje-entornos-simulacion-alta-fidelidad-S1575181316300055?referer=buscador

Barcia, D., y Nieto, J. (1994). La relación médico-paciente. Zaragoza, España: INO Reproducciones.

Biddle, BJ. Y Thomas, EJ. (1966). Role theory: concepts and research. New York.

Garrett, EJ. (1981). Funciones del médico en la atención primaria de salud. *Educación médica y salud; 15*(3).

Véliz, PL., Oramas, R., y Berra, EM. (2016). Modelo del especialista en medicina intensiva y emergencias por competencias profesionales. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana. Cuba.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA MODIFICAR EL COMPORTAMIENTO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CONTRA LA MUJER EN EL CMF LAS TABLAS

INTERVENTION STRATEGY TO MODIFY THE BEHAVIOR OF THE VIOLENCE FAMILY AGAINST THE WOMAN IN THE CMF LAS TABLAS

Kirenia Peguero Cuza kirenia.peguero@nauta.cu

Dania Del Carmen Faxas Roriguez

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención para modificar el comportamiento de la violencia intrafamiliar en la mujer, con el objetivo de elaborar una estrategia de intervención, para que disminuya durante el período de octubre 2017 a abril 2019 en el CMF 23. Para la obtención de los datos se revisó: las historias de salud familiar e individual de dichos pacientes y factores de riesgo asociadas; además de un sistema de preguntas organizadas en un cuestionario, el mismo tendrá carácter anónimo. El universo de estudio estuvo integrado por todas las pacientes femeninas de la población del CMF 23, del Municipio Jobabo. La muestra estuvo representada por aquellas que estuvieron o padecieron de algún tipo de violencia. Para lo cual se tuvieron en cuenta criterios de inclusión y de salida. Para darle salida a los objetivos de esta investigación, se analizaron las siguientes variables: edad, raza, antecedentes familiares de violencia, nivel de escolaridad, situación económica, adicciones. Además de los aspectos éticos concernientes a la investigación, técnica y procedimiento, método empírico, medición científica, método histórico lógico, métodos estadísticos y análisis estadístico.

PALABRAS CLAVES: mujer, violencia, familia.

ABSTRACT

It was carried out an intervention study to modify the behavior of the violence intrafamiliar in the woman, with the objective of elaborating an intervention strategy, so that it diminishes during the period of October 2017 to April 2019 in the CMF 23. For the obtaining of the data it was revised: the histories of family health and this patients' singular and associated factors of risk; besides a system of questions organized in a questionnaire, the same one will have anonymous character. The study universe was integrated by all the feminine patients of the population of the CMF 23, of the Municipality Jobabo. The sample was represented by those that were or they suffered of some type of violence. For that which you/they were kept in mind inclusion approaches and of exit.To give exit to the objectives of this investigation, the following variables were analyzed: age, race, family antecedents of violence, escolaridad level, economic situation, adictions. Besides the concerning ethical aspects to the investigation, technique and procedure, empiric method, scientific mensuration, logical historical method, statistical methods and statistical analysis.

KEY WORDS: woman, violence, family.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es un hecho conocido desde la antigüedad y reconocido como un problema social. Las Naciones Unidas en su 85ª sesión plenaria, el 20 de diciembre de 1993, ratificó la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, donde se afirma que esta violencia es un grave atentado a los derechos humanos de la mujer y de la niña. La violencia contra la mujer comienza en la infancia y es en la familia donde principalmente se ejerce esa violencia. La infancia es especialmente vulnerable a la violencia y la niña sufre un plus añadido por su condición femenina. A la ablación, generalizada en determinadas comunidades e ineludiblemente ligada al sexo femenino, el comercio sexual que puede arrancar ya en el seno de la familia con la venta de la niña, o el infanticidio y los abusos sexuales, más frecuentemente ligados al sexo femenino, se une una más estricta autoridad paterna, ejercida también por hermanos, y una educación discriminatoria que limita sus expectativas vitales.

El infanticidio femenino es habitual en determinadas culturas. El infanticidio femenino está generalizado. Una percepción de la mujer devaluada, las costumbres discriminatorias, considerar la educación de las niñas como una carga y los deseos del padre de perpetuar el apellido mediante un varón serían las causas de estos infanticidios. En algunas zonas el nacimiento de una niña va acompañado de ritos de duelo. En la actualidad, la posibilidad de detectar el sexo durante el embarazo ha venido a agravar el problema con abortos selectivos.

Más del 80% de las violaciones las perpetran miembros de la familia de la víctima, y mayoritariamente a edades muy tempranas, cuando esta no pasa de ser una niña. Padres, abuelos, tíos, adultos en los que ella confía pasan a ser sus agresores. Este es un problema mundial que en muchas ocasiones no trasciende más allá de los límites de la propia familia, la niña sufre la violencia en silencio, avergonzada y con sentimientos de culpa.

A estas violencias, aún habría que sumar otras muchas de menor carácter que irían desde un mayor autoritarismo paterno y familiar, a los matrimonios forzosos. La violencia ejercida contra la mujer, sea cual sea su naturaleza, tiene como marco preferente la familia.

Viviendo en este mundo, encontramos que el machismo ha originado una generación en la cual la violencia hacia sus semejantes es algo "de todos los días". El mundo se ha venido degenerando y casos como estos son comunes en la sociedad actual, estos problemas que afectan al mundo en general hacen que el ser humano tenga un comportamiento de agresividad, y odio contra su prójimo. Según estudios el 80% de las mujeres no delatan que son víctimas de algún caso de Violencia Intrafamiliar, y tienden a volverse vulnerables a la muy llamada superioridad del hombre la cual ha venido a seguir deformando al mundo y a la sociedad.

En la sociedad cubana existe la tendencia a la protección de los derechos de la mujer, a pesar de todos los esfuerzos realizados por los programas de la Revolución que rectorizan los cuidados de la mujer específicamente de la violentada en el ámbito intrafamiliar, se pueden comprobar que existen núcleos familiares donde la mujer es víctima de los diferentes tipos de violencia doméstica. En el municipio Las Tunas,

específicamente en la comunidad del CMF 23 que se encuentra situado en las Tablas su población de forma general está representada por trabajadores y amas de casa, existiendo periódicamente eventos violentos sobre las mismas principalmente durante los días festivos.

Definiendo la violencia violencia intrafamiliar contra la mujer.

¿Qué es la violencia contra las mujeres?

Las mujeres, sólo por el hecho de ser mujeres, viven diversas formas de violencia de parte de sus parejas o de su entorno que van desde el control hasta la agresión física. Esto se justifica porque en muchas culturas, incluida la chilena, todavía se cree que los hombres tienen derecho a controlar la libertad y la vida de las mujeres.

¿Qué se entiende por violencia física?

Son todas las formas de agresión a las mujeres que van desde los empujones y zamarreos, tirones de pelo, pellizcos, apretones, golpes de puño y patadas hasta los golpes con objetos. La forma más fuerte de agresión física contra una mujer es el feminicidio.

¿Qué es el feminicidio?

Es el homicidio cometido contra la mujer que es o ha sido cónyuge o conviviente del autor del crimen. En Chile es castigado con condenas que pueden ir de quince años y un día de cárcel hasta el presidio perpetuo calificado.

¿Qué es la violencia psicológica? Cuando se intenta controlar a una mujer mediante amenazas, humillaciones y presión emocional con el propósito de hacerla sentir insegura y sin control sobre su vida y decisiones.

¿Qué es el acoso sexual?

Cuando a una mujer se le exigen favores sexuales a cambio de su permanencia en el trabajo o su condiciona su ascenso o cualquier mejoría laboral. También ocurre en los lugares de estudio, cuando se condicionan notas o pasar de curso a cambio de acceder a las peticiones de un profesor o director.

¿Qué se entiende por violencia sexual?

Cuando una mujer es obligada, mediante la fuerza física o amenazas sicológicas, a tener relaciones sexuales o a realizar actos sexuales que le resultan humillantes o degradantes.

¿Por qué se habla de violencia económica?

Cuando se intenta controlar a la mujer a través de la entrega del dinero necesario para su mantención personal y/o de las hijas o hijos, o de otras personas que integran la familia. También constituye violencia económica cuando se apropian del dinero que ganó la mujer con su trabajo.

¿Cómo protegen las leyes a las mujeres contra la violencia?

La ley de Violencia Intrafamiliar (ley 20.066) protege a las mujeres del maltrato que afecte sus vidas o su integridad física o síquica al interior de la familia o al interior del

matrimonio. Esta ley deberá ampliarse de modo de proteger más a las mujeres antes las distintas formas de violencia, más allá del contexto familiar.

Considerada en situación de minusvalía en relación con el hombre, la mujer soporta pasivamente la agresión del padre, el hermano, el marido y los hijos. Esta realidad se hace mucho más grave y cruel si se es de piel negra o indígena. El abuso verbal es un problema de control, de lucha por adquirir y mantener el poder. Los primeros efectos del abuso verbal son la confusión, la angustia y la culpabilidad. Se relacionan, a continuación, otras de las consecuencias que trae consigo el maltrato hacia la mujer:

Baja autoestima.

Sentido de impotencia y desvalidez.

Temor en la toma de decisiones.

Enfermedades ocasionadas por la tensión.

Insomnio.

Pérdida del apetito.

Ser complaciente en extremo.

Sentido de culpabilidad por la situación.

Aislamiento.

Miedo paralizador.

La violencia es una realidad que, aunque presente en la vida cotidiana, tiende generalmente a ocultarse por muchas razones, entre ellas, la vergüenza, las amenazas de más violencia o de muerte, el miedo a perder la seguridad económica y la de los hijos, la resignación a ese destino, las creencias religiosas y la impunidad, entre otras.

La violencia intrafamiliar (VIF) es una realidad que se presenta en mayor medida cuando se dan condiciones sociales que incrementan la vulnerabilidad de este núcleo como son la pobreza, las migraciones, las problemáticas de origen étnico y racial y los conflictos armados, además de unas relaciones de género inequitativas y desiguales. La violencia doméstica es un fenómeno de reciente consideración pública y académica en Colombia. Ha dejado de ser un asunto de la vida privada para ser considerado un problema de salud pública. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 establece que un 37% de las mujeres colombianas alguna vez unidas manifiestan haber sido víctimas de violencia física por parte de sus parejas al menos una vez. Esta encuesta reporta expresiones como los golpes con la mano, patadas, “zarandeos”, golpes con objetos, amenazas con armas e intentos de estrangulamiento, entre otras.

Las niñas son las víctimas más destacadas de la violencia parental y de la violencia ejercida por otros miembros de la familia. En 2011, se presentaron 14.211 casos de violencia contra niñas, niños y adolescentes, siendo más frecuentes en las niñas y adolescentes de sexo femenino (53,8%). De 7.649 casos de niñas y adolescentes violentadas en la familia, en 5.058 oportunidades la edad de las víctimas oscilaba entre los 10 y los 17 años, lo cual indica que este grupo tiene las tasas más altas de violencia intrafamiliar entre menores de edad. El padre resulta ser de los dos progenitores el mayor maltratador, presentándose como presunto agresor, en mayor medida, en el

caso de las niñas y adolescentes que de los niños y adolescentes varones. En cuanto a la madre ocurre algo similar: suelen ser más frecuentes las denuncias por violencia de su parte contra las niñas que contra los niños. Las abuelas y los hermanos no se quedan atrás, siendo más frecuentes los casos de violencia contra las niñas tanto de unas como de otros. Se denunciaron en el país un número de 16.267 casos de violencia por parte de otros familiares –diferentes a los padres y madres– de los que 10.629 fueron contra las mujeres (65,3).

En los dictámenes realizados por el INMLCF por violencia sexual en el país, que fueron 22.597 en 2011, el 72% estuvo relacionado con abuso y 13% con asalto. De estos casos 18.972 fueron contra mujeres. Las víctimas más frecuentes son niñas y adolescentes, siendo las personas entre 10 y 14 años las más afectadas, con una tasa de 340 casos por cien mil. La vivienda suele ser el escenario por excelencia de este tipo de violencia (74% de los casos). Los principales agresores de las niñas y adolescentes mujeres son “las personas que representan el rol de proveedor: los padrastros y los papás.”

Comportamiento de la violencia intrafamiliar contra la mujer perteneciente al CMF Las Tablas, JOBABO, Las Tunas.

Se estableció una estrecha relación con respecto a la existencia de violencia, asociada a la presencia de adicciones en el hogar, donde quedó demostrado en la tabla No 1, que los actos más violentos que han sufrido estas mujeres, ha sido bajo el efecto de las bebidas alcohólicas, observándose un total de 119 casos, para un 40.07%, relacionado con los diferentes tipos de maltrato predominando el físico con 57 casos, para un 43.18%, ya que es una droga de fácil acceso en nuestro país, administrada legalmente.

Tabla #1. Caracterización del tipo de violencia en relación con las adicciones.

Adicciones	Tipo de maltrato						Total	%
	Físico	%	Sexual	%	Psicológico	%		
Tabaco o cigarro	23	17.4	5	10.2	11	12.35	39	14.4
Alcohol	**57**	**43.18**	25	51.02	**37**	**41.57**	**119**	**40.07**
Psicofármacos	34	25.75	12	24.48	26	29.21	72	26.6
Otros	18	13.6	7	14.2	15	16.85	40	14.81
Total	**132**	**48.8**	49	18.14	**89**	**32.96**	270	100

Las mismas refirieron haber sido agredidas de forma física, demostrándose lo referido con 132 casos, para un 48.8%, siguiéndole el maltrato verbal o psicológico con 89 casos, para un 32.96%, lo cual se relaciona con el tipo de violencia. El abuso sexual fue el que menos casos presentó, pero esto no descarta que no sea frecuente, lo que está en dependencia del punto de vista de cada mujer si ella cree que está siendo acosada sexualmente o no, o como es un tema íntimo de la persona, muchas se cohíben a comentar el tema.

En el análisis que se realizó para determinar la asociación entre las variables en estudio, mostraron que las mujeres que sufrieron violencia intrafamiliar, ya sea medida globalmente o por subtipos, predominó la violencia emocional o psicológica con 102 casos, para un 37.77% como se muestra en la tabla No 2, seguida por la violencia física con 96 casos, para un 35.55%, la frecuencia reportada de la violencia sexual fue baja, con 72 casos, para un 26.6%.

Tabla #2. Perpetradores de violencia, según el tipo de maltrato ejercido sobre las mujeres encuestadas.

Perpetrador	Tipo de maltrato						Total	%
	Físico	%	Sexual	%	Psicológico	%		
Padre	9	9.37	8	11.11	19	18.62	36	13.33
Novio	17	17.70	15	20.83	15	14.70	34	12.5
Marido	35	36.45	27	37.5	46	45.09	108	40.0
Ex Marido	15	15.62	8	11.11	11	10.7	47	17.40
Otro no conviviente	11	11.45	5	6.94	6	5.88	22	8.14

Fuente: Encuestas.

La baja frecuencia de violencia sexual encontrada en el presente estudio, pudo deberse a que algunas mujeres se inhibieron para hablar de un tema que se considera privado y vergonzoso, ya que no se pudo contar con un espacio físico adecuado para la aplicación de las encuestas. Dentro de los casos evidentes donde existe violencia intrafamiliar mediante las encuestas, notamos que un hecho trascendente corresponde a que, en un alto porcentaje de los casos, el perpetrador del maltrato es la pareja de la víctima, en número de 108 casos para un 40%, siguiéndole los ex maridos con 47 casos para un 17.40% y por último los padres con un total de 36 casos, para un13.33%, concluyendo que el principal victimario es la pareja (marido o esposo).

Luego de observar los resultados correspondientes a las tablas anteriores y al concluir con todas las actividades planificadas dándoles cumplimiento, se realizó una evaluación nuevamente de los casos relevantes según el tipo de maltrato y el perpetrador, para

determinar si hubo una respuesta satisfactoria al objetivo general del estudio realizado, donde se obtuvieron como resultados después de la intervención los siguientes:

Tabla #2. Resultados después de la intervención

Perpetrador	Tipo de maltrato						Total	%
	Físico	%	Sexual	%	Psicológico	%		
Padre	5	8.33	6	14.2	16	20.5	27	16.3
Novio	11	18.33	9	21.4	12	15.3	32	19.3
Marido	23	38.33	13	30.9	34	43.5	70	42.2
Ex Marido	9	15	6	14.2	7	8.9	22	13.3
Otro no conviviente	7	11.66	3	7.1	5	6.4	15	9
otros	5	8.33	5	11.9	4	5.1	14	8.4
Total	60	31.14	42	25.3	78	46.98	166	100%

Al observar las cifras obtenidas en esta tabla y realizar una breve comparación con la anterior a la intervención, podemos percatarnos, que de una muestra de 270 mujeres, que eran maltratadas antes de la intervención, se observa una disminución considerable de los casos, quedando un total de 166 mujeres afectadas, que representa un 61.84%, aunque en cada aspecto hubo una considerable disminución de casos, sigue prevaleciendo el maltrato psicológico con 78 casos, para un 46.98%, el mismo por parte de los esposos o maridos con un total de 70 casos para un 42.2%, pero en menor cuantía, por lo que de alguna manera repercutió de forma positiva en el conocimiento de la mujer, cuando se encuentra en un ambiente de violencia, como identificarlo y como enfrentarlo, por tanto podemos decir que la intervención fue efectiva.

CONCLUSIONES

El bajo nivel de escolaridad, la desvinculación de trabajo, la situación económica desfavorable, son factores predisponentes a desencadenar eventos de violencia contra la mujer. Según la estructura y crisis familiar normativa se afecta el matrimonio, como el divorcio y el alcoholismo predominan en las paranormativas. La prevalencia de violencia intrafamiliar más frecuente en las mujeres fue la emocional o psicológica. Como principal victimario de violencia contra la mujer es su pareja (esposo o marido).Dentro de los hábitos tóxicos que refirieron las encuestadas, predominó el consumo de alcohol.

REFERENCIAS

AVISO:Violencia contra las Mujeres. Servicio Nacional de la Mujer Copyright © 2017.

Defensoría del Pueblo. Mecanismos de protección contra la violencia intrafamiliar. (2001) Recuperado de: <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/violencia_intrafamiliar.pdf>.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Violencia sexual. Forensis (2011). Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2011/5-F-11-Sexologicos.pdf>

Osborne, R. (2009). Apuntes sobre la violencia de género. Ediciones Bellaterra

Ramírez, JC., Unibe, G. (2007). Mujer y violencia un hecho cotidiano. *Salud Pública Mexico: 35*(7):15-9.

Rubio, P. (2011). Trabajo en Venezuela para una nueva ley contra la violencia hacia la mujer. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. *Rev. Cubana Med Gen Integr 27(*1).

Yubero, S.; Blanco, A.; Larrañaga, E., (2007). *El maltrato a la mujer ¿Terrorismo doméstico? Convivir con la violencia: un análisis desde la psicología y la educación de la violencia en nuestra sociedad*. Universidad de Castilla La Mancha.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA, COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN EL CONSULTORIO DE LA FAMILIA DE CASCARERO

I EMBARRASS IN THE ADOLESCENCE, EPIDEMIC BEHAVIOR IN THE CLINIC OF THE FAMILY DE CASCARERO

Laritza Rodríguez Martínez laritza@nauta.cu

Danisleibis Peña Rondón

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia constituye un problema social, económico y de salud pública en todo el mundo. En los últimos años ha aumentado la preocupación por su incremento a nivel mundial. Con el fin de determinar el comportamiento epidemiológico del embarazo en la adolescencia en el Consultorio del Médico de Familia de Cascarero. El universo y la muestra estuvieron conformados por 29adolescentes entre 10 y 19 años. Se caracterizaron las adolescentes según variables epidemiológicas. La investigación se realizó teniendo en cuenta consideraciones éticas establecidas. A las pacientes se les solicitó la disposición de participar en la investigación y los datos se procesaron y analizaron con medidas de frecuencias. En el nivel de conocimiento sobre la edad óptima para el embarazo, los métodos de planificación familiar, las causas y consecuencias del embarazo en adolescencia antes de la intervención tuvieron un alto índice de desconocimiento y después de la intervención se logró elevar estos resultados. La intervención tuvo efectividad al cumplir con los objetivos propuestos de elevar el nivel de conocimiento por la importancia que atribuye lograr una sexualidad responsable en las adolescentes estudiadas.

PALABRAS CLAVES: embarazo en la adolescencia/ factores epidemiológicos/métodos de planificación familiar

ABSTRACT

The pregnancy in the adolescence constitutes a social, economic problem and of publiche alth in the entire world. In the last years the concern has increasedforits increment at world level. To determine the epidemic behavior of the pregnancy in the adolescence in the Clinic of the Doctor of Family of Cascarero. The universe and the ample were conformed by 29 adolescents between 10 and 19 years. To all they were applied ananony moussurvey. The investigation was carried out keeping in mind establish hed ethical considerations. In the level of know led geon the good age for the pregnancy, the methods of family planning, the causes and consequences of the pregnancy in adolescence before the intervention had a high index of ignorance and after the intervention it was possible to elevate these results.

KEY WORDS: I embarrass in the adolescence / epidemic factors / methods of family planning.

INTRODUCCIÓN

Merlón, (2015). En su estudio hace alusión que la adolescencia, es una etapa de trascendental importancia en la vida del ser humano, es un período entre la niñez y la edad adulta y que cronológicamente se inicia por cambios puberales y se caracteriza

por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. Y con bastante frecuencia riesgo para la sexualidad;es concebida por algunos especialistas como una turbulenta etapa que comprende entre los 10 y 19 años, llena de grandes cambios, confusión y rebeldía, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones pero esencialmente positiva, en la cual se perciben transformaciones en nuestros cuerpos y en las de nuestros contemporáneos con un ánimo exaltante, curiosos por descubrir lo que ocurre con ellos y sentir nuevas experiencias, y para lo que la mayoría no está preparada.

La fertilidad en ellos aparece aproximadamente a los 6 o 7 años antes de ser emocionalmente maduros, y en la actualidad se desarrollan en una cultura donde los compañeros, la televisión, cine, internet y la música emiten mensajes manifiestos con contenido sexual que son comunes y aceptados, sumado a esto la desinformación sobre educación y comportamiento sexual, en el hogar y la comunidad, la poca información sobre sexualidad que reciben los adolescentes es transmitida por personas poco informadas en el tema.(Gómez, Maslen, Sayú y Williams, 2015).

Los adolescentes (10-19 años) y jóvenes (20-24 años) de hoy en día constituyen la futura generación de padres, trabajadores y líderes, por lo que se les debe brindar todo tipo de apoyo, en particular por parte de la familia, la comunidad y el gobierno comprometido con su desarrollo.Por tanto, se hace necesario que los adolescentes y jóvenes tomen conciencia del peligro inminente que representa el comienzo en edades tempranas de las relaciones sexuales, y mucho más si estas son desprotegidas, pues pudieran terminar en riesgosos abortos, en contraer una infección de trasmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH/sida y embarazos no deseados, con la consiguiente afectación a la madre o al producto de la concepción, por la inmadurez de los órganos reproductores femeninos.(Pacheco, 2016).

Pacheco (2016) hace una reflexión en cuanto al reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, y psicólogos hacia ese sector de la sociedad. El mayor peligro de parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes ha sido descrito por varios autores, que identifican además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo; publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de anemia y complicaciones puerperales en estas pacientes.

Tanto la literatura nacional como extranjera refieren que la educación en los aspectos relacionados con los riesgos del embarazo, aborto e infecciones de transmisión sexual en adolescentes debe estar encaminada a promover cambios en la conducta y en las actitudes; se persigue un objetivo: la comunicación como proceso de interacción social que debe llevar mensajes claros y precisos. (Pacheco, 2016).

Es por ello que resulta imprescindible que se realicen modelos de intervención que siempre deben ser explicativos de la realidad para que puedan generar un aprendizaje. En nuestra área de salud uno de los principales problemas es la alta incidencia del embarazo en la adolescencia. En los últimos años este problema se ha incrementado; tomando como referencia desde el año 2009quehubo 57 embarazadas adolescentes, en el 2010, 67, en el 2015 se incrementó con 25 más para un total de 92, en el 2016

92, y en 2017 ya la cifra es de 123 es decir 31 más que el año anterior, fenómeno que puede relacionarse con el abandono escolar, la falta de percepción de riesgo de las causas y consecuencias del problema, por parte de los padres y maestros.

En la comunidad de Cascarero también ha existido una alta incidencia del embarazo en la adolescencia pues durante el 2017 el 9% de las adolescentes quedaron embarazadas y en muchas ocasiones han recurrido a interrumpir este mediante el legrado constituyendo un problema de salud, pues no es la vía para evitar el embarazo, porque puede traer consigo consecuencias graves para los adolescentes. Ante la realidad del problema y que no se está abordando adecuadamente nos decidimos a realizar este estudio.

Comportamiento epidemiológico

Edad

Vega, Icaza, Becerril y Ávila (2016) en su estudio refieren que la adolescencia, comprende tres etapas, las cuales gozan de características diferentes en cada uno de ellos y que presentan distintas maneras de enfrentar la sexualidad y el embarazo como crisis, estas etapas son: adolescencia temprana de 10 a 14 años, media de 15 a 16 años y la tardía de 17 a 19 años de edad.

Al caracterizarlas adolescentes según la edad, se observó que predominó el grupo de 15 a 19 años con un 51,7%, incluyendodentro del mimo las12 diagnosticadas con embarazo.

Las adolescentes entre 15 a 19 años fueron las que incidieron en embarazarse y continuar el proceso. Esto coincide con trabajos realizados por Ortiz, Bañuelos, Serrano, Mejía, Laureano (2015) y Quintero (2012), quienes plantean en sus estudios que la edad promedio oscila alrededor de los 17 años (adolescencia tardía). Estos resultados se comportaron por igual a otro estudio realizado por Ortiz ycol, (2015) en otro policlínico de esta provincia donde predominó la edad entre los 14 y 16 años con 41 para 66,1%, es evidente la tendencia al inicio temprano de las relaciones sexuales en el mundo de hoy donde el adolescente no se encuentra preparado para el inicio de las relaciones, pues su desarrollo no se ha completado desde el punto de vista físico ni psíquico.

Escolaridad

Al examinar las adolescentes en cuanto a su nivel de escolaridad se apreció que, predominó el preuniversitario terminado con un 31%, seguido por la secundaria terminada con el 28%, las 12 adolescentes diagnosticadas con embarazos están incluidas dentro del preuniversitario terminado. Al comparar estos resultados, con los obtenidos por Hernández no existe correspondencia porque el nivel de secundaria básica fue el que incidió con un 77,7%, seguido por el de primaria con el 18,5%.

Todo esto es expresión de la influencia negativa que puede ejercer el embarazo sobre la vida de las adolescentes, tronchándoles en muchas ocasiones sus posibilidades de desarrollo intelectual y personal y volviéndolas dependientes de sus familiares.

Categoría ocupacional

Al explorarlas en las adolescentes la categoría ocupacionalexistió un mayor número en las vinculadas al estudio y al trabajo, representado por el 45% y al trabajo un 41,3% y las 12 adolescentes con diagnóstico de embarazo trabajan para un 41,3%. Estas no se encontraban trabajando al momento de la entrevista, un 25% de las mismas declararon no tener intenciones de volver a vincularse con dichas actividades. Todo esto es expresión de la influencia negativa que puede ejercer el embarazo sobre la vida de las adolescentes, tronchándoles en muchas ocasiones sus posibilidades de desarrollo intelectual y personal y volviéndolas dependientes de sus familiares.

Un elemento positivo a su favor resultó el hecho de que el 75 **%** de las encuestadas sí pensaban reincorporarse o comenzar a trabajar o estudiar, lo cual sin dudas constituye un ejemplo muy significativo del impacto que han tenido los programas de la revolución sobre aquellos adolescentes y jóvenes que por cualquier motivo se ven en la obligación de dejar los estudios, pero que de esta forma se pueden reincorporar a la vida social del país.

Investigaciones a nivel mundial como: "U*na nueva visión teórica del embarazo en la adolescencia, (2014*) demuestran que una vez que la inmensa mayoría de las adolescentes quedan embarazadas no continúan estudios. Factores como la inseguridad, la devaluación o la falta de tiempo impide en muchos casos que la joven se reintegre a la vida estudiantil. En algunos países, incluida Cuba, se aplican una serie de estrategias en la educación que evitan que los sueños, tan potenciados en la adolescencia, queden varados.

El estudio realizado por González (2013) en la comunidad de Salgacero reflejó mayor incidencia de las adolescentes que se encontraban vinculadas al estudio y al trabajo, para un 66,03% y desvinculadas un 28,30%,correspondiéndose dicho estudio con este al encontrarse que el 45% de las adolescentes estudian y el 41,3% trabajan, solo el 13,7% son amas de casas.

Otro trabajo realizado por Rodríguez, Hernández, y Ojeda, (2012) en Villa Clara, arrojó resultados similares en cuanto a las adolescentes que se encuentran incorporadas al estudio con un 50,8%, no correspondiéndose con la variable de las que trabajan al ser menor el índice con un 3,9%.

Estado civil

El estado civil queincidió en las adolescentes, fue las solteras con el 72,4%, seguidas por las que presentan una unión estable para el 20,6%. Lo que nos hace pensar que una parte de las pacientes que se encuentran embarazadas fueron abandonadas por sus parejas, lo cual las obliga a enfrentar la maternidad y la crianza de sus hijos en ausencia del padre, con todas las consecuencias que esta situación puede acarrear para su desarrollo.

Como todos sabemos, para que un niño crezca con todas las condiciones que necesita, deben estar presentes ambos padres. La educación de un hijo es responsabilidad de la pareja, no sólo de la madre y aún más si esta es una adolescente, que todavía no cuenta con la madurez y las condiciones socioeconómicas necesarias para cuidar de sí misma. En estas condiciones la joven madre se vuelve dependiente, llegando a

constituir una verdadera carga económica para sus familiares. En investigaciones realizadas por Muñoz, y Zamarreño, (s.f.) señaló que el 45,9% eran solteras, lo que se corresponde con nuestro trabajo. Como también Muñoz et al, (s.f.) demuestra que en su estudio tuvo repercusión biológica, psíquica y social el embarazo en la adolescencia y que solamente el 13,7%, están casadas legalmente y poseen un respaldo económico legal, cifra muy por encima del 7,3% obtenido por dicha autora. Se encontraban trabajando en el momento del embarazo el 19,6%, por lo que son las únicas que poseen un respaldo económico propio.

Utilización de los métodos anticonceptivos

E el uso de métodos anticonceptivos encontramos que 18 adolescentes para el 62,1% no habían utilizado ningún método para evitar el embarazo o para protegerse de enfermedades de transmisión sexual desde su primera relación, 11 si se protegen para el 37,5%, de las que se protegen el 20,6 % utilizan el condón, el 6,8 % el DIU y un 10,3 % las pastillas como métodos de protección.

Estos resultados dejan evidencia que puede incrementarse la promiscuidad con estos riesgos morales, al no acompañarse la anticoncepción con una adecuada y precisa educación sexual. Aquí es donde el médico y la enfermera de la familia deben jugar un papel primordial en la orientación sexual de sus pacientes, proporcionándoles los conocimientos necesarios acerca de los diferentes métodos anticonceptivos y la forma en que deben usarlos de acuerdo a sus características particulares.

En estudios realizados por Pérez, Tamayo, Santisteban, Mariño y Pérez (2016) demostraron que 49 adolescentes nunca habían utilizado ningún método para evitar el embarazo o para protegerse de enfermedades de transmisión sexual desde su primera relación y que al respecto, existen criterios en relación con el uso de los anticonceptivos como favorecedores del incremento de la promiscuidad sexual, produciéndose un cuestionamiento moral de la difusión del uso de los mismos.

Antecedente de embarazo anterior

Cuando indagamos sobre el antecedente de embarazo anterior, el 51,7% de las encuestadas respondieron positivamente, lo cual deja nuevamente al descubierto la falta de orientación y de responsabilidad de estas adolescentes, que a pesar de su corta edad y sin tener las condiciones y la madurez adecuadas, han quedado embarazadas en más de una ocasión, a pesar de que el 48,3% respondió no haber tenido embarazo anterior.

En estudios realizadospor Viñas, Chávez, Virrella, Santana y Escalona (2008) informan que mundialmente es aceptado que más del 50% de los embarazos ocurren en los primeros seis meses posteriores a su primera relación sexual, por lo que se comprende la importancia del conocimiento de la anticoncepción en este grupo poblacional.

Como señala Rodríguez y col (2012) con gran acierto,

> (…) nuestra sociedad actual ha creado la adolescencia y tiene la obligación de preocuparse por ella, de infiltrarle responsabilidad y esperanza, de darle una nueva ética, en la que impere el concepto del derecho a nacer deseado y protegido. Sólo así podría mantenerse el concepto de familia (p.49).

Educación sexual recibida antes del embarazo

La información recibida por las adolescentes sobre la educación sexual antes del embarazo, se pudo comprobar que el 10,3% no habían recibido orientación sexual, antes de quedar embarazadas, lo cual resulta ser, un dato significativo encontrado, que pone de manifiesto, que la causa principal del embarazo a edades tempranas la constituye la falta de información que reciben las adolescentes, sobre la sexualidad. De esta forma se evidencia como los núcleos familiares o las familias extendidas, en pocas ocasiones son capaces de orientar a las hijas sobre cuestiones referidas a la sexualidad, de la misma manera que los padres resultaron incapaces de crear responsabilidades en los hijos desde pequeños ante el enfrentamiento de problemas que impliquen la toma de decisiones serias como el embarazo. La mayoría de ellas refirieron que los conocimientos sobre educación sexual los obtuvieron fundamentalmente de sus familiares y amigos.

En la generalidad de estos casos son las madres las principales fuentes de conocimiento acerca de orientación y sexualidad, ya que el padre es quien impone límites y respeto, convirtiéndose por tanto, en la persona menos confiable para hablar sobre estos temas. Por otra parte, la interrelación madre-hija en el marco de la familia puede verse afectada por problemas de desconfianza, desconocimiento de conflictos emocionales, falta de solidaridad e insatisfacción con los vínculos establecidos.

Rodríguez y col (2012) afirman que un mayor número de adolescentes embarazadas proviene de familias con poca comunicación entre sus miembros y escaso o ningún apoyo del adolescente.

Evaluación

Antes de la intervención solo el 37,9% tenía conocimiento adecuado sobre la edad óptima para el embarazo y un 51,7% lo desconocían, después de la intervención fue notoria la elevación del nivel de conocimiento al lograr que el 100% conociera adecuadamente sobre la edad óptima del embarazo.

Al hacer corresponder con la investigación de Fleites, Álvarez, González, y Díaz (2015) al ser aplicado el segundo cuestionario exploró, en la edad óptima para una mujer asumir el embarazo, que al inicio de la intervención, hubo un bajo conocimiento y luego 46 adolescentes cambiaron su opinión considerando que la edad ideal para concebir un hijo es la comprendida entre los 20-30 años, ya que es esta, la edad en las que las féminas desde el punto de vista fisiológico tienen la total maduración física y psíquica para concebir un embarazo.

Estudios realizados por Gálvez, Rodríguez, Lugones, y Altunaga, (2017) reflejan que la edad óptima para la mujer salir embarazada es de 20 a 30 años, pues en estas edades ya se ha adquirido la madurez biológica, psicosocial y algo no menos importante, se ha completado el proyecto de vida: sus aspiraciones intelectuales, políticas y artísticas.

En los métodos de planificación familiar encontramos que 15 adolescentes para un 51,7%, no conocían los métodos para evitar el embarazo o para protegerse de enfermedades de transmisión sexual. Después de la intervención su respuesta fue positiva para el 90,9%, solo un reducido número consideraron no tener dominio.

El médico y la enfermera de la familia ocupan la segunda posición en la obtención de información, por lo que creemos que estos deben jugar un papel más protagónico dentro del proceso de orientación sexual y promoción de salud, con el objetivo de lograr un mayor dominio de los métodos anticonceptivos y de planificación familiar entre las adolescentes de la comunidad. Ellos, dentro del Sistema Nacional de Salud, deben ser considerados por la población como los principales transformadores de hábitos nocivos y actitudes de riesgo para la salud en general, sobre todo en materia de sexualidad, ya que una buena orientación reduce el riesgo de muerte materna y fetal en edades tempranas.

Antes de la intervención el 69% recibió evaluación de mal porque no conocíanlas causas ni las consecuencias que trae consigo el embarazo en la adolescencia, un 6,9% recibió evaluación de muy bien y el 10,3% solo conocían el tema, después de aplicado el programa educativo el 72,4% alcanzó evaluación de muy bien, el 17,4% bien con conocimientos sólidos y solo un 3,4% no alcanzó la claridad del tema.

En el impacto alcanzado con la aplicación de la intervención se demostró, con el aumento del nivel de conocimiento alcanzado al final, por lo que consideramos efectiva la intervención al cumplirse con los objetivos propuestos.

CONCLUSIONES.

En la población estudiada predominó las edades comprendidas entre 15 a 19 años y éstas a su vez, fueron la más significativas en las diagnosticadas con doce embarazo, el nivel de escolaridad que prevaleció fue el de preuniversitario terminado, la categoría ocupacional las estudiantes y el estado civil las solteras.

Con relación a los aspectos sobre la sexualidad de las adolescentes predominó las que no utilizan métodos anticonceptivos para protegerse, las que presentaron embarazos anteriores y las que no recibieron ninguna educación sexual anteriormente.

En el nivel de conocimiento sobre el dominio de la edad óptima para embarazarse, los métodos de planificación familiar, las causas y consecuencias del embarazo en adolescencia antes de la intervención tuvieron un alto índice de desconocimosy después se logró elevar estos resultados de forma significativa. El impactoalcanzado fue revelador, por la importancia que le concedeal lograr una sexualidad responsable en las adolescentes estudiadas yal cumplir con los objetivos propuestos.

REFERENCIAS

Fleites, N., Álvarez, Y., González, I. y Díaz, J. (2015). Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. Consejo Popular San Francisco. Venezuela. *Medisur 13*(2): Recuperado de: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2755

Gálvez, F., Rodríguez, BA., Lugones, M. y Altunaga, M. (2017). Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol, 43*(3): 15-27. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300003&lng=es

Gómez, I., Maslen, M., Sayú, L. y Williams, I. (2015). Embarazo en la adolescencia, aspectos que lo favorecen. *RevInfCient, 94*(6):264-76: Recuperado de: http://scielo.sld.cu

González, FM. (2013). *Estrategia de intervención en las adolescentes para disminuir la incidencia del embarazo. Comunidad de Salgacero, 2013.* (Tesis Terminación de Residencia en Medicina General Integral no publicada). Universidad de Ciencias Médicas Filial Jesús Menéndez, Las Tunas.

Merlón, N. (2015). *Intervención educativa dirigida a elevar el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia. Consejo Popular San Martín, 2013-2015* (Tesis para optar por el Primer grado de Especialista en Medicina General Integral). Universidad de Ciencias Médicas, Filial Jesús Menéndez, Las Tunas.

Muñoz, A. y Zamarreño, W. (s.f.). Comportamiento del embarazo en la adolescencia en 87 pacientes. Recuperado de: http://www.16deabril.sld.cu/rev/ 223/articulo2.html

Pacheco, C.I. (2016). Embarazo en menores de quince años: los motivos y la redefinición del curso de vida. *Salud Pública Mex, 58*(1):56-61.

Pérez, L., Tamayo, A., Santisteban, L., Mariño, Y. y Pérez, M. (2016). Percepción de riesgo sobre el embarazo en adolescentes de noveno grado. *MULTIMED Revista Médica Granma 20*(1): Recuperado de: http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/138

Ortiz, R., Bañuelos, F., Serrano, F., Mejía, L., Ortiz, C., Laureano, J. (2015). Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 41(4). Recuperado de: www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/

Rodríguez, Y., Hernández, Y. y Ojeda, N. (2012). Factores epidemiológicos del embarazo en la adolescencia. *Medicentro Electrón, 16*(4). Recuperado de: http//. medicentro.vcl.sld.cu/paginas% 20de%20acceso/Sumario/ano%202012/v16n4a12/factores.htm

Una nueva visión teórica del embarazo en la adolescencia. (2014). *Revista Información Científica; 85*(3). Recuperado de: http://www.gtm.sld.cu/ imagen/RIC/Vol_85_No.3/una_nueva_vision_teorica_del_embarazo_en_la_ adolescencia_rb.pdf

Vega, G., Icaza, T., Becerril, A. y Avila, J. (2016). Resultados perinatales de hijos de madres adolescentes, comparados con hijos de madres no adolescentes en un Hospital de Segundo nivel en México *European Scientific Jou México*, (12): 25-34.

Viñas, N., Chávez, M., Virrella, E., Santana, C. y Escalona, K. (2008). *Intervención educativa en jóvenes estudiantes sobre embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S1025-02552008000600004&lng=es

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA APACIENTES ALCOHÓLICOS DE LA COMUNIDAD DEL CANAL

EPIDEMIOLOGICACARACTERIZACIÓN TO PATIENT ALCOHOLICOSES OF THE COMMUNITY OF THE CANAL

Leanna Ochoa Ochoa leanna@nauta.cu

Suyen Rodríguez Meneses

RESUMEN

Con el fin de caracterizar los pacientes alcohólicos para disminuir el consumo de alcohol en la comunidad del El Canal, se realiza un estudio de corte descriptivo y transversal con pacientes alcohólicos de la comunidad. El universo estuvo constituido por (68) pacientes alcohólicos y la muestra por 36, se caracterizaron los pacientes clínica y epidemiológicamente según variables de: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, edad de comienzo de ingerir bebidas alcohólicas se realizó su autovaloración con respecto al hábito. Resultados predominó el sexo masculino de 25 a 34 años, divorciados, con secundaria terminada, obreros que comenzaron la ingestión del toxico entre los 15 y 24 años y motivados porque le gusta y para alegrarse. Influyeron las familias colaboradoras y resignadas. En la conducta asumida por los pacientes después de la intervención se comprobó que se disminuyó en la ingestión del tóxico en un setenta y cinco por ciento de lo habitual y un paciente abandonó el hábito, por lo que consideramos que la intervención tuvo un impacto positivo.

PALABRAS CLAVES: alcoholismo, adicción, familia, tóxico.

ABSTRACT

I am carried out an educational intervention in the community the Canal, Jesus Menendez, the Tunas with the proposit to decrease the consumption of alcohol. The universy was constituted for 68 aloholicoses and the sample for 36 that gave your consent of participating, characterized the patient clinic and variable epidemiologicamente of age, sex, legal status, schooling, occupation, age of beginning of inserting drunken alcoholicases and motive. Identify the where family lives together the alcoholic, your autovaloracion with respect to the live and impact in debt with the application of the strategy. The information recopied with the application of inquiries that I take to tables by applying the descriptive statistic for the analyses and comparation with other studies. In your autovaloracion they made an incision in those who recognized sometime has been paid attention in shirt sleeves on guard and has had problems with your family, a minored consider alcoholic and capable of stops to drink when wanted. In the conduct assumed for the patientsof the intervention it is verified that I diminishes in the ingestion of the poison in a seventy and five by the hundreds of the habitual and a patient give up the live, for which consider that the intervention had a positive impact.

KEY WORDS: alcoholism, addiction, family, toxic.

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias que afectan el comportamiento humano dentro de ellas el alcohol, se remonta a los albores de la humanidad, desde la comunidad primitiva donde era utilizado con fines religiosos o espirituales hasta incorporarse a lo largo de la historia en estilo de vida de la población hasta nuestros días. (Martínez, 2014)

Es aceptado universalmente como uno los principales problemas de la salud pública en todo el mundo, muchos países dedican cuantiosos recursos financieros a su investigación. Según Reyes, Moreno y Reyes (2019): “es la drogodependencia más expandida en el mundo, y la única substancia adictiva institucionalizada que la sociedad maneja con toda libertad” (p.15).

Su consumo reduce en unos 10 años la expectativa de vida y produce más muertes que el abuso de cualquier otra sustancia. Cada año se reportan más de 200 000 muertes vinculadas con su adicción, cuyas principales causas son el suicidio, los homicidios, el cáncer, las enfermedades cardíacas, las hepáticas y más de la mitad de los accidentes automovilísticos graves.

Cálculos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) citado por (Betancourt, 2014), el alcoholismo en América Latina afecta a unos 38 millones de personas, lo que representa casi el 10% de la población adulta, en una proporción de 10,4 hombres por cada mujer.

El consumo de alcohol varía notablemente según las áreas geográficas, es más común en las áreas urbanas que en las rurales, aparece entre personas de cualquier nivel socio-económico con una prevalencia especialmente elevada entre personas de clases sociales altas y en los adolescentes está muy relacionado con el fracaso escolar, abandono de los estudios, ausentismo escolar y con la delincuencia. (Betancourt, 2014).

En Cuba, se detectaron (en todo el país) 2,5% de dependientesalcohólicos y 6,3% de consumo perjudicial, así como 11,2% de bebedores de riesgos. Alrededor del 4% de los mayores de 15 años son alcohólicos, al considerar sus dos variantes: abuso y dependencia, por debajo de muchos países de la región donde llegan a ser superior al 20%; estos adolescentes, en su gran mayoría, no reconocen las afectaciones de índole social, que les causa la bebida. (Hernández, Sánchez, Ríos y Baigorria, 2015).

En la población mayor de 15 años hay 430 mil alcohólicos (5%) y 860 mil bebedores de riesgo (10%). Debido a esta situación el uso del alcohol se relaciona con el 30% de accidentes del tránsito fatales y al 50% de los divorcios y problemas laborales. Cabe destacar que es alarmante la tendencia del uso irresponsable del alcohol de parte de los jóvenes en las últimas décadas. Además es importante significar que las apreciaciones comunitarias vinculan los riesgos sociales solamente a su potencialidad adictógena, sin valorarlo como droga portera al consumo de otras sustancias, ni la alta peligrosidad y nefastas repercusiones de los comportamientos bajo su influencia. (Hernández y col, 2015).

Otros resultados, analizados por Hernández (2015) aparecen registrados en el Programa Nacional de Prevención y Control del Alcoholismo y Problemas Relacionados con el Consumo Inadecuado de Alcohol donde indican que: el Instituto de Medicina

Legal ha reportado alcoholemia positiva en un elevado por ciento de los fallecidos por homicidio, en los suicidas, en los fallecidos por accidentes de tránsito y en los que perdieron la vida por otros accidentes. No se tienen datos precisos de otras expresiones de violencia generadaspor el alcohol y que por su carácter menos objetivo (y por el frecuente encubrimiento familiar) pasan inadvertidas, como la violencia simbólica o psicológica que se da en el ámbito familiar y tampoco la violencia física cuando no produce lesiones que requieran tratamiento médico. Todas ellas, sin embargo, dejan serias secuelas en la salud mental de las víctimas y victimarios.

En un estudio nacional sobre los patrones de consumo alcohólico, efectuadoen 2005, se determinó que 50,5% de la población mayor de 15 años, había ingerido alcohol (al menos en forma no excepcional) en el año previo al estudio, mientras que en provincias como Holguín (62,1%), Santiago de Cuba (62,0%), Las Tunas (55,6%) y Camagüey (53,3%), se superó la media nacional. En Las Tunas se han realizado numerosos estudios que demuestran que el alcoholismo es un importante problema de salud. (Querol, 2014).

En el municipio Jesús Menéndez se registran un total de 2477 alcohólicos, que representa un 4,9 % de la población, razón por la cual se decidió incursionar en este importante tema, con el objetivo de lograr cambios en el estilo de vida de estos pacientes, contribuyendo a su curación y mejorar subienestar,el de la familia y la comunidad.

Para ello se realizó un estudiodescriptivo, observacional y de corte transversal con pacientes alcohólicos de la comunidad El Canal, perteneciente al Área del Policlínico Mario Pozo, municipio Jesús Menéndez, provincia Las Tunas, en el período del octubre de 2017 al mayo 2019.

Caracterización de los pacientes alcohólicos

De los pacientes alcohólicosdelsexo masculino; predominó el grupos de edad de 25 a 34 años, con un 27,7% seguido por el grupo de35 a 44 años con el 22,2%, con respecto al sexo femenino solo se encontraron dos pacientes que ingerían bebidas alcohólicas, una corresponde al grupo de 35 a 44 años y la otra al de 45 a 54 representando el 2,7%.La edad es un factor muy importante para la influencia en el consumo de alcohol, ya que en la adolescencia y la juventud el individuo adquiere ciertos patrones de conductas y modificaciones y le es más difícil interpretar los daños que representa este toxico para la vida.

La investigación coincide con estudios realizados por Reyes (2019), encontrándose mayor porciento de bebedores en el grupo de 35- 44 años, con un 38,6 %, seguido del grupo de 45 - 59 años en un 25,7 %. Esto pudiera estar dado porque a estas edades se encuentra el individuo con mayor solvencia económica, mejor acceso al producto, las presiones y el estrés son mayores.

Otros estudios realizados en el país abordados por (Reyes y col, 2019) señalan 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 %, con predominio en edades comprendidas entre los 15 y 44 años. Se señala que en los últimos 15 años el consumo ha aumentado notablemente en nuestro país, que 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.

Estado civil

De los 36 pacientes alcohólicos, el mayor porciento se registró dentro del estado civil en los divorciados, representando con un 41,6%. Demostrándose que el alcoholismo es una de las principales causas de divorcios ya que la ingestión de este toxico conlleva al maltrato físico, infidelidades de parejas, perdida del respeto y valores indispensables para una relación de pareja.

Estos resultados coinciden con el trabajo realizado por Martínez (2014) al plantear que el 80% de los divorcios tienen en su origen el alcoholismo y otros autores que la mayoría de los problemas están vinculados con el consumo de alcohol por el hombre. (Sarmiento, Carbonell, Plasencia y Ducónger, 2013).

De acuerdo alaescolaridad, incidieron con un 25% los que alcanzaron la Secundaria Básicaterminada, seguido de la primaria terminada y la secundaria sin terminar con un 19,4%.

Escolaridad

Según García (2016) el grado de escolaridad es uno de los factores más importantes a tener en cuenta para desarrollar el alcoholismo, pues se conoce que mientras menor sea la escolaridad, menor será la capacidad intelectual, por lo que se hace más difícil la interpretación del problema de salud que representa esta enfermedad y el más difícil comprender las orientaciones dadas por el médico y enfermera de la familia, así como escuchar los consejos de la familia.Estos resultados coinciden con estudios realizados por González (2016), alreferir que el alcoholismo se encuentra relacionado con el medio donde se desarrolla el sujeto como la carencia de educación.

De los pacientes en estudio su categoría ocupacional se encontró que los de 36, predominaron los obrero un 41,6%, seguido por los desocupados representando el 22,2%. No se encontraron ni dirigentes ni estudiantes siendo un aspecto positivo que no existan alcohólicos dentro de estas categorías.

Ocupación

La categoría ocupacional de los alcohólicos es uno de los factores más importantes en el desarrollo de esta enfermedad ya que se ha demostrado que a menor nivel de categoría ocupacional existe una menor capacidad intelectual y un mayor riesgo de desarrollar el alcoholismo. En los estudios realizados por González (2016), le concedió importancia a los factores sociales dependientes del medio donde se desenvuelve el sujeto, como la es la ocupación.

Al comparar la autora su estudio con el realizado por Martínez (2014). Encontró aproximación, al referir que 41 casos se encontraban sin vínculos laborales, representando el 58,6% y que esto está en correspondencia con las características de la población objeto de estudio, dónde existe un gran número de desocupados.

Edad de inicio del consumo

Al analizar la edad de comienzo de ingestión del toxico, se pudo observar que de los 36 pacientes estudiados, 16 comenzaron a ingerir alcohol entre los 15 y 24 años, representando 44,4%, seguidos 12 que lo hicieron antes de los 15 años para un 33,3%.

Distribución de pacientes alcohólicos según edad de comienzo de ingestión del tóxico.

Edad de comienzo	No	%
Antes de los 15	12	33,3
15 a 24	**16**	**44,4**
25 a 34	2	5,5
35 y más	8	22,2
Total	36	100

Se definió en la investigación que en la adolescencia y la juventud hay mayor tendencia a desarrollar el alcoholismo, debido a la inexperiencia y deseo de sentir nuevas emociones, sin percibir, que el alcoholismo crea daños irreversibles. Coincide con estudios realizados por Martínez (2014) quien expresa que internacionalmente más del 50% de los alcohólicos oscilan entre 15 y 28 años el inicio del consumo de alcohol.

Motivos del consumo de alcohol

Al determinar los motivos se comprobó que el 52,7%, de los pacientes ingieren el toxico porque le gusta yun 19,4 %para alegrarse.Al analizar estepodemos reflexionar que estamos en presencia de una droga legal que al ingerirla hace que el paciente en un determinado momento experimente emociones e impulsos que hace que le guste tanto el alcohol. Estos resultados coinciden con estudios realizados por Sarmiento y col (2013) que plantearon que los hombres presentan en los motivos una estrategia para satisfacer sus necesidades.

Clasificación de la familia

La familia que predominó fue las colaboradoras representando por el 36,1%, seguida por las resignadas con un 25%. La clasificación de la familia es uno de los factores importantes a tener en cuenta ya que la misma juega un papel fundamental en la ayuda y recuperación del paciente alcohólico, por encontrase el mayor tiempo con ellosy poder ser su apoyo en un momento de debilidad.

En el estudio se pudo demostrar que la mayoría de los pacientes alcohólicos su propia familia le proporcionaba los medios para tomar, el otro porciento significativo utilizaron métodos inadecuados para lograr que estos dejara de beber, lo cual puede estar relacionado con el nivel escolar de la familia en esta comunidad, donde el 37,2% de la población adulta tiene un nivel entre el 6to y el 9no grado, por lo que no está preparada para enfrentar este fenómeno sin la ayuda de un profesional.

Podemos referirnos al estudio efectuado por (Reyes et al., 2019) donde describe que las personas entran en tratamiento, si los miembros de su familia o amigos son honestos con ellos acerca de sus preocupaciones y tratan de ayudarlos, para hacerles ver que la bebida les está impidiendo alcanzar sus propias metas. La abstinencia del alcohol se lleva a cabo en un escenario controlado y supervisado en el cual los medicamentos alivian los síntomas.

La desintoxicación por lo general toma de cuatro a siete días. Después de la desintoxicación, los programas de recuperación o de rehabilitación del alcoholismo pueden ayudar a las personas a permanecer lejos de la bebida.[28] Estos programas generalmente ofrecen asesoría, apoyo psicológico, asistencia y cuidados médicos. La terapia involucra educación acerca del alcoholismo y sus efectos. Para lograr estos efectos en los pacientes es fundamental la colaboración de la familia. (Reyes y col 2019).

Conducta de los pacientes alcohólicos

Se describió la conducta asumida por los pacientes después de haber realizadoconsultas sistemática y de labor educativa se comprobó que el 33,3 %, disminuyó la ingestión del tóxico en un 75 % de lo habitual, seguido por los que lo hicieron al 50%, solo un paciente abandonó el hábito, por lo que pensamos que el trabajo tuvo un resultado positivo.

Quisimos reflexionar con los pacientes a través de charlas educativas y dinámicas de gruposen cuanto a la prevención integral por sereste un proceso educativo y formativo que promueve en el individuo, la familia y la comunidad, el conocimiento, el desarrollo de habilidades, destrezas actitudes, valores y hábitos de vida tendientes a estimular respuestas autónomas y creativas ante las diferentes situaciones que se presentan en la vida, centramos nuestra atención a las potencialidades del ser humano antes sus carencias y debilidades para que puedan lograr ser protagonista de su propio desarrollo y así construyan su proyecto de vida, con estos principios se sustentó esteestudio siendo importante su fortalecimiento y promoción; para que los pacientes en estudio conocieran los riesgo que estaban atravesando y los conllevara a disminuir el hábito y transformar su conducta.

CONCLUSIONES

Se caracterizó una muestra representativa de pacientes alcohólicos del consultorio, donde predominó el sexo masculino; las edades de 25 a 34 años, divorciados, con secundaria terminada, obreros, seguidos por los desocupados que comenzaron la ingestión del toxico entre los 15 y 24 años y motivados porque le gusta y para alegrarse.

Influyeron las familias colaboradoras y resignadas. En la conducta asumida después de haber realizado consultas sistemáticas y de labor educativa se comprobó que disminuyeron la ingestión del tóxico en un por ciento aceptable de lo habitual y un paciente abandonó el hábito, por lo que consideramos que el estudio tuvo un resultados positivo.

REFERENCIAS

Betancourt, A. (2014). *Intervención Comunitaria para la prevención del alcoholismo en jóvenes guantanameros.* (Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud. La Habana).

García, A. (2016). Percepción del alcohol entre los jóvenes. Recuperado de: http://www.medicinayvida.org/index.php?option=com_content&task=view&id=16&itemid=27

González, R. (2016). *Alcoholismo: abordaje integral*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; p. 1-21

Hernández, DM., Sánchez, MR., Ríos, M. y Baigorria, S. (2015). Alcoholismo y adolescencia. *Revista Ciencias Médicas: 16*(1).

Martínez, AM. (2014). *Alcoholismo, hombre y sociedad*. Recuperado de: Documents and Settings/APS4/Configuración local/ Temp/ 7zO15C.tmp/ Infomed, Portal de Salud de Cuba 1 mht.

Querol, M. (2014). *Drogas psicoactivas placenteras y su legislación equitativa considerando la salud, la ecología y la bioética*. Recuperado de: http://www.querol.s5.com/publicaciones/actupsi.htm

Reyes, J.M., Moreno, E.C. y Reyes, E. (2019). Caracterización del alcoholismo en pacientes de un consultorio médico de la familia. Recuperado de: http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/181/242

Rodríguez, L. y Valdés, Y. (2016). Alcoholismo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosisen instructores de karate do. *Rev cubana ciencias médicas, 7*(1).

Sarmiento, R., Carbonell, I.C., Plasencia, C. y Ducónger, R. (2013). Patrones de consumo de alcohol en una población masculina de El Caney. *MEDISAN, 15*(4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000400014&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ELEVAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

EDUCATIONAL INTERVENTION TO ELEVATE THE LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT THE RISK FACTORS OF HIGH BLOOD PREASURE

Leyanis Rodríguez Morales ypacheco@ltu.sld.cu

Carlos Mario Morales García

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de Hipertensión Arterial en los pacientes hipertensos que pertenecen al Consultorio Médico 17 El Corojo en el período correspondiente entre enero del 2018 y junio del 2019. El universo quedo conformado por un total de 169 pacientes a los cuales se le aplico un método aleatorio simple utilizando criterios de inclusión y exclusión obteniendo una muestra de163. Se emplearon como métodos teóricos el analítico –sintético y el inductivo- deductivo. Para el procesamiento de los resultados se utilizó el programa SSPP20 siendo los resultados expresados en tablas. Además, se trabajó a nivel de intervención grupal, donde se llevó a cabo el programa de intervención educativa.

ABSTRACT

With the object of elevate the level of knowledge about the risk factors of High Blood Preasure in hypertensive patients was carried out an educational intervention in the office 17 El Corojo during the period between January 2018 and June 2019.The universe was a total of 169 patients whom it was applied a simple aleatory method using measures of inclution and exclution obtaining an example of 163.As theorical methods it was applied sintetic-analitic and deductive- inductive methods. For procesing of results it was employed the program SSPP20 and the results were expressed in charts. It was also worked to a level of grupal intervention, where it was carried out a program of educational intervention.

PALABRAS CLAVES: factores de riesgo, hipertensión arterial, intervención educativa, nivel de conocimientos.

KEY WORDS: risk factors, high blood preasure, educational intervention, level of knowledge.

INTRODUCCIÓN

Se define como Hipertensión Arterial la elevación mantenida de la presión arterial (PA) por encima de los límites normales. La enfermedad se produce cuando las cifras de tensión arterial medidas como promedio en tres tomas realizadas en condiciones apropiadas, con intervalo de tres a nueve días entre cada toma se encuentran por encima de 140mmHg de tensión arterial sistólica (TAS) y 90mmHg de tensión arterial diastólica (TAD). La definición se aplica a adultos a partir de 18 años de edad. La Hipertensión Arterial es muy antigua, fue Hurley quien realiza la primera medición de la presión arterial al introducir un tubo de vidrio en la arteria carótida de un equino, Rivas Roci en 1896 diseño el primer prototipo de esfigmomanómetro moderno.

La hipertensión es generalmente considerada el factor causal más importante de la enfermedad cerebro vascular (ECV), (Santín, 1999) y niveles altos de presión arterial tanto sistólica como diastólica se asocian al incremento en la incidencia del Infarto Miocárdico Agudo (IMA) y de Ictus Isquémico o Hemorrágico en personas de todas las edades y sexos. Muchos estudios intervencionistas evidencian que la terapia antihipertensiva reduce la morbilidad y mortalidad de ictus e IMA en pacientes hipertensos. (Pérez , Delfín y col, 2017).

Otros estudios como Diéguez y col (2017), demuestran la prevalencia de obesidad abdominal y factores de riesgo cardiovascular asociados en adultos jóvenes, abordan la necesidad de identificar de forma oportuna los factores vinculados con la HTA en personas relativamente jóvenes y preconizan una actuación médica enérgica en el orden terapéutico.

En el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen. De las 15 millones de muertes ocasionadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son de causa coronarias y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica; la HTA está presente en casi todas. En los Estados Unidos de América, quizás el país con mayor porcentaje de hipertensos controlados según Rodríguez; León y Morejón 2018) mostraron que solo el 27,4 % tenía valores inferiores a 140/90 mmHg.

En Cuba, el cuadro epidemiológico nacional mostró que los dispensarizados por hipertensión arterial en 1990 representaban solo el 7,2 % de la población adulta, (Pérez y col, 2017) muy lejos de la reportada en la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (1995), que en zonas urbanas detectó el 30,6%.

La alta prevalencia, que en Cuba alcanza el 32 % de la población general y supera el 45 % en los mayores de 60 años y datos surgidos de la campaña nacional de Hipertensión arterial sugieren que para una población total de 111 22000 permitieron calcular que el total de Hipertensos en el país es de 2,0 - 2,5 millones de pacientes, se recogen datos de que cada uno de tres cubanos muere de enfermedad del corazón como complicación de la Hipertensión Arterial.(Debb, García, Dueñas, González y Prgús, 2011).

En Cuba se desarrolló el Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de La Hipertensión Arterial, que fue distribuido nacionalmente y apoyada su implementación y conocimiento por una campaña nacional que favoreció su divulgación. Durante el año 1995 se realizó la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas, que corroboró lo que otros estudios efectuados en Cuba habían encontrado en cuanto a la prevalencia de la HTA.

En Cuba no es la primera causa de muerte ya que fue desplazada por las enfermedades neoplásicas, pero sigue teniendo una alta prevalencia e incidencia. La HTA es una de las enfermedades crónicas no trasmisibles que más afecta a la población.

El Consultorio Médico El Corojo se encuentra ubicado en la zona rural del municipio y atiende un área de una amplia prevalencia de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles en especial la Hipertensión Arterial así como factores de riesgo que condicionan su aparición. De los 453 pacientes presentes en la comunidad 169 son hipertensos el cual representa un 37.3% de la población, de ellos 76 pertenecen al sexo

masculino y los 93 restantes al sexo femenino. La Hipertensión Arterial está asociada a las principales causas de muerte en el área de salud, además constituye uno de los principales factores de riesgo de otras enfermedades como: insuficiencia renal, enfermedades cerebro-vasculares e insuficiencia cardiaca.

Por lo antes expuesto se determina como problema de investigación: ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial en los pacientes hipertensos del Consultorio Médico de El Corojo del municipio de Majibacoa en el período correspondiente entre enero 2018 y junio 2019?

Es por ello, que la investigación centró su importancia en la elevación del nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de la Hipertensión Arterial.

Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de la Hipertensión Arterial (HTA)

En los pacientes estudiados incidió los grupos de edades más afectados fueron los de 60 años y más con 56 pacientes diagnosticados mediante el método de pesquisa activa de tensión arterial representando el 34.4% del total y predominó el sexo femenino con 90 casos para un 55.2%.

Al analizar la dieta como factor de riesgo de la HTA, se muestra que el nivel de conocimientos sobre la dieta del paciente hipertenso, antes es de la investigación 145 pacientes tenían conocimientos sobre este factor de riesgo lo que representa un 89% y18 pacientes desconocían acerca del mismo lo que representa un 11%.

Después de aplicado el programa de intervención se demuestra que160 pacientes estudiados expresaron conocimientos adecuados lo que representa el 98.2%.

El elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipocolesterolemia debido al poder iatrogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL y desde los estudios de Framinghan, se ha asociado a hipertensión arterial. Igual asociación se ha descrito con el alto consumo de ácidos grasos. En relación con las investigaciones realizadas que permiten relacionar la Hipertensión Arterial con los factores de riesgo se sabe desde 1904, cuando Ambard y Beaujard, descubrieron que la presión arterial aumentaba con la ingestión de sal y disminuía mediante su eliminación de la dieta.

Se deduce que los bajos niveles de potasio en la dieta inducen a la retención del sodio contribuyendo así al desarrollo o sostenimiento de la tensión arterial elevándola en 5-7 de mmHg. Los alimentos con mayor contenido de potasio o los suplementos del mismo tienden a disminuir la tensión arterial tanto en hipertensos como en normotensos. Éstos efectos benéficos podrían estar relacionados con una disminución en la respuesta vascular a vasoconstrictores posiblemente mediados por el óxido nítrico 161 162. La hipertensión arterial también se ha encontrado asociada con un bajo consumo de calcio, fibras y magnesio.

Según el nivel de conocimientos sobre el sedentarismo antes y después de la aplicación del programa, antes de la aplicación predominaron 12 pacientes con conocimientos inadecuados, para un 7.4% y después de aplicado la totalidad de ellos expresaron conocimientos adecuados 163 (100%).

La vida sedentaria aumenta la masa adiposa (sobrepeso), aumenta los niveles de colesterol en sangre más aún del C-LDL. En una persona sedentaria el riesgo de contraer Hipertensión Arterial es de 20% a 50% mayor. Aunque no hay una definición concreta, precisa ni unificada de sedentarismo, algunas planteadas en algunas investigaciones y por la OMS en su estrategia salud para todos en el año 2010 que es sedentario quienes cumplan con la condición de no realizar actividad física regular por lo menos 30 minutos tres o más veces por semana 156. A criterio de la autora coincide con lo dicho anteriormente.

Al evaluar los resultados del nivel de conocimientos sobre los hábitos tóxicos. Es importante aclarar que al comienzo de la investigación todos los indicadores mostraron un nivel de conocimiento inadecuado, había32 pacientes que desconocían a cerca de este factor de riesgo que representa un 19.6% y 131 conocían a cerca del mismo el cual representa un 80.6%. Luego de haber aplicado la intervención se demuestra que la totalidad de ellos expresaron conocimientos adecuados.

La obesidad epidemia del siglo XXI y su repercusión en la HTA

La obesidad es un trastorno de tipo metabólico y nutricional que se ha asociado con un riesgo de hipertensión seis veces mayor en relación con los normotensos.

Al evaluar el nivel de conocimiento respecto a la obesidad encontrando un desconocimiento en11 de los pacientes antes del estudio para un 6.8% y después de aplicado el programa se logró que todos elevaran sus conocimientos en un 100%.

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre la obesidad.

Nivel de conocimiento sobre la obesidad	Antes		Después	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Adecuado	152	93.2	163	100
Inadecuado	11	6.8	0	0
Total	163	100	163	100

Fuente: Encuesta.

El método utilizado para determinar que una persona conserva su peso normal o está en sobre peso u obesa es el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet, que se obtiene de dividir el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado.

Se sabe a través de múltiples estudios que por cada 10Kg de aumento de peso la tensión arterial sistólica aumenta 2-3 mm de Hg y la diastólica de 1-3 mmHg. El perímetro abdominal de 88 cm en mujeres y 102 en hombres se asocia con un mayor riesgo de hipertensión y dislipidemia y juntos constituyen el denominado síndrome metabólico.

Autores como Diéguez y col (2017) afirman que la ganancia de peso contribuye a aumentar los niveles de presión arterial para todos los grupos de edad, mostrando sus estudios un incremento de la presión arterial con la ganancia de peso en un periodo de

pocas semanas, obteniéndose además una disminución en los niveles de presión arterial, tanto en los hipertensos como en los normotensos, al perder peso.

Otros estudios aleatorios controlados recientes también confirman esta tendencia, y muestran cómo una reducción de 4 - 5 kg en el peso disminuye la presión arterial en una elevada proporción de personas hipertensas con sobrepeso, (Rodríguez, Balcindes, García, y Álvarez, 2018).

La asociación entre obesidad e hipertensión está bien reconocida y es una relación directa entre el peso corporal o índice de masa corporal (IMC) y la presión sanguínea, aunque los mecanismos responsables de la relación peso - aumento de la presión sanguínea" son todavía desconocidos.

La obesidad aparece como un factor de riesgo independiente para muerte prematura, especialmente cuando se asocia con otros factores como hiperinsulinemia e intolerancia a la glucosa (o diabetes), hiperlipidemia e hipertensión. El amplio estudio NHANIES II mostró claramente que los pacientes con sobrepeso tenían 2.9 veces más riesgo de padecer hipertensión arterial que los sujetos sin sobrepeso.

El Dr. Juan J. Santìn Santìn (1999) de la Universidad Complutense de Madrid demostró en un estudio que:

> (…) la obesidad es más frecuente en pacientes con hipertensión que en pacientes normotensos, y que las mujeres hipertensas suelen ser más obesas que los hombres hipertensos. La obesidad severa y muy severa es más común en mujeres hipertensas que en hombre hipertensos, aunque la obesidad de grado severo y muy severo es equivalente en hipertensos y normotensos para ambos sexos (p.23).

Conocimientos sobre las complicaciones y tratamiento de la HTA

Al determinar el nivel de conocimientos sobre las complicaciones de la hipertensión arterial, al inicio de la investigación 42 pacientes presentaron un inadecuado conocimiento de las mismas que representa un 25.8%. Después de la aplicación del programa se logró que todos elevaran sus conocimientos en un 100%.

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre las complicaciones.

Nivel de conocimiento sobre las complicaciones	Antes		Después	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Adecuado	121	74.2	163	100
Inadecuado	42	25.8	0	0
Total	163	100	163	100

Fuente: Encuesta.

La hipertensión no tratada aumenta en gran medida el riesgo de ictus, cardiopatía isquémica e insuficiencia renal y cardiaca. Las complicaciones más habituales de la hipertensión no tratada son el ictus, la enfermedad cardiovascular prematura, la aterosclerosis acelerada, el daño retiniano, la hipertrofia ventricular izquierda y la lesión

renal. El ictus, que produce unas 500.000 víctimas anuales en Estados Unidos, suele deberse a infartos vasculares y hemorragia.

La hipertensión puede acelerar la arteriosclerosis, además, la hipertensión puede acelerar el curso de otras enfermedades renales, por ejemplo, la nefroesclerosis diabética. (Chaple; Barber; Chauvin, 2003).

En un estudio realizado en Cuba el 42% de los pacientes con más de 5 años de hipertensión tenían retinopatía. En las arterias y arteriolas se produce hipertrofia vascular, rigidez arterial y disfunción endotelial hipertensiva. A nivel neurológico, la hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para el desencadenamiento de una enfermedad cerebrovascular y cambios en el sistema nervioso central. Las alteraciones más importantes en el Sistema Nervioso Central son: Disfunción del sistema nervioso central, Isquemia, hemorragia, infarto y encefalopatía.

El riesgo de sufrir una enfermedad cerebro-vascular aumenta notablemente cuando una persona hipertensa no controla su presión. Si esta aumenta en 7.5 mm Hg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de enfermedad cerebrovascular y el control de la presión arterial disminuye en 30-50% la incidencia del mismo.

En la revista cubana Medicina General Integral (MINSAP, 1999) se publica que en Cuba del 66 al 75 por ciento de los casos de trombosis cerebral, el 90 por ciento de las hemorragias intracraneales no traumáticas son debidas a Hipertensión 105.

En los países occidentales es la segunda causa de discapacidad generando parálisis en un 54% de los casos, problemas de movilidad y dificultad para caminar (23%). Trastornos en el habla (23%). El 76% de los afectados no puede volver a trabajar y tiene una alta mortalidad que en Colombia se ubica entre las primeras 10 causas.

Al evaluar el nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la hipertensión arterial, se constata que 14 pacientes presentaron un inadecuado conocimiento de las mismas que representa un 8.6%. Después de la aplicación del programa se logró que todos elevaran sus conocimientos en un 100%.

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre el tratamiento.

Nivel de conocimiento sobre el tratamiento.	Antes		Después	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Adecuado	149	91.4	163	100
Inadecuado.	14	8.6	0	0
Total	163	100	163	100

Fuente: Encuesta.

El tratamiento de la hipertensión en esta década pretende algo más que limitarse a disminuir la presión arterial. Hasta la fecha, el tratamiento ha conseguido reducir espectacularmente la mortalidad por ictus, pero sus efectos sobre la mortalidad por enfermedad arterial coronaria han sido menores. (Rosas, 2019).

El tratamiento tiene en cuenta la relación entre hipertensión y cardiopatía arteriosclerótica. El tratamiento farmacológico pretende incrementar la perfusión de los órganos, reducir el espectro de factores de riesgo cardiovasculares y mejorar la calidad de vida. Las medidas no farmacológicas se aplican para prevenir la enfermedad, controlar los factores de riesgo y completar el tratamiento. Los medicamentos más utilizados son: Diuréticos, Simpaticolíticos, Betabloqueantes, Inhibidores de la ECA, Antagonistas del Calcio. (Wolf y col, 2004)

CONCLUSIONES

La Hipertensión Arterial constituye un problema de salud en la población de El Corojo, con la intervención realizada se elevó el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva así como una disminución en las conductas de riesgo expresándose un control adecuado de las cifras tensionales.

REFERENCIAS

Chaple, M., Barber, C. (2003) Participación tubular renal en la génesis de la hipertensión arterial primaria. *Rev Cubana Invest Biomed 22*(4):217-25. Recuperado a partir de http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22_4_03/ibi01403.htm

Debb, G., de la Noval, R., Dueñas, A., González, IC. (2011). Prevalencia de factores de riesgo coronario en “10 de octubre”. Su evaluación a los 5 años. *Rev CubanaCardiol Cir Cardiovascular 15* (1): 14 – 20

Santín, JJ. (1999) Hipertensión arterial: factores de riesgo (síndrome plurimetabólico, tabaco alcohol y menopausia). (Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencia). Universidad Complutense de Madrid. España. Recuperado a partir de http://webs.ucm.es/BUCM/tesis//19972000/D/1/D1055301.pdf

Díaz, A., Rodríguez, A., Balcindes, S., García, R., y Álvarez, N. (2018). Evaluación de la atención médica a pacientes con hipertensión arterial en cuatro áreas urbanas. *Revista Finlay*, *8*(2), 122-139. Recuperado en 09 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200007&lng=es&tlng=es

Diéguez, M. y col (2017) Prevalencia de obesidad abdominal y factores de riesgo cardiovascular asociados en adultos jóvenes. *Revista Cubana de Salud Pública, 43*(3) pp. 396-411.

MINSAP (1999). Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *15*(1), 46-87. Recuperado en 09 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100009&lng=es&tlng=es.

Pérez, M y col (2017). Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medicina*, *56*(4), 242-321. Recuperado en 09 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000400001&lng=es&tlng=es.

Rodríguez, M., León, M. y Morejón, A. (2018). Riesgo de hipertensión arterial en individuos hiperreactivos cardiovasculares. *Salud Pública de México 60*(4) Recuperado de: <https://doi.org/10.21149/8965>. ISSN 0036-3634. https://doi.org/10.21149/8965.

Rosas, G. (2019). El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 36*(2). pp. 214-221. Recuperado de: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4279>. Epub 26 Ago 2019. ISSN 1726-4642. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4279.

EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR PRECOZ EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

EFFECTIVENESS OF THE EARLY REHABILITATOR TREATMENT IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASE

Leyri Árias Rodríguez bibliodel@ltu.sld.cu

Marilin Vázquez Torres

Ibis Mariño Parra

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo para determinar la efectividad del tratamiento rehabilitador precoz en pacientes con enfermedad cerebrovascular, Área de Salud de Delicias, año 2018, atendidos en el Departamento de Rehabilitación del Policlínico Docente “Rafael Izquierdo Ramírez”. La muestra quedó constituida por 24 pacientes, predominando el grupo de 60 años y más con una media de 65 año, el sexo masculino con una razón de 4/1. La enfermedad cerebrovascular más frecuente fue el Ictus de tipo Infarto cerebral, con un mecanismo trombótico. El factor de riesgo más frecuente fue el tabaquismo. Las enfermedades asociadas más representativas fueron la Hipertensión arterial, Hiperlipidemia y Diabetes mellitus. Se presentaron trastornos psicológicos, complicaciones cardiovasculares y la recurrencia como complicación del tratamiento rehabilitador. El 54,2% comenzó el tratamiento rehabilitador precozmente y fue efectivo ya que al año de la rehabilitación se constató un incremento del grado de independencia en un 58.3%.

PALABRAS CLAVES: enfermedad cerebrovascular; factores de riesgo, enfermedades asociadas, complicaciones, rehabilitación, efectividad.

ABSTRACT

A retrospective longitudinal descriptive study was carried out to determine the effectiveness of early rehabilitation treatment in patients with cerebrovascular disease, Delicias Health Area, year 2018, treated in the Department of Rehabilitation of the Teaching Polyclinic “Rafael Izquierdo Ramírez”. The sample consisted of 24 patients, predominantly the group of 60 years and more with an average of 65 years, the male sex with a ratio of 4/1. The most frequent cerebrovascular disease was cerebral infarction stroke, with a thrombotic mechanism. The most frequent risk factor was smoking. The most representative associated diseases were hypertension, hyperlipidemia and diabetes mellitus. There were psychological disorders, cardiovascular complications and recurrence as a complication of rehabilitation treatment. 54.2% began the rehabilitation treatment early and was effective since a year after the rehabilitation there was an increase in the degree of independence by 58.3%.

KEY WORDS: cerebrovascular disease; risk factors, associated diseases, complications, rehabilitation, effectiveness.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular (ECV), constituyen un problema de salud mundial debido a su alta mortalidad y grado de discapacidad física y mental y es la tercera causa de muerte en la mayoría de los países desarrollados (Ríos, Solís, Oviedo, Boza y Valdés, 2013).

El accidente cerebrovascular puede afectar a cualquier persona a cualquier edad, aunque aumenta su incidencia después de los 60 años, cuando los procesos ateroscleróticos alcanzan su máxima expresión; según datos de la Organización Mundial de la Salud para el 2020 el 46 % de la población será mayor de 60 años.

Estévez, Estévez, Coll y Hardy (2012) afirman: “esto supone un importante problema de salud pública ya que la edad es el principal marcador de riesgo; el aumento de la edad media de la población cubana, condiciona un incremento en porcentaje de los accidentes vasculares cerebrales” (p.284).

La identificación de los factores de riesgo no modificables es importante, pues si bien no es posible adoptar medidas para su eliminación o modificación, ayudan a identificar individuos con mayor riesgo para el ictus y por tanto, a justificar estrategias preventivas más rigurosas para el control de los factores de riesgo modificables. La enfermedad puede prevenirse al reducir los factores de riesgo, la mayoría de los cuales pueden ser modificados, tratados o controlados. Cuanto más factores de riesgo tiene una persona, más probabilidades tiene de sufrir un accidente cerebrovascular (Estévez y col, 2012).

La mayoría de los supervivientes de un ECV sufre alguna incapacidad, son frecuentes y variadas las consecuencias físicas, psicológicas, funcionales y sociales. Constituyen una gran carga social, sanitaria y económica, pues generan una importante demanda de cuidados integrales y de inversión, para el paciente y su familia (Ríos y col, 2013).

Según el Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP, 2018), la ECV constituye la tercera causa de muerte, alcanzó una tasa de mortalidad bruta de 88.1 por 100 000 habitantes en el año 2017 con 9 913 defunciones por esta causa. En la provincia Las Tunas en el año 2017 ocurrieron 345 defunciones por esta causa para una tasa bruta de 63.9 (31.4 de tasa ajustada) por 100 000 habitantes.

Es bien conocido el impacto de la rehabilitación precoz en los pacientes que han sufrido una ECV y tienen como secuela un síndrome hemipléjico. Una rehabilitación adecuada puede mejorar las capacidades funcionales de estos pacientes, a pesar de la edad y del déficit neurológico, disminuyendo el costo de los cuidados prolongados, incrementando la independencia y la calidad de vida de estos pacientes, se ha descrito la reincorporación a la vida socio familiar, así como la recuperación de capacidades y funciones perdidas. En nuestra área de salud no se han realizado investigaciones al respecto, por lo que se decidió realizar un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo para determinar la efectividad del tratamiento rehabilitador precoz en pacientes con enfermedad cerebrovascular atendido en el Departamento de Rehabilitación del Policlínico Docente “Rafael Izquierdo Ramírez” de enero a diciembre de 2018. La muestra (de tipo no probabilística) quedó constituida por 24 pacientes de los cuales se obtuvo el consentimiento informado.

Enfermedad cerebrovascular

La Organización Mundial de la Salud define la enfermedad cerebrovascular como el desarrollo rápido de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas de duración igual o mayor a 24 horas o que desencadena la muerte, sin otra causa aparente adicional a la de origen vascular, definición que en la actualidad es limitada frente al avance en su comprensión fisiopatológica (Ríos y col, 2013).

Según su naturaleza, la ECV se puede presentar como isquemia o como hemorragia. La isquemia se produce por la disminución del aporte sanguíneo cerebral de forma total o parcial. Según la duración del proceso se presentará como accidente isquémico transitorio o como infarto cerebral, en función de que el déficit isquémico provoque o no necrosis tisular. La hemorragia es la presencia de sangre, bien en el parénquima o en el interior de los ventrículos cerebrales, o en el espacio subaracnoideo.

ECV y la Medicina Tradicional China (MTCh).

La MTCh se cimienta en la base filosófica del taoísmo, en la que el tao es la fuerza primigenia formadora del universo. A partir de este concepto se introduce el término Qi o energía vital, el cual tiene como característica su naturaleza dual armónica yin y yang. Todo lo que existe está formado por el Qi y tiene, por tanto, características yin y yang. Yin corresponde a la oscuridad, la noche, el frío, el invierno, lo material, la nutrición, el almacenamiento y lo femenino, mientras que yang corresponde a la luz, el día, el calor, el verano, lo inmaterial, la transformación y lo masculino (Rodríguez y Rodríguez, 2016).

Para la MTCh, los órganos son sistemas funcionales complejos que muestran la manifestación del Qi en un plano material, funcional y mental/emocional. El propósito de los Zang-Fu es asegurar un estado de armonía estructural y funcional. Cada uno cumple un rol específico en la transformación, movimiento y conservación del Qi. El diálogo interno y externo de cada sistema se realiza a través de las sustancias fundamentales, que son la energía vital (Qi), la sangre (Xue) y los líquidos vitales (Jinye). Estas sustancias circulan a través de los meridianos y colaterales (Jingluo), una red de canales ramificados que aseguran la nutrición y humectación de piel, músculos, tendones, huesos y órganos internos (Rodríguez y Rodríguez, 2016).

Elementos de la MTCh empleados en el tratamiento rehabilitador.

Es indispensable primeramente diferenciar si el paciente:

Si tiene un pulso fuerte y rápido: Dispersar con fuerza el punto Du-26 (VG-26) y colocar otra aguja en R-1 donde se realizará una maniobra ambigua (armonizar).

Si el pulso es débil y lento o normal: Dispersar Du-26 y moxar R-1, Du-20 y Ren-4 (VC-4). Cuanto más rápido se logre recobrar la consciencia, mejor será el pronóstico.

Si las cifras tensionales son elevadas: Contribuir a normalizarlas haciendo sangría en el Ápex de la oreja. Tonificar los puntos de los canales Yang en el lado sano. Dispersar los puntos de los canales Yang del lado hemipléjico, especialmente el Yang Ming (E e Ig).

En detalle la técnica es como sigue:

- Puncionar los puntos E-41, E-36 y E-32 en el miembro inferior.
- Dispersar VB-31 Solamente en el lado afecto.
- Puncionar los puntos IG-4, SJ-4, IG-11 e IG-15 en el miembro superior.
- Dispersar intensamente los puntos Pc-6, VB-20 y Du-16.

Adicionalmente se pueden estimular, el microsistema de cráneo de Jiao Shunfa: Zona vasomotora (la más importante en la fase aguda) y Zona sensitivo-motora del pie y los 2/5 medios de la zona motora (ambas contra lateral al lado hemipléjico).

Procedimientos terapéuticos rehabilitadores:

Kinesioterapia (Terapia mediante el ejercicio): utilizada para incrementar fuerza muscular y arco articular. En el hemicuerpo afectado se realizan:

- Ejercicios pasivos (completamente realizados por el técnico, pues el paciente no inicia el movimiento de la articulación).
- Ejercicios activos asistidos (el paciente inicia el movimiento y lo completa el técnico).
- Ejercicios activos libres (realizados por el paciente sin intervención del técnico, pues el paciente completa el movimiento, pero no admite resistencia manual).
- Ejercicios activos resistidos (realizados por el paciente, con resistencia manual de técnico, pues el paciente completa el movimiento de la articulación y admite resistencia manual).

Ambulación (Adiestramiento de la marcha):

• Patrones estáticos de marcha (incorporación desde la sedestación, descargas de peso sobre uno y otro pie, corrección de equilibrio y postura): si el paciente no es capaz de realizar marcha.

• Patrones dinámicos de marcha entre paralelas (marcha entre paralelas, corrección de equilibrio y postura): si el paciente realiza marcha, pero con dificultad y necesita apoyo en paralelas.

• Patrones dinámicos de marcha fuera de paralelas (marcha fuera de paralelas, corrección de equilibrio y postura): si el paciente realiza marcha y no necesita apoyo en paralelas.

Ejercicios en colchón (Terapia basada en ejercicios realizados en el colchón): Se utilizan si el paciente presenta debilidad de tronco, trastornos del equilibrio y de la independencia.

- Ejercicios de independización (rolar, reptar, gatear)
- Ejercicios de equilibrio y de fortalecimiento.

Terapia ocupacional (Terapia mediante actividades ocupacionales), en el miembro superior afectado se realizan:

- Actividades de coordinación (uso de tableros de coordinación)
- Actividades para ampliar arco articular y fuerza muscular (uso de mesa universal).
- Actividades para independizar en las actividades de la vida diaria (vestido, alimentación, aseo)

Mecanoterapia (Terapia mediante el ejercicio con implementos: bicicleta terapéutica, banco de cuádriceps, polea de pared, rueda de hombro, muelle de tobillo). Utilizados para incrementar fuerza muscular, si el paciente completa el movimiento de la articulación y admite resistencia mecánica.

Caracterización de los pacientes con ECV

Se pudo apreciar que predominó el sexo masculino con el 79.2 % con una razón de 4/1, en cuanto a la edad sobresalió en un 83,3% el grupo de 60 años y más, la media de la edad fue más alta para los hombres (67 años) que para las mujeres (63 años) y de 65 años para el total de pacientes.

Los resultados de este estudio concuerdan con los de Torres, Pérez y Soto (2015) quienes describen que el riesgo de sufrir un ictus se va incrementando a medida que aumenta la edad, esto se debe a los efectos biológicos del envejecimiento que ocurren gradualmente en el envejecimiento.

Según el sexo, no existen diferencias significativas con otros estudios como el de Buergo (2012) donde se evidenció que el sexo masculino es el que frecuentemente sufre una enfermedad cerebrovascular, sobre todo por exposiciones a factores de riesgo como el tabaquismo y el alcoholismo en los hombres, aunque hay una tendencia actual al incremento de casos en el sexo femenino reportado por varios autores.

La ECV de mayor frecuencia fue el Ictus con un 75% de los casos, seguido con 12,5 % de Encefalopatía hipertensiva y con 8,3% los Ataques isquémicos transitorios, por último1 caso con Disfunción cerebral focal para el 4,2 %. Según la clasificación de la enfermedad cerebrovascular en la bibliografía revisada los autores Arredondo, García, Pons y Arredondo (2014) coinciden en que es más frecuente el Ictus, sobrepasando siempre el 75%, de todas las ECV descritas, según refieren en su estudio.

Tipo de ictus

En la distribución de los casos con Ictus según el tipo presentado en cada paciente, se constató que el más frecuente fue el Infarto cerebral en un 33,3%, seguido de la hemorragia cerebral y la subaracnoidea en un 27,8% y 22,2% respectivamente.

En la literatura se señala un predominio del ictus isquémico, representando aproximadamente un 85-90 % de la totalidad de las ECV, aunque en los pacientes menores de 45 años tienden a ser más frecuentes los ictus hemorrágicos, asociados a hipertensión y malformaciones arteriovenosas (Arredondo y col, 2014).

Mecanismo del Ictus.

El mecanismo del Ictus de mayor frecuencia fue el trombótico en un 38,9%, seguido del embólico en un 33,3% y del hemodinámico en un 27,8%.

En nuestro estudio no existieron diferencias significativas en cuanto a los mecanismos del Ictus, la bibliografía revisada concuerda con estos hallazgos, así como Bonilla y col, (2014) donde el mecanismo isquémico es el más frecuente dado por el tromboembolismo.

Factores de riesgo identificados en los pacientes con ECV.

Según los factores de riesgo identificados el tabaquismo fue el de mayor frecuencia en un 66,7% de los casos, seguido de dieta inadecuada y el sedentarismo con 58,3% cada uno, le siguió la obesidad con el 54,2 % del total y los de menor frecuencia fueron el alcoholismo y el estrés en un 45.8%. Es evidente que en la población persisten estilos de vida inadecuados, con patrones culturales y sociales que hacen se incremente el riesgo de padecer una ECV.

Muchos autores entre ellos López, López y Tajada (2017) concuerdan que los factores de riesgo más frecuente en pacientes con enfermedad cerebrovascular son el tabaquismo y el alcoholismo, sobre todo en el sexo masculino, aunque existe una tendencia a la presencia de estos también en las mujeres. Otros factores de riesgo que se describe en la literatura son la obesidad, el sedentarismo y el estrés.

La identificación de los factores de riesgo no modificables es importante, pues si bien no es posible adoptar medidas para su eliminación o modificación, ayudan a identificar individuos con mayor riesgo para el ictus y por tanto, a justificar estrategias preventivas más rigurosas para el control de los factores de riesgo modificables.

En estudios observacionales como el de Buergo (2012), el riesgo de ictus decrece después del cese del consumo y desaparece luego de 5 años sin fumar. Por otra parte, el abandono del hábito de fumar disminuye las hospitalizaciones debido a un ictus. Situación similar ocurre con el consumo de alcohol; las evidencia relacionadas con la prevención primaria son aplicables para individuos que han sufrido un evento cerebrovascular previo.

Enfermedades asociadas a las ECV.

En cuanto a las enfermedades asociadas (comorbilidad) en estos pacientes, se identificaron la hipertensión arterial (HTA) en un 79,2%, la hiperlipidemia en un 66,7%, la diabetes mellitus en un 58,3% y la cardiopatía isquémica en un 45,8%, en orden de frecuencia.

Como se aprecia la falta o el inadecuado control de las enfermedades crónicas son situaciones que persisten en esta población, ya sea por indisciplina, la no adherencia al tratamiento y estilos de vida inadecuados, o por deficiencias en el seguimiento de los pacientes dispensarizados con estas enfermedades de base, hecho también que incrementa el riesgo de padecer una enfermedad cerebrovascular.

Escobar, Zaldívar, Rodríguez y Cabrera (2014) plantean que la ECV es en la actualidad uno de los problemas de salud más importantes, no solo en Cuba, sino en los países desarrollados. Estos autores evidenciaron en su estudio en los antecedentes patológicos personales se estimó que la HTA ocupó el 81%, se presentó en 118 pacientes con ECV, seguida por la diabetes mellitus en 91 pacientes (63%) y la cardiopatía isquémica en 56 pacientes (38%).

La HTA constituye el principal factor de riesgo, tanto para el ictus isquémico como para el hemorrágico, lo que ocasiona que se multiplique el riesgo de ictus de 2 a 7 veces con respecto a normotensos. Se ha descrito una relación directa entre el incremento de la presión arterial, tanto diastólica como sistólica, de manera que, se calcula que el control de la tensión arterial reduce en el 10 % la mortalidad por ictus. La diabetes mellitus es otra de las enfermedades de alto riesgo debido a la aterosclerosis de los vasos grandes y pequeños, que puede acelerarse por trastornos del metabolismo de lípidos y los hidratos de carbono (Escobar y col, 2014).

La obesidad y las dislipidemias, son factores conocidos para la ECV y no es de extrañar su contribución con la HTA para producir o facilitar la lesión cerebral. La promoción de la reducción de peso es una recomendación de alta prioridad. Las dietas ricas en frutas y vegetales pueden ayudar al control del peso y han mostrado que reducen el riesgo de ictus, infarto agudo del miocardio y muerte (Buergo, 2012).

Complicaciones de los pacientes con ECV

Tabla 1. Complicaciones presentadas por los pacientes con ECV. Delicias, 2018

Complicaciones	No	%
Recurrencia de la ECV	6	25,0
Complicaciones cardiovasculares	7	29,2
Trastornos psicológicos	9	37,5
Complicaciones relacionadas con el tratamiento rehabilitador	10	41,7
de ellas		
Dolor	9	90
Luxaciones	4	40
Hombro doloroso	3	30
Trastornos de la postura	2	20
Otras	5	50

Fuente: Registros de expedientes clínicos del Departamento de Rehabilitación.

En cuanto a las complicaciones derivadas del tratamiento rehabilitador estas son frecuentes en este tipo de pacientes, debido a mecanismos fisiopatológicos como la resistencia muscular que presenta este tipo de pacientes, la acumulación de ácido láctico en las fibras musculares, así como a mecanismos psicológicos que hacen que estos pacientes se adapten menos a la secuencia rehabilitadora indicada, así como estilos de vida presentes en ellos.

Ríos y col, (2013) evidenciaron en su estudio que el hombro doloroso fue la complicación más frecuente durante la rehabilitación, señalan que esta entidad puede llegar a afectar hasta el 72 % de los pacientes. La paresia inicial hipotónica de la extremidad superior conlleva a una impotencia funcional del manguito de los rotadores, que puede llevar a una subluxación inferior, con dolor asociado. Esta complicación puede influir en la recuperación de la funcionabilidad de la extremidad superior, de ahí la importancia de evitar esta afección. La prevención del hombro doloroso incluye una intervención rehabilitadora precoz, un adecuado tratamiento postural, el adiestramiento de la familia para evitar maniobras traumáticas al movilizar el paciente y utilizar el cabestrillo, como medio de sostén auxiliar, siempre que este sea necesario.

Grado de tratamiento rehabilitador.

El 54,2% de los pacientes comenzó el tratamiento rehabilitador precozmente, como parte de la recuperación de las funciones motoras perdidas, el 29,2 % comenzó en el intermedio y solo 4 pacientes se rehabilitaron tardíamente para un 16,7%.

El grado de inicio del tratamiento es un indicador de efectividad del mismo, cuanto más precoz sea iniciada la terapia rehabilitadora y la recuperación de las funciones motoras y sensitivas, se podrán obtener a partir de las funciones residuales otras que favorezcan la reincorporación del paciente a la vida cotidiana familiar, social y laboral.

No se encontraron estudios que aborden el grado o inicio del tratamiento rehabilitador, si bien todos los autores recomiendan que debe de ser precoz, o sea inmediatamente al alta hospitalaria o incluso comenzarlo durante la hospitalización del paciente.

Ríos y col, (2013) evidenciaron que los pacientes con menos de 3 meses de evolución de la enfermedad presentaron durante su ingreso mayor ganancia en el Índice de Barthel. Coincidiendo con otros autores que señalan que la mejoría funcional, es mayor durante el primer mes después del evento, se mantiene hasta el tercer mes, es menor entre el tercer y sexto mes, y experimenta cambios progresivamente menores entre el sexto y el duodécimo mes. Otros autores afirman que después del año puede existir mejoría, lo cual avala la rehabilitación en fase estabilizada.

Debido a la discapacidad producida por el déficit neurológico, estos pacientes tienden a tener intolerancia a la actividad y descondicionamiento físico; esto constituye un reto para establecer un régimen de ejercicios que permita al paciente regresar al nivel de actividad anterior al ictus, y lograr suficiente actividad física para reducir la recurrencia del ictus. La utilización de programas estructurados de ejercicios terapéuticos ha mostrado mejoría en la movilidad, el equilibrio y la fuerza muscular.

Tabla 2. Efectividad del tratamiento rehabilitador en los pacientes con ECV, medida a través del Índice de Barthel. Delicias, 2018

	Al inicio		6 meses		1 año	
Índice de Barthel	No	%	No	%	No	%
Completa dependencia del paciente.	3	12,5	2	8,3	0	0,0

Alta dependencia	5	20,8	4	16,7	2	8,3
Media dependencia	8	33,3	5	20,8	2	8,3
Baja dependencia	5	20,8	6	25,0	6	25,0
Baja independencia	3	12,5	5	20,8	8	33,3
Media independencia.	0	0,0	2	8,3	5	20,8
Total independencia	0	0,0	0	0,0	1	4,2
Total	24	100	24	100	24	100

Fuente: Registros de expedientes clínicos del Departamento de Rehabilitación.

Se puede apreciar que a medida que avanzaron en el tiempo los pacientes con ECV, sometidos a tratamiento rehabilitador la media dependencia fue disminuyendo, siendo inversamente proporcional a la ganancia de la media independencia de los casos que fue incrementándose.

Sevilla (2017) en su estudio el grado de mayor discapacidad que encontró que en el índice de Barthel posterior al ECV fue el independiente con un 50% de los casos; y según el tipo de ECV: isquémico (11/25) y hemorrágico (5/7). La dependencia leve y moderada representó similar proporción (7 casos por igual).

CONCLUSIONES

La enfermedad cerebrovascular de mayor frecuencia fue el Ictus de tipo infarto cerebral, con un mecanismo trombótico. Predominaron los pacientes con 60 años y más del sexo masculino. Los factores de riesgo más frecuentes fueron el tabaquismo y el sedentarismo. Las enfermedades asociadas hipertensión arterial e hiperlipidemia estuvieron presentes en la mayoría de los casos. Como complicación del tratamiento rehabilitador se presentó dolor músculo-esquelético y el hombro doloroso. Alrededor de la mitad de los casos comenzaron el tratamiento rehabilitador precozmente y este fue efectivo ya que al año de la rehabilitación se constató un incremento del grado de independencia según el índice de Barthel.

REFERENCIAS

Arredondo, A., García, E., Pons, R., y Arredondo, A. (2014). La pre hipertensión en el vórtice de las enfermedades cardiovasculares. *Rev. Med. Electron, 36*(Suppl 1), 729-741. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000700006&lng=es.

Bonilla, N., Oliveros, H., Proaños, J., Espinel, B., Álvarez, J., y Duran, C. (2014). Estudio de frecuencia de los factores de riesgo asociados al desarrollo de enfermedad cerebrovascular isquémica no embolica en un hospital de tercer nivel. *Acta neurol Colomb, 30*(3),149-155. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v30n3/v30n3a04.pdf

Buergo, M.A. (2012). *Guías prácticas de enfermedad cerebrovascular. Prevención secundaria de la enfermedad cerebrovascular.* La Habana: ECIMED. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/libros/guia_enf-cerebrovascular/cap3.pdf

Escobar, V., Zaldívar, M., Rodríguez, G., y Cabrera, J.C. (2014). Factores de riesgos prevalentes en pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular. *Rev Cub Med Mil, 43*(4), 433-440. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000400003&lng=es.

Estévez, A., Estévez, A., Coll, J.L., y Hardy, Y. (2012). Grado de discapacidad en pacientes hemipléjicos del "Policlínico Docente Universitario del Cerro". *Rev Cubana Med Gen Integr, 28*(4), 682-693. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400011&lng=pt.

López, I., López, C., y Tajada, C. (2017). Enfermedad cerebrovascular. *AMF, 13*(2), 64-75. Recuperado de: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=cafd28ed-2637-456d-9d90-17734754ff7f%40sessionmgr101

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Anuario Estadístico de Salud 2017*. La Habana,. Recuperado de: http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf

Ríos, M., Solís, D., Oviedo, A., Boza, I., y Valdés, A.A. (2013). Comportamiento de los pacientes con enfermedad cerebrovascular en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Militar de Matanzas. *Rev Méd Electrón, 35*(4). Recuperado de: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol4%202013/tema03.htm

Rodríguez, L., y Rodríguez, S. (2016). Plan de ejercicios físicos terapéuticos para la rehabilitación física del paciente hemipléjico crónico en el contexto domiciliario. *Rev Universidad & Ciencia, 5(*3),137-151. Recuperado de: http://revistas.unica.cu/uciencia

Sevilla, A. (2017). *Características clínicas y epidemiológicas de pacientes menores de 45 años con enfermedad cerebrovascular* (tesis de postgrado). Universidad De Carabobo, Venezuela.

Torres, J.M., Pérez, S., y Soto, R. (2015). Características clínico epidemiológicas de pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular en una unidad de cuidados intensivos. *MEDISAN, 19*(9), 1096-102. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192015000900004&lng=es.

LA INFERTILIDAD COMO PROBLEMA DE SALUD EN EL POLICLINICO AQUILES ESPINOSA

THE INFERTILITY AS A HEALTHY PROBLEMA IN AQUILES ESPINOSA POLICLINIC

Lianet González Nápoles lianet.93@nauta.cu

Aylin Domínguez Tabasco

Tania del Rio Boullon

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con el objetivo de determinar los factores de riesgo que influyen en la infertilidad de la pareja, en el policlínico Aquiles Espinosa Salgado, en Las Tunas. Los datos se obtuvieron a través de la información estadística, así como las historias clínicas de las parejas. El universo quedó conformado por las 859 parejas del policlínico Aquiles Espinosa en el período de estudio y la muestra por 100 de estas de acuerdo a los criterios de inclusión. La sistematización permitió concluir que se debe trabajar en la prevención de factores de riesgo para lograr una menor incidencia de casos de infertilidad que tienen su causa principal en dichos factores. La infertilidad es un problema de salud que la padecen más personas de las que creemos, por eso es importante identificarlas, así se podrá ayudar en todo el proceso. En muchos países es el problema de infertilidad considerado una desmoralización, por eso en ocasiones son captadas tardíamente por los especialistas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera la infertilidad como un problema global.

PALABRAS CLAVES: Infertilidad, infertilidad primaria, infertilidad secundaria, factores de riesgo

ABSTRACT

Was realized a transversal, descriptive and observational study with the objective of determinate risk factors that affect infertility in couples in Aquiles Espinosa Salgado policlinic in Las Tunas city. Data were adquired by stadistic information's, like clinic histories of this couples. The universe was conformate by 859 couples that belong to the Aquiles Espinosa Salgado policlinic area in the period of study, and the sample was conformate for every 100 of this couples with criterion of inclusion. Systematization allow make the conclusion that be must work in the prevention of risk factors to make a less incidence about infertility cases that have as a principal cause this risks factors. Infertility is a health problem that affect many people, for that it is very important identificate it and help them in the process. Many countries considerate the Infertility as a moral problem that inside in a late captation by specialists. According to World Health Organization the infertility it is considerate as a global problem.

KEY WORDS: infertility, primary infertility, secondary infertility, risk factors.

INTRODUCCIÓN

Atendiendo a la American Society for Reproductive Medicine (ASRM) se define como infertilidad femenina a la incapacidad para concebir embarazo después de 1 año en mujeres menores de 35 años o de seis meses en mujeres mayores de esta edad, siempre y cuando mantengan relaciones sexuales regulares sin uso de ningún método anticonceptivo. (Dovom, 2015 y Mascarenhas, 2012).

La infertilidad femenina se clasifica en infertilidad primaria y en infertilidad secundaria, la primaria es cuando una pareja nunca ha podido lograr un embarazo, mientras que la infertilidad secundaria es aquella en que la mujer tiene una historia previa de al menos un embarazo confirmado, aborto, parto y no es capaz de concebirlo de nuevo. (Ospina 2012 y Rojas, 2015).

En cuanto a los antecedentes históricos de la infertilidad se recoge de la misma. En el libro de Génesis, el primero de la Biblia, se cuenta el relato de Abraham y Sara, una pareja que llegó a la ancianidad sin haber conseguido la procreación. También se conoce que en la antigua Mesopotamia al varón le era permitido adquirir una segunda mujer cuando la primera era estéril. Según Sabarre KA, et al, en 1672 Regnier de Graaf publicó su gran trabajo sobre los órganos reproductivos femeninos que estableció el ovario como la fuente del óvulo. En el año 1884, en Filadelfia, citado por Vayena E, et al, se produjo el primer caso confirmado de inseminación artificial con donante, llevada a cabo por William Pancoast en el Jefferson Medical College.

El primer niño nacido por fertilización in vitro ocurrió en 1978 en el Hospital de Oldham en Manchester.Z árate (2012). Después de transcurrido casi 40 años de este suceso han existido otras novedosas técnicas de reproducción asistida, han visto la luz como esperanza para las parejas con problemas de la fertilidad. Bahamondes (2014) Cuba (2007). Todo esto según estudio realizado en Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey donde se concluyó coincidiendo con este estudio donde las mujeres en edades comprendidas entre 29-35 años predominaron, el mayor número de estas con infertilidad secundaria y con sobrepeso u obesidad, además.

La infertilidad femenina puede producirse cuando:

Un óvulo fecundado o el embrión no sobrevive una vez que se fija al revestimiento de la matriz (útero).

El óvulo fecundado no se fija al revestimiento del útero.

Los óvulos no pueden movilizarse desde el ovario hasta la matriz.

Los ovarios tienen problemas para producir óvulos.

Dentro de su etiología se encuentran:

Trastornos autoimmunitarios, como el síndrome antifosfolípídico (SAFL)

Defectos congénitos modificadores el tracto reproductor

Cáncer o tumor

Trastornos de la coagulación

- Diabetes
- Consumo excesivo de alcohol
- Ejercicio excesivo
- Trastornos alimentarios o desnutrición
- Neoplasias (como miomas o pólipos) en el útero y el cuello uterino
- Uso de ciertos medicamentos, como por ejemplo fármacos quimioterapéuticos
- Desequilibrios hormonales
- Obesidad
- Edad avanzada
- Quistes ováricos y síndrome de ovario poliquístico (SOPQ)
- Infección pélvica que resulta en una cicatrización o una inflamación de las trompas de Falopio (hidrosalpinx) o enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)
- Cicatrización a raíz de infección de transmisión sexual (ITS), cirugía abdominal previa o endometriosis
- Tabaquismo
- Cirugía para prevenir el embarazo (ligadura de trompas) o falla de la cirugía de recanalización de trompas (reanastomosis)
- Enfermedad tiroidea. Lobo (2017) Practice (2015) Rebar (2016)

La infertilidad masculina puede deberse a:

- Una disminución de la cantidad de espermatozoides
- Un bloqueo que impide que los espermatozoides sean liberados
- Defectos en los espermatozoides

Dentro de su etiología se encuentran:

- Defectos congénitos
- Tratamientos para el cáncer, incluso quimioterapia y radiación
- Exposición a mucho calor durante períodos prolongados
- Consumo compulsivo de alcohol, de marihuana o de cocaína
- Desequilibrio hormonal
- Impotencia
- Infección
- Consumo de ciertos medicamentos, como cimetidina, espironolactona y nitrofurantoina
- Obesidad
- Edad avanzada

Eyaculación retrógrada

Cicatrización a raíz de infecciones de transmisión sexual (ITS), lesión o cirugía

Tabaquismo

Toxinas en el medioambiente

Vasectomía o falla de la vasovasostomía

Las probabilidades de un embarazo en parejas saludables menores de 30 años y que tengan relaciones con regularidad son de aproximadamente un 25% a 30% mensual.

Una mujer alcanza su mayor fertilidad entre los 20 y los 25 años de edad. Las probabilidades de que una mujer quede embarazada disminuyen considerablemente después de los 35 años (y especialmente después de los 40). La edad en la que la fertilidad comienza a declinar varía de una mujer a otra. Los problemas de infertilidad y las tasas de abortos espontáneos aumentan considerablemente luego de los 35 años de edad. Ginecología (2008) Ginecología (2013).

Análisis y discusión de los resultados

Tipo de infertilidad. Tabla 1.

Tipo de infertilidad	Cantidad	%
Primaria	35	35
Secundaria	65	65
total	100	100

En la tabla número 1. Cuando clasificó la infertilidad es primaria o secundaria nos percatamos que un número importante representa la secundaria con un 65% ante un 35% de la primaria.

Factores de riesgo. Tabla 2.

Factor de Riesgo	Con factor	%
Trastornos autoimmunitarios.	2	2
Defectos congénitos	5	5
Infección pélvica	13	13
ITS	14	14
Hipertensión arterial	32	32

Cáncer o tumor	0	0
Trastornos de la coagulación	3	3
Diabetes	4	4
Obesidad o sobrepeso	27	27
Total	100	100

La tabla número 2 representa los factores de riesgo que predominaron en el estudio donde la Hipertensión arterial con un 32%, la obesidad o sobrepeso con 27%, las ITS con un 14%y las infecciones pélvicas con 13% son los que predominan respectivamente con respecto a los otros factores. Los mismos son prevenibles.

CONCLUSIONES

La sistematización permitió concluir que se debe trabajar en la prevención de factores de riesgo para lograr una menor incidencia de casos de infertilidad que tienen su causa principal en dichos factores. La infertilidad es un problema de salud que la padecen más personas de las que creemos, por eso es importante identificarlas, así se podrá ayudar en todo el proceso. En muchos países es el problema de infertilidad considerado una desmoralización, por eso en ocasiones son captadas tardíamente por los especialistas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera la infertilidad como un problema global.

REFERENCIAS

Bahamondes, L., Makuch, MY. (2015) Infertility care and the introduction of new reproductive technologies in poor resource settings. *Rep Biol Endocrinol 12*(1). Recuperado de: https://rbej.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7827-12-87

Cuba. Ministerio de Salud Pública. (2007). Comisión Nacional. Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil. Ciudad de La Habana: MINSAP

Dovom, MR., Tehrani, FR., Abedini, M., Amirshekari, G., Hashemi, S., Noroozzadeh, MA. (2014) Population-based study on infertility and its influencing factors in four selected provinces in Iran (2008-2010). *Iran J Reprod Med* 12(8). Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4233315/pdf/ijrm-12-561.pdf

Lobo, RA. (2017). Infertility: etiology, diagnostic evaluation, management, prognosis. In: Lobo RA, Gershenson DM, Lentz GM, Valea FA, eds. *Comprehensive Gynecology*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier.

Mascarenhas, MN., Flaxman, SR., Boerma, T., Vanderpoel, S., Stevens, GA. (2012). National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLOS Medicine* 9(12). Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3525527/pdf/pmed.1001356.pdf

Ospina, SP. (2'012). *Uso de la acupuntura en el tratamiento de la infertilidad. Revisión sistemática de la literatura* [Tesis de especialidad]. Colombia, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertil Steril*. 103(6):e44-e50. PMID: 25936238 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25936238.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile male: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2015; 103(3):18-25. PMID: 25597249 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25597249

Rebar, RW., Catherino, WH. (2016). Reproductive endocrinology and infertility. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine*. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.

Rojas, P., Medina, DM., Torres, L. (2015). Infertilidad. *Medisur 2011 9*(4). Recuperado de:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000400012

Sabarre, KA., Khan, Z., Whitten, AN., Remes, O., Phillips, KP. (2013). A qualitative study of Ottawa university students awareness, knowledge and perceptions of infertility, infertility risk factors and assisted reproductive technologies. Reproductive Health 10: Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3751831/pdf/1742-4755-10-41.pdf

Vayena, E., Peterson, HB., Adamson, D., Nygren, KG. (2009) Assisted reproductive technologies in developing countries: are we caring yet? *Fertil Steril: 92*(2). Recuperado de: http://www.fertstert.org/article/S0015-0282%2809%2900362-8/pdf

Zárate, A., Manuel, L., Hernández, M., Saucedo, R., Basurto, L. (2012). Análisis de las implicaciones médicas de la fertilización in vitro. *Acta Médica Grupo Ángeles 10*(4) Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2012/am124c.pdf

INTERVENCIÓN COMUNITARIA SOBRE LOS EFECTOS NOCIVOS Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL

COMMUNITY INTERVENTION ON THE NOXIOUS EFFECTS AND CONSEQUENCES OF THE RISKY CONSUMPTION OF ALCOHOL

Lidiesky del Carmen Pérez Torres lidieskydelcarmennauta.cu

Rolando Bueno Agüero

RESUMEN

En nuestro estudio evaluamos la eficacia en la atención al paciente alcohólico se realizo un estudio de intervención con participación comunitaria en el Consultorio Médico de la Familia No.7, perteneciente al Policlínico “7 de noviembre” del municipio Majibacoa, en el periodo comprendido enero 2018 - 2019. El universo estuvo constituido por 160 pacientes con consumo riesgoso de alcohol mayores de 15 años y la muestra se define por el total de 70 pacientes que aceptaron incluirse en la intervención, determinándose por muestreo aleatorio simple. Para la recolección de la información se utilizan las Historias Clínicas Individuales y Familiares, un test psicométrico, un cuestionario y entrevistas directas a cada uno de los pacientes y líderes formales e informales de la comunidad. Se procesaron los datos por métodos manuales y computarizados; para la presentación se realizan cuadros estadísticos, adema se expresa su prevención e incidencia en este problema de salud. Con la intervención realizada se lograron modificaciones positivas en el nivel de conocimiento sobre la enfermedad alcohólica, se mejora el funcionamiento familiar y la evolución de los trastornos psiquiátricos y de abstinencia.

PALABRAS CLAVES: alcoholismo, dependencia, abstinencia, intervención, tratamiento.

ABSTRACT

In our study we evaluate the effectiveness in the attention to the alcoholic patient one carries out an intervention study with community participation in the Medical Clinic of the Family No.7, belonging to the Policlínico "November 7" of the municipality Majibacoa, in the period understood January 2018 - 2019. The universe was constituted by 160 patients with risky consumption of alcohol bigger than 15 years and the sample is defined for the total of 70 patients that you/they accepted to be included in the intervention, being determined by simple random sampling. For the gathering of the information the Individual and Family Clinical Histories are used, a test psicométrico, a questionnaire and direct interviews to each one of the patients and formal and informal leaders of the community. The data were processed by manual and on-line methods; for the presentation they are carried out statistical squares, adema is expressed its prevention and incidence in this problem of health. With the carried out intervention positive modifications were achieved in the level of knowledge on the alcoholic illness, he/she improves the family operation and the evolution of the psychiatric dysfunctions and of abstinence.

KEY WORDS: alcoholism, dependence, abstinence, intervention, treatment.

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo ha sido identificado desde hace siglos como un problema social y de salud, la Organización Mundial de Salud (OMS) define como alcoholismo,

> (…) al trastorno de la conducta crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol excesivo respecto a las normas dietéticas y sociales que acaban interfiriendo en la salud y las funciones económicas y sociales de los consumidores. (González, 2011, p.17).

El consumo inadecuado de bebidas alcohólicas es una de las causas fundamentales de morbilidad y mortalidad a nivel global. Según la Organización mundial de la salud (OMS); cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al uso nocivo del alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. Existe igualmente una relación causal entre al consumo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no trasmisibles tales como: cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, además de traumatismos derivados de la violencia y los accidentes del tránsito. (Centro nacional de información de ciencias médicas, 2018).

Cuba no permanece ajena a este problema de salud; el sistema de salud cubano a dispuesto vías para el enfrentamiento del alcoholismo en todos los niveles de atención médica, a través de diversas modalidades asistenciales, que abarca desde la atención primaria en la comunidad hasta los servicios hospitalarios especializados en adicciones, donde el papel preventivo del Programa del Médico de la Familia es determinante para lograr mejores comportamientos en los patrones de consumos.

Alcoholismo y sociedad

El consumo inadecuado de alcohol genera consecuencias negativas en la sociedad provocando niveles de adicción, las que se observan en el plano biológico, psicológico y social, además de ser la más difundida y trascendente de las toxicomanías que la convierte en una droga portera para el consumo de otras drogas ilegales. El mismo puede generar al menos uno de los tres efectos. (González, 2010).

Está demostrado que el alcoholismo como enfermedad disminuye en 12 años la edad promedio de vida. El consumo irresponsable de alcohol provoca tanto daño económico como el que determinan todas las drogas ilegales juntas. Hoy en día existe un alcohólico por cada 10 personas que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida y la cifra de estos últimos llega aproximadamente al 70 % de la población mundial.

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas por los jóvenes es uno de los problemas de salud emergente, y su solución se ha convertido en prioridad para muchos países del mundo Estudios realizados en España, Colombia, chile, México y otros países de América muestran altos por cientos de consumo en los adolescentes mayores de 15 años. En Cuba las estadísticas muestran que un sector importante de la población consume alcohol y un porciento nada despreciable consume por encima de los niveles permisibles. (Derland, 2011).

Consumo de alcohol y sus fases

El consumo de alcohol es una consecuencia de la problemática social y personal que puede vivir la persona: Presenta las siguientes fases:

Primera etapa

- Pre alcohólica**,** se busca alivio ocasional a las tensiones y se crea un aumento de la tolerancia al alcohol.

Segunda etapa

- Inicial o prodrómica**,** amnesia, beber a escondidas, preocupación por conseguir bebidas alcohólicas, beber con avidez, sentimientos de culpa por la manera de beber, evitar hablar de alcohol, aumento en la frecuencia de lagunas mentales.

Tercera etapa

- Crucial o crítica, pérdida de control, de racionalizaciones, neutralización de presiones sociales, comportamiento fanfarrón, conducta agresiva, remordimientos persistentes, período de abstinencia completa, alejamiento de amigos, renuncia a empleos, la bebida se convierte en el centro de las actividades, pérdida de intereses externos, cambio en la interpretación de las relaciones interpersonales, compasión por sí mismo, escape geográfico (esconderse, fugarse), cambio en hábitos familiares, resentimientos, protección al abastecimiento de alcohol, desnutrición, primera hospitalización, disminución del apetito sexual, beber en ayunas.

Cuarta etapa

Crónica o terminal**,** intoxicaciones prolongadas, deterioro moral, trastornos del pensamiento, psicosis alcohólica, beber sustancias que no sean alcoholes, fuerte deterioro de las relaciones sociales, disminución de tolerancia al alcohol, temores indefinidos, temblores persistentes, inhibición psicomotora (locura), racionalización fracasada, hospitalización definitiva y, finalmente, la pérdida de la vida.

Causas, incidencia y factores de riesgo

El alcoholismo es un tipo de drogadicción, en la cual hay tanto dependencia física como mental, se divide en dos categorías: dependencia y abuso. Las personas con dependencia del alcohol gastan mucho tiempo bebiéndolo y consiguiéndolo.

La dependencia física implica: Una necesidad de cantidades de alcohol cada vez mayores para alcanzar la embriaguez o lograr el efecto deseado, enfermedades relacionadas con el alcohol, lapsus de memoria (lagunas o amnesia alcohólica) después de episodios de bebida y síntomas de abstinencia cuando se suspende el consumo de alcohol

No existe una causa común conocida del alcoholismo. Sin embargo, varios factores pueden jugar un papel importante en su desarrollo. Una persona con una madre o con un padre alcohólico tiene más probabilidades de volverse alcohólica que una persona sin antecedentes de alcoholismo en la familia inmediata. (Anaya, 2014)

Daños puede producir el alcohol en el organismo

El alcohol en cantidades tóxicas, tiene diferentes efectos dentro del organismo, la mayoría de ellos negativos, pues lo único positivo es que contribuye a disminuir el colesterol de la sangre, las principales afectaciones están en los siguientes sistemas:el nervioso, el aparato digestivo, el sistema inmunológico, el cardiovascular, el óseo, el endocrinológico y el sistema reproductor

En el caso de la mujer embarazada: El síndrome de alcoholismo fetal, que en una forma grave de su presentación, el recién nacido presentará bajo peso y malformaciones craneofaciales y en una forma leve el síndrome de alcoholismo fetal, puede ser imperceptible y manifestarse posterior con pequeños trastornos del aprendizaje, por eso queda absolutamente prohibido tomar alcohol durante el embarazo.

Una vez identificadas desde el punto de vista teóricos-metodológico los factores que inciden en el consumo de alcohol se realiza un estudio del comportamiento en el CMF#7, perteneciente a dicho consejo popular de Calixto en el municipio Majibacoa, en el periodo enero 2018 – 2019 con la finalidad de modificar el nivel del conocimiento de pacientes con consumo riesgoso de alcohol.

Comportamiento demográfico del alcoholismo en los casos estudiados

Dentro de las variables demográficas estudiadas se encuentran la edad, sexo y ocupación comportándose de la manera siguiente:

De los 70 pacientes que se sometieron a la investigación 19 se encuentran desocupados representando un 27.17 % del total de pacientes, 15 pacientes jubilados para un 21.42 %, obreros 13 pacientes para un 18.57 % así como 8 eran técnicos para un 18.57 %, 7 estudiantes para un 10 %, amas de casa 5 para un 7.14% y 3 profesionales para un 4.28%.

El grado de alcoholismo según sexo y edad muestra que 65 paciente son del sexo masculino para un 92.85 % y solo 5 pacientes del sexo femenino para un 7.15%. el análisis sobre el nivel de escolaridad podemos observar que el mayor número estuvo representado por 30 pacientes del nivel primario para un 42.86%,19 de secundaria básica para un 27.15 %,10 preuniversitario para un 14.28 %,8 técnicos medios que representa 11.43 % y solo 3 pacientes para un 4.28 % del nivel universitarios. Con respecto al estado civil 28 pacientes se encuentran divorciados para 40%, casados 8 que representan el 11.42 %,18 solteros para un 25.73 % y 16 acompañados para un 22.85 % .

El grupo de edad que más alcohólicos aporto fue la de 60 y más con 16 pacientes del sexo masculino para un 24.63 %, seguido por 15pacientes de 26 a 30 del sexo masculino, que representan el 23.07% así como 13 de 41 a 50 para un 20%, mientras que de 51 a 60 son 12 representando 18.46%, de 31 a 40 solo 6 paciente que representa un 9.23 % y entre 21 a 25 se reportan 3 pacientes para un 4.62 %. Por su parte el sexo femenino solo está representado por 5 féminas, 3 de ellas pertenecen al grupo de edades 51 a 60 años para un 60 % y 2 pacientes entre 31 y 40 años para un 40 %.

Funcionamiento familiar y alcoholismo

Al tener en cuenta el funcionamiento familiar en pacientes alcohólicos del estudio se determinó que 22 familias eran moderadamente funcional para un 39.29 % mientras que 34 para 60.71 % se ubican como familias disfuncional. No existiendo familias funcionales para un total de 56 familias que representa el 100 % antes de la intervención, luego del trabajo con estos pacientes se logró modificar esta cifra con un total de 4 familias funcionales para un 7.14%,se disminuyó el número de familias disfuncionales a 20 para un 35.72%, quedando un 57.14% moderadamente funcionales representados por 32 familias .Al terminar este periodo de investigación con estos pacientes se logra que 4 de ellos abandonaran el consumo de alcohol para un 5.71 % de la muestra estudiada.

Resultados que satisfacen y superan las expectativas planteadas y obligan a enfocar integralmente el problema de la toxicomanía, involucrando no solo al sector salud sino también al comunitario, comprometiendo a los líderes formales e informales y capacitando a la población para enfrentar esta situación.

CONCLUSIONES

En la comunidad existe una alta prevalencia de bebedores de riesgo. La mayoría de los alcohólicos predominaron del sexo masculino y en edades entre 45 y 50 años, divorciados desocupados y solo con secundaria básica terminada. Predomina la familia antagónica con un 37% y disfuncionales, con tristeza y ansiedad como síntoma psiquiátrico más frecuente. Con la intervención realizada se logran modificaciones positivas en el nivel de conocimiento sobre la enfermedad alcohólica, el funcionamiento familiar y en la evolución de los trastornos psiquiátricos y de abstinencia.

REFERENCIAS

Anaya, A. (2014) El consumo de alcohol en los adolecentes. Recuperado de: www.monografias.com

Bueno, R. (2018). *Como elimino el alcoholismo*. Recuperado de: www.cubahora.cu/

Brands, B. (2010). *Management of alcohol*. Tabaco and de odersdrogs problems. A Physicin Manual. CAMH Toronto: Harcowrt.

Centro nacional de información de Ciencias Médicas. (2018). Biblioteca medica nacional. *Alcoholismo, epidemiologia y complicaciones*. CubaBibliomed.

Derland, A. (2011). *El alcoholismo su y efecto*. Centro de Investigación y Documentación Científica. Barcelona.

González, R. (2010). *Como enfrentar el peligro de las drogas.* Santiago de Cuba: Oriente. pp, 71,72 y 82-84.

González, M.R. (2011). *Clínica Psiquiátrica*. pp 72-78 La Habana: Científico-Técnico.

Horwitz, J. Marcone, C. (2011). *Base de la epidemiología*. El alcoholismo en América Latina. Fondo para la Salud Mental.

Martínez, C. (2010). Para que la familia funcione bien. La Habana: Científico- Técnico. pp.69-79.

Oficina nacional de estadísticas. (2012). Indicadores sociales. Anuario Estadístico. Cuba, pp. 28 al 45.

Pérez, M. (2010). *Comportamiento del alcoholismo en un área de salud de Cuba*. Tesis en opción al Título Académico de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Rodríguez, F., Sánchez, M. y Vizquerra, A. (2014). *Consumo de alcohol en la adolescencia consideraciones médicas y orientaciones educativas*. Salud Mental. Recuperado de www.monografias.com.

CARACTERIZACIÓN DEL ALCOHOLISMO EN PACIENTES DEL CONSULTORIO MÉDICO DE FAMILIA LA HERRADURA

CHARACTERIZATION OF THE ALCOHOLISM IN PATIENT OF THE MEDICAL CLINIC OF FAMILY THE HORSESHOE

Lisandra Barrera Nalda lisandra@ltu.sld.cu

Yanahara Navarro Arias yanara@ltu.sld.cu.

RESUMEN

El alcoholismo constituye uno de los principales problemas de salud a escala mundial. La influencia del alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, el individuo y, por ende, la sociedad. Objetivo caracterizar el alcoholismo en pacientes del CMF 56 del Policlínico Mario Pozo Ochoa, Jesús Menéndez Las Tunas, de octubre 2017 a abril 2019. Los datos se recogieron según la clasificación de las variables, y se utilizó el cálculo porcentual. Se utilizaron variables epidemiológicas de edad, escolaridad, ocupación, alteraciones psicológicas que presentaron y tipo de familia. Resultado predominó los pacientes de 35 a 44 años con Secundaria terminada, los desocupados y con alteraciones psicológicas de ansiedad y depresión. En la conducta asumida como individuos incidió los problemas familiares por beber. Conclusiones el nivel de conocimiento no conocían o no querían percibir los daños que causa el alcohol para salud y luego de las actividades educativas se obtuvo un nivel medio. En el estudio se logró que un paciente abandonara el hábito y diez disminuyera el consumo.

PALABRAS CLAVES: alcoholismo, factores de riesgo, familia, problemas sociales.

ABSTRACT

Alcoholism is one of the world's major health problems. The influence of alcohol on society has been a major problem factor in the formation and functioning of the family, the individual and, therefore, society. Objective to characterize alcoholism in patients of the CMF 56 of the Policlinico Mario Pozo Ochoa, Jesús Menéndez Las Tunas, from October 2017 to April 2019. The data were collected according to the classification of the variables, and the percentage calculation was used. Epidemiological variables of age, schooling, occupation, psychological alterations and family type were used. The result was predominantly patients between 35 and 44 years old with finished Secondary School, the unemployed and with psychological alterations of anxiety and depression. The behavior assumed as individuals was influenced by family problems due to drinking. Conclusions the level of knowledge did not know or did not want to perceive the harm caused by alcohol to health and after educational activities was obtained an average level. In the study, one patient gave up the habit and ten decreased consumption.

KEY WORDS: alcoholism, factors of risk, family, social problems.

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es un trastorno conductual crónico, manifestado por excesiva ingestión de alcohol, respecto a normas sociales y dietéticas de la comunidad, además de una enfermedad progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de

otras enfermedades o problemas emocionales. Patterson, Sandoval, Vargas, Velázquez, Rosado, y Montes (2014).

La presencia de un alcohólico genera o dificulta las relaciones interpersonales y favorece la aparición de crisis importantes en el medio social, con frecuentes crisis de desintegración familiar y problemas económicos, laborales y sociales. Es conocida la relación causal que se establece entre el consumo del alcohol, la disfunción familiar, el divorcio y el deterioro de las relaciones sexuales. (Patterson y col, 2014).

El consumo y los problemas derivados del alcohol están aumentando en todo Occidente desde 1980, incluyendo los Estados Unidos, la Unión Europea y los antiguos países del Este, así como en los países en vías de desarrollo. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol. A nivel mundial, existen diferencias entre los sexos en lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad, así como a los niveles y hábitos de consumo de alcohol. En este sentido, el porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres. (Pérez y col, 2013)

Existe igualmente una gran variación en el consumo total de alcohol entre las regiones y los Estados miembros de la OMS. Los niveles de consumo más altos se siguen observando en los países desarrollados, en particular en la Región Europea y en la Región de las Américas. (Pérez y col, 2013)

Según el reporte en el 2016 por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la región de la Unión Europea (UE) tiene el mayor consumo de alcohol en el mundo. Medido mediante el seguimiento de los datos anuales de ventas, se sitúa en diez litros de alcohol puro por adulto en promedio, en los Estados miembros de la UE en 2014. Austria, Bélgica, Bulgaria, Croacia y Lituania reportaron el mayor consumo de alcohol, con 12 litros o más por adulto. En el otro extremo de la escala, Grecia, Italia, Suecia, así como Albania, Islandia, Noruega y Turquía tienen niveles de consumo relativamente bajos, por debajo de ocho litros de alcohol puro por adulto. En particular, la tasa para Turquía es inferior a dos litros. (Perdomo, Castillo, Herrera, Curbelo y Toledo, 2014).

En la Región de las Américas, según nuevo informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en los últimos años casi se duplicó el porcentaje de bebedores hombres que tienen consumos episódicos fuertes de alcohol, y casi se triplicó esta tasa en mujeres.Por otra parte, en las Américas, las personas consumen un promedio de 8,4 litros de alcohol puro por año, 2,5 litros menos que en Europa pero 2,2 litros más que el promedio mundial. Además, tiene la mayor cantidad de personas que han consumido alcohol al menos una vez en su vida (más del 81% de las personas mayores de 15 años). (Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional, 2017).

Cuba, aunque con niveles per cápita menores, tampoco escapa a la tendencia mundial de incremento en el consumo de bebidas alcohólicas, debido a varios factores socioeconómicos y culturales, unidos a la existencia de una fuerte tradición en la producción de rones, aguardientes y cervezas que influyen en la aceptación del consumo de bebidas alcohólicas en diferentes variantes. En la III Encuesta nacional de

factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no trasmisibles. Cuba 2010-2011, se refiere que la prevalencia de bebedores en los últimos 12 meses fue de 41,7 %, en tanto los no bebedores representaron el 58,3 % y los bebedores en el último mes el 67,4 %. (Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional, 2017).

La incidencia del alcoholismo en la provincia Las Tunas tiene un comportamiento similar a las estadísticas del país. El municipio Menéndez cada vez es más progresivo el uso del alcohol por la población y, por tanto, un problema prioritario en estos tiempos, lo que ha sido motivación para la realización de este trabajo.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de caracterizar el alcoholismo en pacientes del CMF 56 del Policlínico Mario Pozo Ochoa, Jesús Menéndez Las Tunas, de octubre 2017 a abril 2019. El universo y la muestra estuvieron constituidos por 35 pacientes dispensarizados por riesgo de alcoholismo, que aceptaron participar de forma voluntaria en la investigación. Se utilizaron variables epidemiológicas de edad, escolaridad, ocupación, alteraciones psicológicas que presentaron y tipo de familia. Se realizó la clasificación que permitió medir la magnitud y consecuencia del alcoholismo**.** Para la recolección de los datos se aplicó una encuesta a los pacientes alcohólicos previo consentimiento y que respondieran a los objetivos trazados en la investigación.

En el estudio realizado la prevalencia del consumo fue mayor en los grupos de edad de 35 a 44 años con un 42,9%, seguido por el grupo de 25 a 34 años con el 28,6 %. Incidió el sexo masculino, no reportándose ningún caso en el femenino.

En la literatura revisada se encontró resultados similares siendo a partir de la cuarta década de la vida el consumo más frecuente de alcohol y en sexo masculino, coincidiendo con autores como (Campillo y Viscay, 2013).

El alcoholismo no tiene cara, sexo, raza, edad. Y cualquier persona es susceptible de caer en este vicio, afirma a BOHEMIA la socióloga del Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología. Para ella lo dañino no es el consumo del alcohol, sino la manera de consumirlo en exceso, que ha proliferado en estos tiempos, lo que trae aparejado un problema educativo, además, existen grandes riesgos durante el embarazo, si se consume alcohol, porque hay un alto porcentaje de hijos de mujeres alcohólicas que consumieron cantidades importantes durante la gestación que presentaron deformaciones, lo que se conoce con el nombre de síndrome del feto alcohólico, por la alta solubilidad del alcohol y del acetaldehído, que permite su circulación libre en la sangre de la madre y del feto. (Reyes, Moreno, Reyes, 2014)

Al analizar los pacientes alcohólicos según su escolaridad se observó que de los 35 pacientes alcohólicos identificados, 10 llegaron hasta Secundaria Básica terminada representando un 28,7%, seguido de la primaria terminada 8 para un 22,9 %, solamente uno resultó ser universitario para un 2,8 %.

El grado de escolaridad es uno de los factores más importantes a tener en cuenta para desarrollar el alcoholismo, pues se conoce que mientras menor sea la escolaridad, menor será la capacidad intelectual, por lo que se hace más difícil la interpretación del problema de salud que representa esta enfermedad y es más difícil comprender las

orientaciones dadas por el médico y enfermera de la familia, así como escuchar los consejos de la familia.

Al analizar los pacientes alcohólicos según su categoría ocupacional se encontró que de los 35 alcohólicos encuestados 16 eran desocupados, lo que representó un 45,7%, seguido por 9 trabajadores que representa 26 % y 6 cuenta propias para un 17 %.

La categoría ocupacional de los alcohólicos es uno de los factores más importantes en el desarrollo de esta enfermedad ya que se ha demostrado que a menor nivel de categoría ocupacional existe una menor capacidad intelectual y un mayor riesgo de desarrollar el alcoholismo. En los estudios realizados por González (2011).Se demuestra que él le concede gran importancia a los factores sociales dependientes del medio donde se desenvuelve el sujeto, como la ocupación.

Caracterización de los síntomas psicológicos

Se observa que el mayor por ciento de los pacientes presentan síntomas psicológicos sobre todo ansiedad en el 91,4 %, depresión en el 86 % e insomnio en el 71,4%.

Asís (2013) este autor hace referencia a que uno de los aspectos que fundamentan desde el punto de vista sociológico a la educación cubana, es su dimensión humanista. Las ideas acerca de emprender una educación en correspondencia con las necesidades y exigencias sociales, basadas en el mejoramiento de la vida de los seres humanos ha sido, desde el siglo XIX, uno de los legados de mayor trascendencia de las principales figuras de la cultura nacional.

En una investigación realizada en Santiago de Cuba en un grupo de pacientes dispensarizados como alcohólicos, las principales vivencias psíquicas reflejadas fueron la depresión en el 25% y la ansiedad en el 23,3%, mientras que en los pacientes del Grupo de Ayuda Mutua de Alcoholismo de Ciego de Ávila todos habían presentado repercusiones físicas o mentales. (Hernández, Hernández y Águila, 2015).

Conducta asumida como individuo en la familia y la sociedad

Al analizar de los pacientes alcohólicos se encontró que de los 35 pacientes encuestados 17 no se consideraban alcohólicos para un 48,6 %, se consideraban capaces de dejar de beber cuando quisieran 10 para un 28,6 %, no se han sentido culpables de beber 16 para un 45,7 %. Según su repercusión familiar y/o laboral 16 presentaron problemas familiares para un 45,7%, 11 presentaron problemas laborales para un 31, 4 %. Dentro del consenso social, según la petición de ayuda o asistencia médica 18 nunca solicitaron ayuda para un 51, 4 %, 6 solicitaron ayuda, para un 17, 1 %. Han sido atendidos en cuerpo de guardia por alcoholismo 3 para un 8,6 %. 4 fueron ingresados para un 11,4%.

Estos resultados demuestran que existe una autovaloración negativa en la mayoría de estos pacientes alcohólicos, con una repercusión familiar y laboral afectada, debido al alcoholismo, donde la generalidad no le gusta solicitar apoyo, pero ha sido afectada su salud teniendo que solicitar asistencia médica en un momento determinado con peligro para la vida.

Al evaluar el impacto con la intervención se logró que un 3% abandonara el hábito y un 28,6% disminuyera el consumo, aunque no son muy favorables estos resultados se

concientizó a los pacientes en la necesidad de disminuir y eliminar esta droga por los daños que ocasiona la salud de ellos y la repercusión familiar y social que implica.

Al explorar el nivel de conocimiento teniendo en cuenta el diagnóstico realizado de las preguntas al inicio el 62,9 % no conocían o no querían percibir los daños que causa el alcohol para salud y luego del desarrollo de actividades educativas el 51,4% obtuvo un nivel medio y alto un 34,3 %. Lo que cabe reflexionar que con el apoyo de las organizaciones de masas y grupo de trabajo comunitario, unir nuestras fuerzas para erradicar o aminorar esta enfermedad.

CONCLUSIONES

Predominaron los pacientes de 35 a 44 años con Secundaria terminada, los desocupados y en las alteraciones psicológicas la ansiedad y depresión. En las conductas asumidas por el individuo incidió los problemas familiares por beber. Un escaso número de pacientes solicitó ayuda médica, sin embargo más de la mitad recibió atención médica de urgencias debido a la ingestión del tóxico.

El nivel de conocimiento en cuanto al diagnóstico realizado al inicio del estudio no conocía o no querían percibir los daños que causa el alcohol para salud y luego de las actividades educativas se obtuvo un nivel medio. Lo que nos llama a reflexionar buscar soluciones en unión de las organizaciones de masas y grupo de trabajo comunitario para erradicar de raíz esta enfermedad. Al evaluar el impacto se logró que un paciente abandonara el hábito y diez disminuyera el consumo, aunque no son muy favorables estos resultados se concientizó a los pacientes en la necesidad de disminuir y eliminar esta droga por los daños que ocasiona a la salud de ellos y la repercusión desagradable para la familiar y la sociedad.

REFERENCIAS

Asís, V. (2013). *El Debate por la legalización de las drogas*. Recuperado de: http://www.adicciones.es/ficha_art_new.php?art=779

Campillo, R. y Viscay, V. (2013). Caracterización del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de un consultorio médico. *Rev Cubana Med Gen Integra 19*(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252013000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. (2017). Alcoholismo. Estadísticas Mundiales. *Fotográfico salud 3*(2): Recuperado de: http://files.sld.cu/bmn/files/2017/02/factografico-salud-febrero-20172.pdf

González, C. (2011). *Muertes por alcohol*. Webcast por: *MedicinaTV.com*. Universidad de Castilla La Mancha. Recuperado de: http://salud.medicinatv.com/webcast/muestra.asp?id_wc=419

Hernández, V.E., Hernández, V.H., Águila, Y. (2015). La Promoción de salud en el ámbito escolar mediante la prevención de adicciones. *Rev medica electrónica, 37*(3) Recuperado de: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1339

Patterson, I., Sandoval, J., Vargas, L., Velázquez, J., Rosado, N. y Montes, A. (2014). Nivel de conocimientos sobre alcoholismo en un grupo de adolescentes del Consultorio Médico de Familia No. 10 del Policlínico Universitario Norte del municipio Morón. (Spanish). *MediCiego, 2*: 2012-19. Recuperado de: MedicLatina

Perdomo, A., Castillo, L., Herrera, N., Curbelo, M. y Toledo, L. (2014). Comportamiento de los adolescentes ante el consumo de alcohol en el Consejo Popular El Vaquerito. (Spanish). *Medi Ciego, 20*(1): 1-6. Recuperado de: MedicLatina.

Pérez, A., Rodríguez M., Mármol, L., García, G. y Vizcaya, M. (2013). Prevención de los problemas relacionados con el alcoholismo en adolescentes. (Spanish). *Medi Ciego 19*(2): 1-8. Recuperado de: MedicLatina.

Reyes, E.C., Reyes, E. (2014). Caracterización del alcoholismo en pacientes de un consultorio médico de la familia. *Medi Ciego 39*(12). Recuperado de: http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/181/242

SEPSIS INTRAABDOMINAL EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL ERNESTO GUEVARA DE LA SERNA. ENERO 2016-2019

SEPSIS INTRAABDOMINAL IN THE SURGICAL PATIENT IN THE ERNESTO GUEVARA OF THE SERNA HOSPITAL. JANUARY 2016-2019

Lizandra Moreno Rivero liz@ltu.sld.cu o chaca2611@nauta.cu

Jaime Ernesto Julián Rey

Yakelin Pérez Rojas

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo para caracterizar los pacientes quirúrgicos con sepsis intraabdominal, admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, desde enero 2016- enero 2019. La muestra incluyó 119 pacientes. Se empleo la estadística descriptiva y se utilizaron números absolutos y relativos (análisis porcentual). Se encontró que el 54 % correspondió al sexo femenino y la edad comprendida entre 50–59 años fue la de mayor incidencia. El principal diagnóstico etiológico fue el absceso tubo-ovárico roto. Las principales complicaciones fueron los desequilibrios hidroelectrolíticos y la infección de la herida quirúrgica. El gérmen aislado con mayor frecuencia fue la Escherichia Coli. La combinación antimicrobiana más usada fue: Ceftriaxona, Amikacina y Metronidazol. La reintervención a demanda presentó la mayor mortalidad en relación con el resto de las estrategias de propuestas. En la medida que aumentó el número de reintervenciones así como el tiempo quirúrgico la sobrevida fue menor.

PALABRAS CLAVES: infección quirúrgica abdominal, antimicrobiano, reintervención a demanda.

ABSTRACT

He/she was carried out a prospective longitudinal descriptive study to characterize the surgical patients with sepsis intraabdominal, admitted in the Unit of Intensive Cares (ICU) of the Educational General Hospital "Dr. Ernesto Guevara of the Serna", from January 2016 - January 2019. The sample included 119 patients. The descriptive statistic was used and absolute and relative numbers were used (percentage analysis). it was found that 54% corresponded to the feminine sex and the age understood among 50-59 years it was that of more incidence. The main diagnostic etiologico was the broken tube-ovarian abscess. The main complications were the imbalances hidroelectroliticos and the infection of the surgical wound. The isolated germen with more frequency was the Escherichia Coli.

KEY WORDS: abdominal surgical infection, antimicrobiano, reintervencion to demanda.

INTRODUCCIÓN

Jean Louis Vincent, prestigioso intensivista belga, aseveró que en el último cuarto de siglo, la Medicina Intensiva se ha desarrollado hasta constituirse en una especialidad con características e identidad propias. Se producen avances significativos, en general a través de una sucesión de pequeños avances más que con cambios dramáticos, muchos de ellos resultado de los avances en el cuidado de la salud en otras disciplinas. En adición, se han identificado muchos efectos desfavorables de ciertas prácticas terapéuticas tradicionales. Debemos seguir aprendiendo del pasado y creciendo hacia el futuro.

Si hubiera que nombrar una enfermedad como la más característica de las que se atienden en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), esa sería la sepsis, la causa más frecuente de muerte en UCI no coronarias, la enfermedad más prevalente en las terapias y posiblemente el principal caballo de batalla de la Medicina Intensiva contemporánea .

En nuestros días es imposible negarse a reconocer hechos importantes en la historia de la medicina que han repercutido favorablemente en la evolución del paciente crítico: la era de la antibióticoterapia iniciada en la década del 40, la apertura de los Servicios de Cuidados Intensivos entre 1950 y 1960, y el perfeccionamiento de nuevas técnicas quirúrgicas (Santana, Sánchez, Robaina, García, 2019). A pesar de ello la sepsis continúa siendo la primera causa de muerte de los pacientes admitidos en estas unidades y la entidad que mayores habilidades demanda de un médico.

La sepsis, palabra derivada del verbo griego sepo (que significa "putrefacción"), es un síndrome complejo caracterizado por la activación simultánea de procesos inflamatorios y procoagulantes, en respuesta a un insulto microbiano. Estos eventos se manifiestan como síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en presencia de un proceso secundario a invasión por microorganismos, mediante la liberación de citocinas proinflamatorias, procoagulantes y moléculas de adhesión de las células inmunes y/o del endotelio dañado.

A pesar de su antigua etimología, la condición se mantiene como un reto real: es cada vez más frecuente, costosa y letal. De hecho, la sepsis se ha descrito como el "cementerio" del descubrimiento farmacológico porque la mayoría de los medicamentos que aparentan ser prometedores in vitro y en modelos animales, han demostrado ser ineficaces en humanos.

Afecta aproximadamente a 700.000 personas al año y representa cerca de 210.000 muertes/año en los Estados Unidos. Según informes recientes la incidencia aumentó entre 1,5% y 8% anual. El paciente quirúrgico es desde un inicio un enfermo complejo; más si su enfermedad toma un carácter crítico. A pesar de los avances que en el siglo XIX supuso el reconocimiento de los conceptos de asepsia y antisepsia, las complicaciones infecciosas postoperatorias continúan siendo un problema clínico significativo, oscilando su prevalencia entre un 30-60% dentro de ellas ocupa el primer lugar la sepsis intraabdominal, cuya mortalidad permanece

alarmantemente elevada por lo que sigue planteando un reto a cirujanos e intensivistas.

La sepsis intraabdominal (SIA), que incluye la peritonitis bacteriana y los abscesos, fue descrita hace más de un milenio; pero la insuficiencia de órganos, grave complicación que se asocia a la SIA y es actualmente causa de muerte, se conoce desde el siglo pasado.

Más que un daño local se trata de una enfermedad con repercusión sistémica que representa un problema médico-quirúrgico complejo, en el que se interrelacionan un gran número de factores que determinan el pronóstico del paciente por lo que continúa siendo un gran problema en los servicios de cirugía y atención al paciente grave, no lográndose aún una reducción de la mortalidad.

El manejo de esta entidad constituye un gran reto diario para el intensivista y el cirujano. Si bien es cierto que la mortalidad, a principios de este siglo, disminuyó del 90% al 30%-60%, en los últimos 50 años el descenso ha sido muy discreto.

Teniendo en cuenta la gran incidencia de la SIA, su gravedad, así como la necesidad de aunar criterios sobre su manejo es que nos sentimos motivados a realizar esta investigación bajo la interrogante: ¿Cuál será el comportamiento de los pacientes con SIA Grave admitidos en la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Ernesto Guevara de la Serna? Con la finalidad de caracterizar los pacientes quirúrgicos con sepsis intraabdominal en la UCI del Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna en el período de enero 2016-enero 2019.

Repercusión de la infección intraabdominal en el proceso salud-enfermedad

La sepsis intraabdominal es un problema médico – quirúrgico complejo, definida por muchos autores como sinónimo de Peritonitis, cuando en realidad no lo son. La Peritonitis denota inflamación del Peritoneo de cualquier causa, incluso puede ser conceptuada como el equivalente localizado de la reacción inflamatoria sistémica observada después de cualquier estímulo de inflamación, secundaria a infección, traumatismos o irritantes químicos como la bilis, el jugo pancreático o los jugos intestinales. Pueden ser a su vez agudas o crónicas, sépticas o asépticas. En cambio la infección intraabdominal denota Peritonitis causada por bacterias y sus toxinas, es decir una respuesta inflamatoria del Peritoneo a microorganismos y sus toxinas, el cual resulta en exudado purulento en la cavidad abdominal. Una concentración bacteriana de 10^6 inicia el desarrollo de una peritonitis séptica.

El diagnóstico de la SIA ha ido evolucionando paralelamente con el desarrollo del conocimiento en general y de la medicina en particular. Así, de la observación pura comenzaron a complementarlo los medios y procedimientos del laboratorio clínico, microbiológico, anatomopatológico e inmunológico, a lo cual se fueron agregando, según se describían, técnicas laparoscópicas y de imagenología simple y contrastada, tomografía axial computarizada, ecocardiografía, gammagrafía y angiografía; todos como expresión de la revolución científico técnica en la asistencia médica, que ha

permitido ir perfeccionando el diagnóstico de la SIA y sus complicaciones, con la consecuente repercusión en el tratamiento y sus resultados.

La evolución de la peritonitis secundaria grave varía acorde al estado de progresión de la infección y, sobre todo, a la precocidad de la conducta quirúrgica y terapéutica, para evitar la aparición de insuficiencia múltiple de órganos, complicación que ensombrece el pronóstico.

La infección abdominal grave es de vital importancia en la práctica quirúrgica y marca pautas en el índice de morbilidad y mortalidad en los servicios de cirugía y terapia intensiva, por lo que se utiliza la relaparotomía programada en las peritonitis de alto riesgo. Esperar por la aparición de signos infecciosos o fallo de órganos como indicación de reexploración (laparotomía a demanda) no es aconsejable. En este sentido la relaparotomía programada y el abdomen abierto aparecen como opciones terapéuticas más prometedoras aunque existen diversidad de criterios sobre cual estrategia ofrece mayores ventajas.

Manifestaciones clínicas y pronóstico

Los síntomas y signos de infección intraabdominal se vuelven confusos y extremadamente sutiles en el paciente crítico, sobre todo cuando presentan inmunodepresión y desnutrición o son sometidos a múltiples medidas de apoyo, que a veces enmascaran su cuadro clínico, lo que hace difícil un diagnóstico precoz a pesar de aplicárseles métodos auxiliares como la medición de la presión intraabdominal, la ultrasonografía y la tomografía axial computarizada.

El poder establecer un pronóstico en relación con la evolución de las enfermedades es una parte integral del cuidado médico. Es necesario conocer los beneficios de los tratamientos y los efectos tanto de las enfermedades como de la terapéutica para recomendar un curso de acción, y compartir decisiones con los pacientes y los familiares. El establecimiento de prioridades y la toma de decisiones tienen como base la combinación de enfermedades que comprometen la vida, recursos limitados, técnicas terapéuticas, monitoreo invasivo y los altos costos.

La habilidad de estimar objetivamente el riesgo de muerte u otro resultado para los pacientes, es una tarea de la investigación científica. Los modelos de predicción de riesgos son menos exitosos para predecir riesgo individual o para disminuir la incertidumbre de la toma de decisiones médicas. En el caso particular de las peritonitis, varios factores pronósticos de muerte han sido señalados, además de varios índices pronósticos, dentro de estos últimos el índice de peritonitis de Mannheim (IPM) basado en parámetros clínicos de fácil manejo y buena correlación con la mortalidad. Los modelos de puntaje pronóstico como el Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE-II), han sido desarrollados para predecir los resultados de los pacientes ingresados. Diversos estudios han confirmado la utilidad del APACHE-II en la selección de enfermos para ingreso en UCI y para determinar el manejo óptimo de pacientes quirúrgicos.

Fue a partir de la primera mitad del siglo XIX cuando varios acontecimientos propiciaron la transformación evolutiva de la SIA, entre ellos: la aplicación de la anestesia en 1847, así como la introducción de las medidas de antisepsia en 1867 y de asepsia en 1885, que hicieron posible las intervenciones quirúrgicas de un modo humanamente aceptable.

A principios de siglo XIX la mortalidad general para sepsis abdominal oscilaba alrededor de 90%; en la década de los años 20 los principios definidos por el Doctor Kischner: Eliminar la fuente de infección y remover el pus y los detritus intraabdominales permitió que la mortalidad disminuyera al 50%.

Estrategias terapéuticas

Pese a la frecuencia de los fenómenos sépticos intraabdominales graves, no es posible uniformar las medidas de tratamiento quirúrgico para su resolución y aún persisten vacíos metodológicos y científicos que impiden postular una terapia estándar de oro, no obstante, los mejores resultados se obtienen con los principios propuestos hace décadas para el control de la fuente de infección y acceso a la cavidad para el manejo de la sepsis residual (Ruiz y Badia, 2019). Otras estrategias terapéuticas también son indispensables para el manejo de la sepsis intraabdominal estas son: el tratamiento antimicrobiano racional, la nutrición artificial y todas las medidas de apoyo hemodinámico y ventilatorio, además de tratar todas las complicaciones extra-abdominales que puedan surgir. Otras medidas terapéuticas carecen de evidencias sólidas que apoyen su extensa utilización.

La eliminación de la contaminación bacteriana peritoneal se realiza mediante la aplicación del concepto de lavado (toilette) peritoneal y del tratamiento de la infección residual y la prevención de la infección recurrente, esto último se ha logrado mediante 4 procedimientos: relaparotomía a demanda, lavado peritoneal postoperatorio continuo, laparotomía abdominal dejando abierto el abdomen y uso de dispositivo de contención, relaparotomía programada. Lógicamente, lo idóneo es actuar sobre el foco causal lo más tempranamente posible, y tratar de impedir que el enfermo empeore y que la reintervención se convierta en una medida desesperada. Esperar por la aparición de signos infecciosos o fallo de órganos como indicación de reexploración (laparotomía a demanda) no es aconsejable. En este sentido la relaparotomía programada y el abdomen abierto aparecen como opciones terapéuticas más prometedoras.

La mayoría de los estudios indican que la mortalidad por sepsis intraabdominal es mayor del 60%, mientras que otros estudios informan que el rango de muerte oscila entre un 8 y un 38%, por lo que estos pacientes tienen una alta tasa de mortalidad. En Cuba en la década del 70 la mortalidad por sepsis intraabdominal ascendió entre un 26- 64 %.

En los Estados Unidos de Norteamérica, en la década del 70, la mortalidad fluctuó entre 31-67 %. Se ha estimado que en los últimos 20 años la incidencia de sepsis ha

aumentado a un ritmo de 8,7 % anual, y en Europa se manejan cifras similares. En España el impacto económico es importante, y el coste por día se multiplica entre dos y 11 veces respecto al de otros pacientes hospitalizados.

En Alemania se calculan 350 casos/100.000 adultos hospitalizados al año (el 4,5% de los pacientes ingresados) y es la décima causa de muerte intrahospitalaria. En un estudio realizado se encontró que la prevalencia de la sepsis severa asociada con el síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO) fue de alrededor del 12%, la mortalidad del 38-59%, y los que sobrevivían, su calidad de vida disminuía en el siguiente año y medio.

Resultados de la casuística revisada

Durante el período objeto de estudio (enero 2016- enero 2019) se admitieron en la Unidad de Cuidados Intensivos polivalente del Hospital General docente Ernesto Guevara de la Serna, 119 pacientes con el diagnóstico de infección intrabdominal confirmada, que se intervinieron quirúrgicamente.

Al caracterizar a los pacientes según sexo y edad, se encontró que el 54.6 % de la muestra estuvo representada por el sexo femenino. En ambos sexos hubo mayor incidencia en las edades comprendidas entre 50 y 59 años con 39 pacientes (32.7 %), 23 femeninas y 16 masculinos, seguido por el grupo entre 40 y 49 años con 30 pacientes (25.2 %), 17 femeninas y 13 masculinos.

Nuestros resultados coinciden con un trabajo publicado por la Dra. Iglesias (2006) de la UCI del hospital provincial de Ciego de Ávila: “Dr. Antonio Luaces Iraola” donde se exhibió que el sexo predominante fue el femenino y la edad comprendida entre 46 a 55 años. En un estudio realizado por Morales (2011), del Hospital Clínico Quirúrgico, Joaquín Albarrán de Ciudad de La Habana, se observó un predominio del sexo masculino con 65 pacientes y la edad mayor de 70 años no comportándose así en nuestra investigación.

En contraposición con nuestro trabajo, Sarduy, (2011) observó en un estudio en el Hospital Clínico-Quirúrgico “Manuel Ascunce Domenech” de Camagüey, que más de la mitad de los casos (68,4 %) fueron pacientes masculinos mayores de 65 años. El discreto predominio del sexo femenino, dista de lo planteado en la mayor parte de la literatura, donde se describe una mayor frecuencia de peritonitis secundaria en hombres, producto al mayor riesgo de sufrir trauma abdominal en este grupo.

En nuestra serie consideramos que la prevalencia de los pacientes mayores de 50 años pudo estar relacionada con un aumento de la comorbilidad a partir de esta edad así como una menor reserva fisiológica, lo cual favorece la descompensación de varios sistemas orgánicos ante el insulto de la sepsis así como de la intervención quirúrgica o anestésica y que conlleva a un manejo intensivo de los casos. Por otra parte el gran número de pacientes con pelviperitonitis hace que la población joven y femenina comience a jugar un rol importante en los grupos etéreos admitidos actualmente en las UCI debido a la alta incidencia de afecciones ginecológicas, de ahí que en nuestra

muestra un grupo significativo estuvo entre 40 y 49 años. Consideramos que por la prioridad que en nuestro país se le brinda al Programa Materno Infantil muchas de estas pacientes se trasladan a la UCI para prevenir la ocurrencia de complicaciones más que por la gravedad que representa el proceso. Por otra parte aunque se encontró mayor número de mujeres, la mayoría de los autores consideran que el sexo no constituye un factor que repercuta con significación estadística en el pronóstico de los pacientes con peritonitis, sin embargo en la escala de pronóstico de Mannheim se le otorgan 5 puntos cuando los pacientes son del sexo femenino.

Según el diagnóstico etiológico se observó mayor incidencia del absceso tubo-ovárico roto con 24 pacientes (20.1 %), seguido de la colecistitis aguda perforada con 17 pacientes (14.2 %) y la úlcera gastroduodenal perforada, 15 pacientes (12.6 %).

Estos resultados no coinciden con un estudio norteamericano de Repeal (2011), en marzo del 2010 que reveló mayor prevalencia de la sepsis intraabdominal cuando la localización es en el intestino grueso. En un estudio realizado por Coca (2009),del Hospital Militar Central Dr. Carlos J. Finlay, en Marianao, Ciudad de La Habana, la úlcera perforada fue la principal causa de sepsis intraabdominal (31 pacientes; 26,1 %) y ocupó el segundo lugar la apendicitis aguda no así en nuestra serie. En un estudio de Maurant (2009), en el Hospital Dr. Manuel Ascunce Doménech de Camaguey se puedo comprobar que la entidad más frecuente fue la apendicitis aguda con 82 pacientes para un 54.6 %. Nuestra serie exhibió datos totalmente diferentes a los referidos en estos y otros trabajos consultados, lo que se relaciona con la edad y el sexo promedio de los pacientes en nuestro estudio. Tuvimos mayor prevalencia del sexo femenino, de ahí que sean estas las afecciones más prevalentes en este sexo.

En la tabla 1 se muestra la distribución de los pacientes según complicaciones médicas o quirúrgicas reportadas, donde se obtuvo que las complicaciones médicas más frecuentes que se encontraron fueron: los desequilibrios hidroelectrolíticos, con 51 pacientes (42.8 %), la bronconeumonía bacteriana, con 28 pacientes (23.5 %) y la disfunción múltiple de órganos con 20 pacientes (16.8 %). Dentro de las complicaciones quirúrgicas ocupó el primer lugar la infección de la herida quirúrgica con 17 pacientes (14.2 %) seguido del sangrado digestivo con 7 pacientes (5.7 %).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según complicaciones reportadas

	Complicaciones	**No.**	**%**
	Desequilibrio hidroelectrolítico	51	42.8
	Bronconeumonía bacteriana	28	23.5
	Disfunción multiorgánica	20	16.8
	Shock séptico	15	12.6
Médicas	Distres Respiratorio (Moderado / Severo)	13	10.9

	Tromboflebitis	11	9.2
	Embolismo pulmonar	10	8.4
	Insuficiencia renal aguda	9	7.5
	Infarto agudo miocárdico	2	1.6
	Infección del sitio operatorio	17	14.2
Quirúrgicas	Sangrado Digestivo	7	5.8
	Fístulas entero-cutáneas	5	4.2
	Dehiscencia de Suturas	3	2.5

Fuente: Datos tomados de los expedientes clínicos estudiados.

Las complicaciones reportadas en nuestra muestra como se observa en la **tabla 1** no difieren en gran medida de lo reportado por la literatura médica actual. En las investigaciones consultadas se reporta aunque en diferente orden de frecuencia las complicaciones presentes en nuestro estudio, así lo indican los trabajos de los autores Johson y Leviso (2009). Esta entidad tiene una alta mortalidad y aún no se ha logrado reducir significativamente a pesar de todas las acciones llevadas a cabo para este fin por lo que considerando que estos pacientes tienen una prolongada estadía hospitalaria, probabilidad real de reintervenciones quirúrgicas e infección polimicrobiana está expuestos a un sin número de complicaciones.

A decir de Méndez (2019) “La más frecuente de las complicaciones es la infección de la herida, causa de aproximadamente un cuarto de las complicaciones postoperatorias. Tiene por lo tanto una importancia trascendente y su diagnóstico y tratamiento oportuno es objeto de constante análisis” (p.61).

Según los gérmenes aislados se encontró que de las 63 muestras cultivadas (52.9 %) hubo un predominio de los gérmenes Gram negativos, siendo la Escherichia Coli la más frecuente con 15 cultivos positivos (23.8 %) seguido en orden de frecuencia por el Enterobacter spp con 10 cultivos positivos (15.8%). Lo que coincide con Avery, Mathews, Rotsdein, Ahrenhdiz y Simmons (2008), autores canadienses, que reportaron una incidencia mayor en la muestra de líquido peritoneal de la sepsis por gérmenes Gram negativos, lo que evidenciamos al constatar que de las muestras cultivadas la mayor parte correspondió al aislamiento de enterobacterias.

El Bacteriodes Fragilis no se aisló en ninguna muestra no significando que no estuvo presente en una parte importante de los pacientes sobre todo del sexo femenino por la alta prevalencia de pelviperitonitis, la literatura médica habla a favor de su alta

frecuencia en esta afección, aseverando que es casi imposible no aislarlo. Por otra parte la ausencia de medios de cultivos específicos para otros gérmenes, pueden sobreestimar o falsear los resultados mostrados en este trabajo.

Las infecciones intraabdominales pueden ser causadas por organismos anaerobios facultativos y obligados, gérmenes Gram negativos y Gram positivos, lo más prudente sería instituir una terapia antimicrobiana que cubra en su totalidad este espectro. La combinación de un aminoglucósido, un agente antianaerobio (se prefiere el metronidazol a la clindamicina por ser mucho más costosa esta última y relacionarse con colitis pseudomembranosa), y una cefalosporina de tercera generación ha sido considerada por años como la piedra angular en el tratamiento de la infección intraabdominal.

Según pronóstico a partir del score APACHE II. Nuestro estudio reveló que de los pacientes que tenían un buen pronóstico falleció el menor número, solo 5 (15.1%), con pronóstico regular 9 (27.2 %), y con mal pronóstico la mayor parte de los casos, 20 (60.6 %).

Estos datos coinciden con la mayor parte de los estudios encontrados. En cambio no coincidimos con otros autores como Bruan, Koperna y col (2013)que se consideran detractores y argumentan que los escores APACHE II elevados tienen escasa relevancia clínica, puesto que para el momento en que la falla multiorgánica está establecida, la posibilidad de recuperación es baja. En otros estudios llevados a cabo por Gerzof y col (2009) el APACHE II fracasó en predecir tanto el desarrollo de la falla multiorgánica como la mortalidad, debido a la capacidad de los métodos de resucitación de modificar las mediciones fisiológicas.

Al analizar la distribución de los pacientes según enfermedades asociadas, arrojando que de los 89 pacientes con comorbilidades predominó la hipertensión arterial con 28 pacientes (23.2 %) y en segundo lugar la Diabetes Mellitus con 13 pacientes (10.9 %). Nuestro estudio coincide con otros trabajos consultados donde la hipertensión arterial exhibe cifras alarmantes. Varios autores consideran estas enfermedades como factores de riesgo de mala evolución en la infección intraabdominal. También señalan que la Diabetes Mellitus puede favorecer la aparición de infección por enterobacterias productoras de B- lactamasas de espectro extendido (BLEE), por lo que se requiere el uso de antibióticos con actividad contra estos gérmenes y empeora el pronóstico.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio encontramos que la etiología más frecuente fue el absceso tubo-ovárico roto. Las principales complicaciones encontradas fueron los desequilibrios hidroelectrolíticos y la infección del sitio operatorio. El gérmen aislado con más frecuencia fue la Escherichia Coli. La combinación antibiótica más usada fue: Ceftriaxona, Amikacina y Metronidazol. La comorbilidad con mayor incidencia fue la Hipertensión Arterial. A mayor puntuación del score APACHE II la mortalidad ascendió.

REFERENCIAS

Avery, M., Rotsdein, Ahrenhdiz y Simmons (2018). Rapid spread of carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae in New York City. A new threat to our antibiotic armamentarium. *Arch Intern Med;165*:1430-5.

Carolina, N., Navarro, M., Rocchi, M., di Bella H, Gasparotto, AM., Ocaña, AV. (2019). Análisis de 117 episodios de bacteriemia por enterococo: estudio de la epidemiología, microbiología y sensibilidad a los antimicrobianos. *Rev Argent Microbiol. 48*(4):298---302 Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0325754116300426.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

Casado, P.R., Peña, Y., Reyna, M.M., Méndez, H.A., Remón, M., Méndez, O. (2016). Evaluación de la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria y secundaria. *Rev AMC, 20* (1). Recuperado de: http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4005/2275

Coca, JL. (2019). Intraabdominal Sepsis. Chest;118:1344-54.

Gerzof y col (2009). Enterococcus species, Streptococcus bovis, and Leuconostoc species. En: Livingstone EC (Ed.). Mandel, Douglas, and Bennett. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. Philadelphia; p. 2411-21.

Jean, Koperna y col (2017). Abdomen abierto en la sepsis intraabdominal severa: ¿Una indicación beneficiosa? *Rev Chil Cir 61*(3): 294-300. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000300014&lng=es. doi: 10.4067/S0718-40262009000300014.

Johson y Leviso (2009). Patrones de sensiblidad a antimicrobianos en enterobacterias causantes de infecciones intraabdominales en España: resultados del estudio SMART 2003. *Rev Esp Quimioter*;19:51-9.

Maurant, E. (2009). *The influence of inadequate antimicrobial treatment of bloodstream infections on patients outcomes in the ICU setting*. Chest 2009;118:146.

Molano, D., Rojas, JA, Beltrán, CA, Nieto, H., Valencia, AA., Jaller, YE (2019). Implementación de un programa de uso racional de antibióticos en cuidado intensivo: ¿se pueden mejorar los resultados? *Acta Colomb Cuid Intensivo. 18*(2):71---76. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0122726218300168.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

Morales, I.A, Delgado, J., Rodríguez, S., Pastrana, I. (2018) Parámetros clínicos humorales e imaginológicos en la reintervención por sepsis intraabdominal. *Rev Cubana Cir 46*(3): Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000300005&lng=es

Ruiz, J, Badia (2019). Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *Cir Esp. 92*(4):223–231. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0009739X13003485

Santana, L. Sánchez, M., Robaina, PE., García, M. (2019). Estudio comparativo de los pacientes con sepsis abdominal tratados mediante técnica quirúrgica cerrada frente a laparostomías. *Cir Esp. 84(*6):345–346. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0009739X08750528

Sarduy, C. (2011). Serum lactate is associated with mortality in severe sepsis in dependent of organ failure and shock. *Crit Care Med; 37*:1670-777.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES REINTERVENIDOS EN EL HOSPITAL ERNESTO GUEVARA DE LA SERNA

CLINICAL CHARACTERIZATION OF THE PATIENT REINTERVENIDOS IN THE HOSPITAL ERNESTO GUEVARA OF THE SERNA

Lizandra Moreno Rivero liz@ltu.sld.cu o chaca2611@nauta.cu

Jaime Ernesto Julián Rey

Yakelin Pérez Rojas

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo para caracterizar los pacientes reintervenidos con infección intraabdominal, admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, desde enero 2016- enero 2019. La muestra incluyó 119 pacientes. Se empleo la estadística descriptiva y se utilizaron números absolutos y relativos (análisis porcentual). El 63.1 % de los pacientes se internaron por más de 72 horas. El 37.8 % de los pacientes requirieron Ventilación Mecánica Artificial (VMA) por más de 48 horas. En la medida que aumentó la Presión Intraabdominal (PIA) disminuyó la supervivencia. El 72.2 % de los pacientes se egresaron vivos. La reintervención a demanda presentó mayor mortalidad en relación con el resto de las estrategias propuestas. En la medida que aumentó el número de reintervenciones así como el tiempo quirúrgico la sobrevida fue menor.

PALABRAS CLAVES: Infección quirúrgica abdominal, Presión Intraabdominal, Ventilación Mecánica Artificial.

ABSTRACT

He/she was carried out a prospective longitudinal descriptive study to characterize the patient reintervenidos with infection intraabdominal, admitted in the Unit of Intensive Cares (ICU) of the Educational General Hospital "Dr. Ernesto Guevara of the Serna", from January 2016 - January 2019. The sample included 119 patients. You uses the descriptive statistic and absolute and relative numbers were used (percentage analysis). 63.1% of the patients went into for more than 72 hours. 37.8% patients required Ventilation Artificial Mechanics (VMA) for more than 48 hours. In the measure that the Pressure increased Intraabdominal (PIOUS) it diminished the survival. 72.2% of the patients you alive egresaron. The reintervencion to demand presented bigger mortality in connection with the rest of the proposed strategies. In the measure that the reintervenciones number increased as well as the surgical time the sobrevida was smaller.

KEY WORDS: Abdominal surgical infection, Pressure Intraabdominal, Ventilation Artificial Mechanics.

INTRODUCCIÓN

La infección intraabdominal en los pacientes críticos presenta para el intensivista múltiples desafíos. La evaluación clínica del abdomen puede ser dificultosa, limitada por las curaciones y los efectos de los agentes sedantes y bloqueantes neuromusculares.

La presencia de una enfermedad de base compleja, así como las múltiples fuentes posibles de infección, hacen que el diagnóstico de la infección intraabdominal sea particularmente complicado. Las decisiones referentes a la aproximación óptima a la terapéutica deben tomar en consideración no solamente la técnica más efectiva para erradicar la infección, sino también las consecuencias de tal decisión, en relación al cuidado de enfermería, transportes sucesivos fuera de la UTI, y en última instancia, la reconstrucción visceral. A todo lo anterior se debe agregar que la infección abdominal en el paciente crítico es una causa bien conocida de insuficiencia orgánica refractaria, y se asocia con una elevada mortalidad.

Las peritonitis graves y las insuficiencias de órganos que las acompañan se conocen desde el siglo pasado (Scapellato Pablo G, Pessacq Pedro, Corso Alejandra, Pasteran Fernando, Rapoport Melina, Vasen Walter et al, 2019). Hay publicaciones sobre este tema que datan de 1908. En ese entonces Barnard planteó una mortalidad de 42% y casi 100 años después, esta cifra se mantiene con pocas variaciones.

El término peritonitis se considerará como sinónimo de infección intraabdominal, cubriendo un amplio rango de enfermedad desde el simple absceso hasta la peritonitis generalizada.

Es importante tener en cuenta que la infección no controlada dentro del abdomen se correlaciona fuertemente con la falla renal y pulmonar. A la inversa, el desarrollo de disfunción orgánica luego del trauma o de la cirugía mayor puede indicar la presencia de una infección intraabdominal oculta.

La mortalidad por infección intraabdominal disminuyó de alrededor del 90% al 50% con el advenimiento de la cirugía. La introducción inicial de la terapéutica antibiótica en el año 1929 tuvo un impacto solamente modesto en cuanto a la reducción de la mortalidad asociada con la peritonitis. La introducción de las unidades de terapia intensiva, con su capacidad de realizar soporte hemodinámico, respiratorio y renal; la introducción de antibióticos más potentes; y el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas y radiológicas, han reducido la mortalidad al 30%, un nivel que si bien es mejor que el de épocas pretéritas, aún es inaceptablemente alto.

Las infecciones producidas después de los procedimientos quirúrgicos son conocidas desde hace siglos. Galeno mencionó el concepto de que el pus en las heridas se hacía infranqueable. La asociación entre las bacterias y las infecciones fue aceptada con lentitud. Los aportes de Semmelweis (1818-1865) fueron notables al demostrar la asociación entre las infecciones bacterianas y la fiebre puerperal. Antes de mediados del siglo XIX, los pacientes quirúrgicos desarrollaban normalmente en el período postoperatorio «la fiebre irritativa», a la cual seguía un drenaje purulento desde las incisiones, infección notable y a menudo la muerte. No fue hasta finales de 1860, después de que Joseph Lister (1827-1912) introdujera los principios de antisepsia, que la morbilidad infecciosa postoperatoria disminuyó substancialmente. El trabajo de Lister cambió radicalmente la cirugía de una actividad asociada con infección y muerte a una disciplina que podría eliminar el sufrimiento y prolongar la vida.

En los últimos años, se ha apreciado una revolución en la cirugía como ciencia. La calidad de los procedimientos quirúrgicos se ha elevado al existir mejor conocimiento de las causas y consecuencias de las infecciones del sitio quirúrgico, el desarrollo de

tecnologías y técnicas quirúrgicas menos invasivas y el desarrollo de prácticas de prevención basadas en las mejores evidencias científicas (Carvajal Estupiñan JF, Naranjo Junoy F, Ospina Diaz JM, 2019).

Sin embargo, a pesar de lo anteriormente expuesto, en los pacientes quirúrgicos surgen complicaciones que requieren una evaluación detallada e intervención temprana, situaciones que deciden sobre la vida de los enfermos; de no ser así, contribuyen negativamente en la morbilidad y mortalidad quirúrgicas.

Tradicionalmente los cirujanos son médicos que confían en hacer un bien a los pacientes, pero aunque posean una consumada habilidad técnica, un meticuloso juicio clínico y un conocimiento enciclopédico de la medicina, hay que tener en cuenta que todas las operaciones son peligrosas y ninguna está exenta de complicaciones. La mayoría de los cirujanos nunca recuerdan a los pacientes que evolucionan bien y no se olvidan de los que se complican; estos recuerdos tienen una especial afinidad, como consecuencia de su tórpida evolución postoperatoria, independientemente de la causa.

Los pacientes con complicaciones infecciosas relacionadas directamente con intervenciones de cirugía abdominal, han aumentado en los últimos años. Existen numerosas razones que justifican este incremento de la morbilidad, entre las que se destacan: la cirugía de control de daño, la duración de los procedimientos quirúrgicos, la elevada edad de la población asistida, la gravedad de las enfermedades de base, así como la utilización de tratamientos que permiten mantener la vida en situación límite.

Las peritonitis postoperatorias graves por dehiscencias de sutura, perforación de vísceras, isquemia intestinal, los abscesos abdominales postquirúrgicos y las peritonitis terciarias, se acompañan de una importante respuesta sistémica (sepsis grave, choque séptico) que se asocia con incremento de la gravedad hacia el fallo progresivo de órganos o sistemas, por lo que contribuyen a una mayor mortalidad.

Desde épocas muy remotas de la cirugía, la aparición de complicaciones infecciosas, ha constituido un problema de difícil solución; que puede ir desde una simple sepsis de la herida quirúrgica superficial hasta una sepsis intraabdominal grave que muchas veces da al traste con la vida del enfermo, cuando la misma no es tratada a tiempo por el cirujano.

Consideraciones terapéuticas

El tratamiento oportuno muchas veces entraña una reintervención, pues a pesar de los progresos de la terapéutica actual para las infecciones aun los cirujanos continúan pensando que es “mejor mirar y ver, que esperar para ver”. La hemorragia transoperatoria y postoperatoria constituyen aun una de las problemáticas para el cirujano, aminorada por el descubrimiento de las ligaduras y de las suturas. En la actualidad el sangrado postoperatorio complica la cirugía con mayor o con menor frecuencia en dependencia de las habilidades del cirujano actuante, el cuidado que este tenga al operar, y en gran medida a la complejidad de la intervención. Por lo general se diagnostica con facilidad por la salida de contenido hemático por los drenajes o signos de shock mantenidos no dependientes de los anestésicos. En estos casos la reintervención rápida del caso con la ligadura del vaso sangrante y / o la sutura del órgano lesionado inadvertidamente resuelve la situación sin grandes percances.

Se entiende por reintervención a la operación realizada sobre cualquiera de los órganos de la cavidad abdominal en los primeros treinta días de una operación inicial a causa de la complicación de esta (Regueira, Andresen, Mercado, Lillo, Soto, 2019). La misma debe reservarse para el tratamiento de complicaciones graves y se plantea que en estas lo más difícil no es el acto de reintervenir al paciente, sino el de decidir el momento en el cual este debe de ser reintervenido.

Actualmente los avances en el manejo clínico y quirúrgico de las enfermedades infecciosas resultan alentadores, sin embargo, la sepsis abdominal continúa acompañándose de una alta mortalidad. La incidencia de sepsis severa en los EE.UU es de 3 casos por 1 000 habitantes. Según un análisis europeo la frecuencia de sepsis en las unidades de cuidados intensivos en el 2012 se cuantificó en 37.4 %, con un porcentaje del 22 % para el abdomen como sitio de origen más frecuente.

Una alternativa quirúrgica coadyuvante en el tratamiento para tratar de modificar el curso de la enfermedad, es precisamente el abdomen abierto. En ciertas entidades clínico-patológicas donde se hace necesaria la reexploración de la cavidad abdominal para lavado, revisión o descompresión rápida y permanente, la técnica de abdomen abierto surge como la principal alternativa (Serrano, Llado, Lopez, Bravo, 2019). El cierre temporal del abdomencreando una laparostomía (término que se usaba para designar a la cavidad que se dejaba abierta para granulación"), facilita un secondlook, preserva la fascia y facilita la descompresión. En la actualidad se utiliza frecuentemente como sinónimo de una variedad de técnicas de cierre temporal abdominal (temporary abdominal closure).

El manejo del abdomen abierto presenta varias modificaciones desde que se inició su uso durante la segunda guerra mundial, Ogilvie fue el primero en describir la técnica de "abdomen abierto", que aplicó en heridos de guerra con lesiones abdominales. Entonces, utilizó ropas de algodón esterilizadas y vaselinadas para proteger los órganos intraabdominales; marcando el papel de esta prótesis en la prevención de la retracción de los bordes músculo-aponeuróticos de la herida.

La necesidad de una reintervención abdominal de urgencia durante la convalecencia de un paciente laparotomizado representa un dilema para el cirujano y una situación de vital importancia para el paciente. La mortalidad por reintervención abdominal varía de 13 a 100 % dependiendo del grupo de pacientes que se esté estudiando. Así, tenemos que enfermos sin sepsis sistémica al momento de la reintervención tienen una mortalidad de 13 %, pacientes con absceso y falla orgánica múltiple de 50 % y sujetos con peritonitis difusa y falla orgánica múltiple de 100 % (Puyana, 2019).

Una reintervención puede ser la única esperanza y la cirugía agresiva puede traer consigo una sobrevida de hasta 52 %. Aun cuando existe la posibilidad de no encontrar alguna causa intraabdominal meritoria de tratamiento quirúrgico, es másdesalentador el hallazgo en autopsia de patología que requería tratamiento quirúrgico que no fue realizado. Existen dos grandes abordajes para el paciente sometido a reintervención. Ésta puede ser programada, lo cual generalmente se decide desde el momento de la primera laparotomía, con base en el juicio del cirujano; o la realización de una reintervención a demanda, de acuerdo con la evolución del paciente posterior a la primera cirugía, con base también en el juicio clínico del cirujano y el equipo médico de

apoyo, por ejemplo, el médico intensivista. Es importante resaltar que 2 % de todos los pacientes laparotomizados desarrolla sepsis intraabdominal postoperatoria, 29 % de los pacientes que tienen este diagnóstico en la cirugía inicial persisten con ella,(21)y el reconocimiento temprano con tratamiento oportuno de las complicaciones postoperatorias es crucial en la evolución de los enfermos. La falla en el diagnóstico o control de un foco séptico abdominal puede desencadenar falla orgánica múltiple, y está documentado que se incide más en la disminución de la mortalidad cuando se previene la instalación de ésta que cuando se trata una vez manifestada.

Otros factores relacionados con aumento de la mortalidad son edad mayor a 50 años, peritonitis en el procedimiento inicial, sepsis sistémica, desnutrición y cirrosis (Biondo, 2019).

No se ha establecido completamente que esté relacionada la reintervención en una o más ocasiones, el diagnóstico de la segunda intervención, la diabetes, el cáncer y el tiempo que tardó en desarrollarse la falla orgánica múltiple.

En los últimos años, se ha apreciado una revolución en la cirugía como ciencia. La calidad de los procedimientos quirúrgicos se ha elevado al existir mejor conocimiento de las causas y consecuencias de las infecciones del sitio quirúrgico, pero esto no ha exonerado la incidencia de las reintervenciones quirúrgicas en los pacientes graves y las complicaciones que esto implica como son las dehiscencia de suturas, peritonitis y fístulas

Al final, a pesar de los grandes avances de las técnicas diagnósticas, la necesidad de reintervenir a un paciente grave depende del juicio clínico del cirujano.

Resultados de la casuística revisada.

Durante el período objeto de estudio (enero 2016- enero 2019) se admitieron en la Unidad de Cuidados Intensivos polivalente del Hospital General docente Ernesto Guevara de la Serna, 119 pacientes con el diagnóstico de infección intrabdominal confirmada, que se intervinieron quirúrgicamente.

Al caracterizar los pacientes según el tiempo de Ventilación Mecánica Artificialse aprecio que de los 58 pacientes que requirieron esta técnica de sustitución de órganos, 45 pacientes (37.8 %) estuvieron por más de 48 horas falleciendo 21 pacientes (46.5 %), solo 13 pacientes (10.9 %) se ventilaron en un período de tiempo menor a 48 horas, falleciendo 3 pacientes (23.1%). Los resultados obtenidos en nuestra serie se corresponden con otros estudios internacionales, así lo expresa **Onderdonk, Barlett, Louie, Sullivan, y Gorbach (1976)**, de la universidad de Minnesotta en un estudio de caso control, lo que guardó relación con las fatales complicaciones observadas en los pacientes con esta entidad, que requieren necesariamente de esta técnica de sustitución de órganos y más aún, que su aplicación se prolongue más allá de las 48h. Por otra parte la ventilación mecánica podría ser uno de los factores que afectan el pronóstico de los pacientes con sepsis intrabdominal al favorecer complicaciones a nivel de los sistemas respiratorios, cardiovascular y renal entre otros pero, los resultados también pueden interpretarse, que son los pacientes de este grupo, por presentan una insuficiencia respiratoria aguda desde las etapas precoces, los que se encuentran más gravemente enfermos y por tanto con mayor riesgo de morir dado que la ventilación mecánica produce altas presiones intratorácicas, y un incremento de la presión venosa gástrica,

disminuye el flujo sanguíneo gástrico. Si esto se combina con la reducción de la presión arterial que podemos ver durante la ventilación mecánica, puede resultar en isquemia de la mucosa gastrointestinal y llevar a ulceración y sangrado.

Al observar la distribución de los pacientes según el valor de Presión Intraabdominal (PIA) obtenido como se ilustra en la tabla 1, la mayor parte de los pacientes presentaron PIA entre 10 – 15 cm/ H2O, falleciendo solo dos lo que contrasta con el grupo que presentó PIA superior a 36 cm/ H2O donde todos fallecieron.

Tabla 1. Distribución de pacientes según valor de PIA obtenido.

Presión Intrabdominal	***Fallecidos***		***Vivos***	
	No	***%***	***No***	***%***
10 - 15 cm/H_2O	2	6.1	59	68.6
16 - 25 cm/ H_2O	6	18.1	25	29.1
26 - 35 cm/ H_2O	15	45.4	2	2.3
> 36 cm/ H_2O	10	30.3	0	0
Total	***33***	***100***	***86***	***100***

Estos resultados son coincidentes con la literatura consultada que plantea que en la medida que la PIA aumenta lo hacen también los efectos deletéreos que ella condiciona en la hemodinamia y el resto de los sistemas. Coincidimos plenamente con los resultados obtenidos por el Dr. Ernesto Medrano Montero (73), del hospital General Docente “Vladimir Ilich Lenin, de Holguín” donde se propone la reintervención como única alternativa para reducir la hipertensión intraabdominal, de no actuar y mantenernos expectantes serían fatales las consecuencias y estamos condenando inexorablemente al paciente a morir llama poderosamente la atención el hecho de no reportarse en nuestra serie el síndrome compartimental abdominal dentro de las complicaciones observadas, quizás se justificaría por la ausencia del resto de los criterios para hacer este diagnóstico o errores en la medición de la PIA. En cuanto a la estrategia de reintervención seleccionada, nuestro estudio coincidió con Caraballo, Ascuntar, Hincapié, Restrepo, Bernal y Jaimes, (2019), que nos presentan en sus estudios como alternativa más prometedora la reintervención programada ya que tiene la ventaja del pronto reconocimiento de las complicaciones y poder actuar acorde con este concepto. Rodríguez, Saúl Pablo, Domínguez, Esteban, (2019), consideran este método superior no solo por sus beneficios en la disminución de las complicaciones, de la mortalidad y de la estadía hospitalaria, sino también el ahorro considerable de

recursos que el mismo presupone. En un estudio Inglés, encabezado por Jean y Koperna y col (2013), se compara resultados entre estos dos métodos de tratamiento siendo mayor la mortalidad en el grupo tratado a demanda (59% vs. 29%). Por su parte en la reintervención a demanda se critica el inconveniente de que las complicaciones son tratadas después de haberse producido. Valdivia, Morera (2019), incluyó 51 pacientes con el 98% de relaparotomías, se concluyó que el método a demanda tuvo la mayor mortalidad (58%). Otros trabajos no ven diferencias en cuanto a los métodos de reintervención. Aun día continua la controversia de cual estrategia muestra la mayor superioridad.

Al relacionar el número de reitervenciones fue unánime la coincidencia de nuestros resultados con toda la literatura consultada. Al paciente complicado se le realizarán reintervenciones tantas veces como sea necesario, pero a medida que aumenta su número asciende la mortalidad, resultados éstos que se corroboran en el trabajo realizado por Harol y col (2013) y con el cual estamos de acuerdo y evidenciamos resultados que confirman esto. Por otra parte, Gómez, Sánchez, Pérez, Díaz, Rodríguez, (2019), plantea que después de 6 reintervenciones la mortalidad asciende por encima del 90 %.

En cuanto al tiempo quirúrgico no existieron contradicciones con la bibliografía consultada de que a mayor permanencia en el quirófano mayor letalidad. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Rosner, Tomezzoli, Juárez, y Fiorini (2013), quienes de una muestra de 83 casos, 46 permanecieron por más de 4 horas en el quirófano falleciendo 38, cifra alarmante que revela la relación directa entre el tiempo de injuria quirúrgica y anestésica con la aparición de complicaciones graves y por ende mayor mortalidad. Nuestro estudio se corresponde con estas estadísticas.

Según el estado al egreso se reportaron 86 pacientes vivos (72.2 %) y 33 fallecidos (27.8 %), lo que se corresponde con estadísticas nacionales y extranjeras. En nuestro país la media nacional de mortalidad está por debajo del 40 %. Estudios extranjeros exhiben rangos entre 15-38 % y otros entre 30 – 45 %. Por lo que nos ajustamos a estas estadísticas.

De acuerdo a la distribución de los pacientes según estadía hospitalaria en UCI se reporto que el mayor número de casos estuvo internado por más de 72 horas, 75 pacientes (63.1 %). Este dato concuerda con la mayoría de los trabajos realizados por autores como Johson, Sawyer y Rosenlof (2009), pues los pacientes con sepsis intraabdominal grave suelen ser hospitalizados por largos períodos de tiempo, rara vez dejan la UCI antes de la primera semana de admisión. Se trató de pacientes que en su mayoría presentaron comorbilidades asociadas, lo que aumentó la predisposición de presentar complicaciones de forma precoz que ensombreció por ende el pronóstico y la estadía hospitalaria, por lo que un gran número de pacientes permanecieron internados en la UCI por largos períodos de tiempo.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio encontramos el mayor número de pacientes requirió VMA por más de 48 horas. En la medida que aumentó la Presión Intraabdominal disminuyó la supervivencia. El mayor número de pacientes permaneció internado por más de 72h. La reintervención a demanda presentó mayor mortalidad en relación con el resto de las

estrategias propuestas. En la medida que aumentó el número de reintervenciones así como el tiempo quirúrgico la sobrevida fue menor. Los pacientes en su mayoría se egresaron vivos.

REFERENCIAS

Biondo S (2019). Cirugía de control de daños en urgencias abdominales no traumáticas. *Cir Esp. 90*(6):345–34. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0009739X12000395

Caraballo, C., Ascuntar, J., Hincapié, C., Restrepo, C., Bernal, E., Jaimes, F. (2019). Asociación entre el sitio de infección y la mortalidad hospitalaria en pacientes con sepsis atendidos en urgencias de hospitales de tercer nivel en Medellín, Colombia. *Rev. bras. ter. intensiva 31*(1): 47-56. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2019000100047&lng=en. http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20190011.

Carvajal, JF, Naranjo, F., Ospina, JM (2019). Caracterización de pacientes diagnosticados con sepsis en una unidad de cuidados intensivos de Bucaramanga: estudio descriptivo. Recuperado de: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-834270

Rodríguez, V., Saúl, Domínguez,. C. Esteban, M. (2019). Infecciones intraabdominales: Puesta al día y recomendaciones de la sociedad Argentina de infectología. *Medicina* 78(6): 417-426. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802018000800006&lng=es.

Gómez, B., Sánchez, JP., Pérez, CF., Díaz, EJ, Rodríguez, FL. (2019). Choque séptico. Lo que sabíamos y lo que debemos saber. *Med. interna Méx. 33*(3): 381-391. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000300381&lng=es.

Harol Goné, A., Sánchez, P. (2013). Abdomen abierto. Evolución en su manejo. (Spanish). *Cirugia y Cirujanos 76*(2): 177-186. MedicLatina.

Jean y col (2013). Abdomen abierto en la sepsis intraabdominal severa: ¿Una indicación beneficiosa?. *Rev Chil Cir* 61(3): 294-300. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000300014&lng=es. doi: 10.4067/S0718-40262009000300014.

Johson, B., Sawyer y Rosenlof (2009). Pautas de tratamientoi antibiótico empírico de la infecciones intraabdominales. *Rev Esp Quimioter; 18*: 179-86.

Onderdonk, A., Barlett, J., Louie, T., Sullivan, N., Gorbach, S (1976). Microbial synergy in experimental intra-abdomninal abscess. *Infec Immun;13*:22-6.

Puyana, JC (2019). Las unidades de cirugía de urgencia: ¡un cambio imperativo con beneficios para todos!. *Cir Esp. 97*(1):1–2. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0009739X18303373.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

Regueira, T., Andresen, Max., Mercado, LF., Soto, D. (2019). Determinantes precoces en el desarrollo de injuria renal aguda durante la sepsis abdominal experimental. *Rev. méd. Chile 142*(5): 551-558. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000500001&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000500001.

Rosner, P., Tomezzoli, S., Juárez, MV, Fiorini, S. (2013). Abdomen agudo como manifestación inicial de meningococemia. *Arch. argent. pediatr. 106*(3): 260-263. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752008000300012&lng=es.

Scapellato, PG., Pessacq, P., Corso, A., Pasteran, F., Rapoport, Vasen W. (2019). Etiología aerobia de apendicitis aguda en adultos: Estudio multicéntrico de la sepsis abdominal en Argentina. *Medicina (B. Aires) 77*(2): 121-124. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802017000200009&lng=es.

Serrano, M., Llado, E., Lopez, S., Bravo, A(2019). Hepatectomía derecha y hemicolectomía derecha por necrosis hepática y perforación cólica causadas por *Entamoeba histolytica. Cir. Esp. 97*(7): 412-413 Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0009739X18302963?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0009739X18302963%3Fshowall%3Dtrue&referrer=

Valdivia, L., Morera, M. (2019). Estudio de pacientes ingresados por peritonitis en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. *Rev Habana Ciencias Médicas 17*(1): 91-102. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000100011&lng=es.

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DR. ERNESTO GUEVARA

CHARACTERIZATION OF PATIENTS DIAGNOSED WITH GASTRIC CANCER, GENERAL TEACHING HOSPITAL DR. ERNESTO GUEVARA

Lorenzo Alarcón Pérez lorenzo.alarcon@nauta.cu

Jaime Landell Cruz yimi@ltu.sld.cu

Lorenzo Virgilio Alarcón Pérez alarcon@ltu.sld.cu

RESUMEN

El cáncer gástrico se ha convertido en un importante problema de salud a nivel mundial, al ser la cuarta causa de cáncer en el mundo. Se realizó un trabajo con el objetivo de caracterizar los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico en el Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna” en Las Tunas, en el periodo de enero 2014 a enero de 2017 mediante un estudio observacional descriptivo, retrospectivo. La muestra quedó conformada por 28 pacientes de los cuales el 46,43% se encuentra en el grupo etario de 61 a 70 años. Se aprecia que prima el dolor epigástrico o epigastralgia en 20 casos lo que representa el 66,66% del total de pacientes. El pronóstico del cáncer gástrico depende de su detección en estadios tempranos. La falta de síntomas específicos puede llevar a un retraso en el diagnóstico debido a que aproximadamente el 80% de los pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas.

PALABRAS CLAVES: cáncer gástrico, neoplasia gástrica, cáncer de estómago.

ABSTRACT

Gastric cancer has become a major health problem worldwide, being the fourth leading cause of cancer in the world. A work was carried out with the objective of characterizing the patients diagnosed with gastric cancer in the General Teaching Hospital “Dr. Ernesto Guevara de la Serna” in Las Tunas, in the period from January 2014 to January 2017 through a descriptive, retrospective observational study. The sample consisted of 28 patients, of which 46.43% are in the age group of 61 to 70 years. It is appreciated that the epigastric pain or epigastric pain prevails in 20 cases, which represents 66.66% of the total number of patients. The prognosis of gastric cancer depends on its detection in early stages. The lack of specific symptoms can lead to a delay in diagnosis because approximately 80% of patients are diagnosed in advanced stages.

KEY WORDS: gastric cancer, gastric neoplasia, cancer of stomach.

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico (CG) ha sido por muchos años una de las principales causas de mortalidad por neoplasias en el mundo entero. A pesar de que en países occidentales se ha observado una importante disminución de la incidencia de la enfermedad, aún constituye una causa relevante en cuanto al número de muertes, sobre todo en países subdesarrollados donde el número de nuevos casos diagnosticados no ha disminuido. Para Salas y col (2015) este ha constituido en un importante problema de salud a nivel mundial.

El CG es una neoplasia muy heterogénea y agresiva, tiene origen multifactorial y su desarrollo depende de la interacción de los genes del organismo involucrados en procesos de proliferación, apoptosis, diferenciación y ciclo celular, con el medio ambiente. (Hierro y González, 2016).

Siempre se ha asociado el cáncer gástrico con diversos tipos de factores del ambiente, como ingestión excesiva de alimentos ricos en elementos nocivos como la sal, alimentos ahumados y conservados en vinagre, así como el bajo consumo de alimentos ricos en antioxidantes. También en países desarrollados ha existido una clara relación entre el mayor consumo de alimentos refrigerados y la disminución en la incidencia de este tipo de cáncer. El tabaquismo, otro factor relacionado a otros tipos de cáncer, también se asocia a esta neoplasia (García, 2013).

La infección por helicobacter pylori (H. pylori), se invoca como un factor importante en la génesis del cáncer gástrico, es aún más relevante en los países en vías de desarrollo y con débiles sistemas de salud por malas condiciones de higiene, agua, alimentos contaminados entre otros aspectos perjudiciales; por lo que el Sistema Nacional de Salud apoyado en la Atención Primaria debe trazar estrategias para diagnosticar, eliminar o al menos disminuir la afectación que este agente biológico provoca.

Con el crecimiento de la longevidad poblacional se ha venido produciendo un incremento en la incidencia de uno de los más temibles azotes de la humanidad desde sus orígenes: el cáncer. Los pacientes y las sociedades, en general, a menudo se preguntan: ¿Cuándo habrá una cura para el cáncer? La respuesta es difícil, porque no se trata en sí de una enfermedad, sino de muchos desórdenes que provocan una desregulación profunda del crecimiento celular. Algunos tipos de cáncer son curables, o al menos atenuados a través de vacunas como se lleva a cabo en nuestro país, mientras que otros, presentan aún una mortalidad elevada como es el caso del cáncer gástrico. La única forma para el control del cáncer radica en un mayor conocimiento sobre su patogénesis, debido a los avances logrados en la comprensión de sus bases moleculares.

Según el Anuario Estadístico, en Cuba en 2017 los tumores malignos significaron la segunda causa de muerte, cuya tasa fue de 224 por cada 100 000 habitantes y en ese mismo año murieron 889 personas por cáncer gástrico para una tasa de 7,9 por cada 100 000 habitantes; lo que plantea que estamos ante un problema de salud que urge resolver o al menos atenuar para garantizar una sobrevida cercana a los 5 años (Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud, 2018).

Cabe añadir que en Cuba se viene originando un aumento en su incidencia desde el año 2000, para ocupar entre el séptimo y octavo lugares entre las causas de muerte por tumores malignos, con una tasa de 7,5 por cada 100 000 habitantes en el 2012, lo que representó el 3,75 % de todas las defunciones por cáncer en ese año. (Escalona, 2014)

En la provincia de Las Tunas esta enfermedad tiene un comportamiento similar, por tal motivo se realiza esta investigación con el objetivo de caracterizar los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico en el Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna en el periodo de enero 2014 a enero de 2017.

Estudio del comportamiento del CG en Las Tunas.

Grupo de edades

El cáncer gástrico (CG) o cáncer de estómago se presenta en edades tardías de la vida, aunque puede hacerlo en edades más tempranas. La mayoría de los autores está de acuerdo con nuestra aseveración. En nuestra casuística presentamos 28 pacientes portadores de cáncer gástrico cuyo rango de edad va desde los 41 años hasta los 80 (Tabla 1).

La mayor cantidad de pacientes se encuentran comprendidos en el grupo de edad de 61 a 70 años con 13 de ellos, lo que representa el 46,43%; significando que en las edades de 61 a 80 años hubo 19 pacientes, por lo que el promedio de edad de nuestro estudio fue de 64,07 años. Autores como Escalona (2014) presentan estudios donde predomina el grupo de edad de 60 a 69 años mientras que, en Hierro y col, (2016) son más frecuentes las edades entre 70 y 79 años, dichas series están acorde con nuestros resultados.

Tabla 1: Distribución de pacientes según edad.

GRUPOS DE EDADES	NÚMERO	%
41-50	3	10,71
51-60	6	21,43
61-70	**13**	**46,43**
71-80	6	21,43
TOTAL	28	100

Fuente: Historias clínicas.

La edad es una categoría importante, ya que con el aumento de esta los elementos protectores del organismo disminuyen y además aumenta el tiempo de exposición a los factores de riesgo y en cuanto a la infección por Helicobacter pylori está presente desde la infancia y su frecuencia aumenta con la edad, lo cual es preocupante ya que indica que la población tiene un alto riesgo de padecer de cáncer gástrico, y que mientras más joven se adquiere la infección mayor probabilidad existe.

Sexo

La mayoría de los autores en el mundo científico señalan al sexo masculino como el más afectados por el CG y esto se cumple en nuestro estudio donde el sexo masculino está afectado en el 60,71%, mientras que el sexo femenino ocupa el 39,29%. (Tabla 2).

Tabla 2: Distribución de pacientes según sexo.

SEXO	NÚMERO	%
Masculino	**17**	**60,71**
Femenino	11	39,29
TOTAL	28	100

Fuente: Historias clínicas.

Es de señalar que en el estudio de Medrano-Guzmán et al., (2016, Nov) comparan dos grupos de pacientes portadores de cáncer gástrico ocurriendo que en el menor de 45

años predomina el sexo femenino, mientras que en el grupo mayor de esa edad predomina el sexo masculino.

La mayor frecuencia del sexo masculino está determinada por la mayor exposición de este sexo a los factores de riesgo, como el alcoholismo, tabaquismo, tipo de labor que realizan, entre otros (Nunobe, 2011).

Síntomas y signos.

Para realizar un adecuado diagnóstico del cáncer gástrico son necesarios varios aspectos importantes en el mismo, uno de ellos son los síntomas que aquejan a los pacientes, los cuales se muestran en la Tabla 3 donde se aprecia que prima el dolor epigástrico o epigastralgia en 20 casos lo que representa el 66,66% del total de pacientes incluidos en el estudio. Estos hallazgos coinciden con varios autores revisados como Gómez, Benito y Almonacid (2012), Csendes, Cortés, Guajardo, y Figueroa (2014), Jaime y col, (2014), Sunagawa y col, (2014), Doğanay y col, (2015), Martín y Martínez (2015), Caron, Martins y Bertevello (2016) junto a Laforga y Escandón (2017). Debe significarse que en muchas ocasiones la enfermedad cursa sin síntomas, fundamentalmente en los estadios iniciales lo que hace difícil el diagnóstico y empeora el pronóstico ya sombrío de la enfermedad.

Tabla 3: Relación de síntomas y signos.

SÍNTOMAS	NÚMERO	%
Dolor epigástrico	**20**	**66,66**
Hemorragia digestiva	8	26,67
Tumor epigástrico	2	6,67
TOTAL	**30**	**100**

Fuente: Historias clínicas.

No acudir al médico en los primeros momentos cuando aparecen los síntomas iniciales o no tener el profesional de la salud la perspicacia de pensar en la enfermedad y realizar los complementarios precisos, pudiera ser la causa del diagnóstico tardío de esta enfermedad (Minami y col., 2015).

Factores de riesgo.

Las enfermedades no tienen una causa específica y en ella se involucran diferentes factores, en ocasiones desconocidos o poco conocidos que son los llamados factores de riesgo, que en el cáncer gástrico (CG) se invocan una gran cantidad de ellos. En ocasiones las historias clínicas revisadas no cuentan con todos los elementos necesarios y además en nuestro centro no se realizan de manera rutinaria en los casos que lo ameritan algunos complementarios como el Test de ureasa para determinar la presencia del Helicobacter pylori que es uno de los factores que con más frecuencia se menciona como uno de los principales en la producción del CG.

En la Tabla 4 aparecen los factores de riesgo recogidos en nuestro estudio donde prima la edad mayor de 60 años en 19 pacientes. En la revisión realizada varios autores dan validez a factores de riesgo tales como la presencia de Helicobacter pylori, el índice de masa corporal, historia familiar de cáncer gástrico, tabaquismo, sexo masculino, alcoholismo (Salas y col., 2015), dispepsia, diabetes mellitus, medicación con ASA,

exposición al asbesto (García, 2013), radiación subdiafragmática (Escalona, 2014), nivel socioeconómico, dieta rica en sal, pobre en verduras y frutas, ingestión de nitratos, presencia del virus Epstein-Barr, susceptibilidad genética, hambruna, Síndrome de Li-Fraumeni, poliposis adenomatosa familiar, Síndrome de Peutz-Jeghers, atrofia gástrica, gastritis atrófica, metaplasia intestinal y Esófago de Barrett (Gómez y col., 2015).

No es infrecuente que muchos pacientes no les den la suficiente importancia a los factores de riesgo para contraer el cáncer gástrico y por tanto no se realicen chequeos periódicos, ingieren alimentos considerados como nocivos, son adictos al tabaquismo y alcoholismo y acudan tardíamente al médico; aquí pueden estar las causas del incremento del cáncer gástrico en nuestro país y nuestra provincia.

Tabla 4: Relación de factores de riesgo.

FACTOR	NÚMERO	%
Edad mayor de 60 años	**19**	**33,33**
Sexo masculino	17	29,82
Antecedentes de enfermedades gástricas	10	17,55
Tabaquismo	9	15,79
Alcoholismo	2	3,51
TOTAL	**57**	**100**

Fuente: Historias clínicas.

Los objetivos de oportunidad pueden traducirse en diversos indicadores, tales como el tiempo apropiado entre el inicio de los síntomas y la instauración de la primera medida terapéutica, la concordancia entre el estadiaje clínico inicial preoperatorio y el estadiaje anatomopatológico final, el porcentaje de cirugías con intención curativa y el apego a las pautas estandarizadas de los protocolos terapéuticos, entre otros (Pérez y González, 2015).

Examen físico.

A menudo el examen físico en el cáncer gástrico es negativo, esto hace más difícil el diagnóstico y por supuesto empeora el pronóstico de los pacientes, así ocurrió en nuestro estudio (Tabla 5) donde en 14 pacientes (50%) no hubo hallazgos al examen físico, lo que se contradice con otros autores como Gómez (2012), Doğanay (2015), Martín, (2015), Pérez y González (2015), más Hierro (2016), que encuentran un tumor al examen físico de forma predominante.

Los objetivos de oportunidad pueden traducirse en diversos indicadores, tales como el tiempo apropiado entre el inicio de los síntomas y la instauración de la primera medida terapéutica, la concordancia entre el estadiaje clínico inicial preoperatorio y el estadiaje anatomopatológico final, el porcentaje de cirugías con intención curativa y el apego a las pautas estandarizadas de los protocolos terapéuticos, entre otros.

Tabla 5: Relación de hallazgos al examen físico.

HALLAZGOS	NÚMERO	%
Abdomen negativo	14	50
Dolor	8	28,57
Distensión abdominal	3	10,72

Delgadez extrema	2	7,14
Mucosas hipocoloreadas	1	3,57
TOTAL	28	100

fuente: Historias clínicas.

El tiempo entre el inicio de síntomas y el ingreso al hospital, el tiempo entre el ingreso al hospital y el primer tratamiento, son sumamente importantes.

Panendoscopias

Es muy importante la utilización de la panendoscopia en el diagnóstico del cáncer gástrico y en nuestro estudio según se aprecia en la Tabla 6 el principal hallazgo se relaciona con el adenocarcinoma ulcerado diagnosticado en 11 pacientes lo que representa el 46,83% de dichos hallazgos, lo que concuerda con varios autores revisados como Gómez (2012), Beltrán (2014), Beltrán, Rodríguez, Tapia y Díaz (2014), Lever, (2014), Sunagawa, (2014), Doğanay, (2015), Martín, (2015), Laforga y Escandón (2017) y Martínez (2017).

Tabla 6: Relación hallazgos de las panendoscopias.

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	%
Adenocarcinoma de estómago ulcerado	11	47,83
Gastritis	6	26,09
Esofagitis	3	13,04
Polipoidea	2	8,70
Estenosis pilórica por úlceras malignas	1	4,34
TOTAL	23	100

Fuente: Historias clínicas.

Para llevar a cabo el diagnóstico se requiere de un alto índice de sospecha y recurrir a diferentes procedimientos, como son en primer lugar la endoscopia y además otros medios diagnósticos como el ultrasonido transendoscópico y la tomografía computarizada. En nuestro centro esta posibilidad diagnóstica no se utiliza eficientemente en el diagnóstico de cáncer gástrico, según las necesidades para el Departamento de Cirugía General por lo que deben aprovecharse las relaciones con el Servicio de Gastroenterología para obtener mejores beneficios para los pacientes.

Localización de la lesión.

Según se aprecia en la Tabla 7, la mayor cantidad de lesiones en nuestro trabajo se localizan en el antropíloro con 17 casos para un 60,71%, lo que concuerda con varios autores revisados como Alonso (2013), Beltrán (2014a), Jaime, (2014), Wang (2014), Hierro (2016) junto a Laforga y Escandón, (2017) que sitúan la lesión en el tercio distal.

Tabla 7: Localización de la lesión.

REGIÓN	**NÚMERO**	**%**
Antropíloro	**17**	**60,71**
Cuerpo	6	21,43
Todo el órgano	3	10,72

Fundus	2	7,14
TOTAL	**28**	**100**

Otros autores tales como Gómez (2012), Beltrán (2014), Martín (2015) y Martínez (2017) las sitúan en el resto de las diferentes porciones del estómago, así como en las caras, bordes o curvaturas, pero en menor proporción a las que aparecen en el tercio distal según Alonso (2013), Beltrán (2014b), Jaime (2014), Sunagawa (2014), Caron (2016), Galindo (2016), además de Laforga y Escandón (2017).

Operaciones realizadas.

Sigue siendo la intervención quirúrgica el tratamiento más fiable en todo tipo de enfermedad maligna y no es el CG la excepción, buscando siempre la más adecuada en cada caso en dependencia del estadio del tumor, su extensión hacia órganos vecinos, sin olvidar las características específicas de cada paciente.

Tabla 8: Relación de operaciones realizadas.

TIPO	NÚMERO	%
Gastrectomía subtotal, Billroth II, gastroyeyuno- anastomosis en asa larga antecólica, yeyuno- yeyunoanastomosis, cierre del muñón duodenal y omentectomía.	17	60,71
Laparotomía exploradora	5	17,86
Gastrectomía total con esófago-yeyunostomía en asa, cierre del muñón duodenal y omentectomía.	5	17,86
Yeyunostomía	1	3,57
TOTAL	28	100

Fuente: Historias clínicas.

En la Tabla 8 mostramos las operaciones realizadas en el periodo estudiado siendo la más frecuente la Gastrectomía subtotal, Billroth II, gastroyeyunoanastomosis en asa larga antecólica, yeyuno-yeyunoanastomosis, cierre del muñón duodenal y omentectomía; con 17 pacientes para el 60,71%, mientras que los autores revisados Csendes (2014), Sunagawa (2014) y Wang (2014) se inclinaron por la gastrectomía total, sin explicar otros aspectos; mientras que prefieren la mucosectomía por vía endoscópica Alonso (2013), Beltrán (2014), Galindo (2015), Martín (2015) y Caron (2016) Se enuncian además una gran gama de tipos de operaciones, ya sea por vía laparoscópica, abierta o convertida.

Se prefiere la gastrectomía subtotal distal por ser de más fácil ejecución que la proximal, tiene mejor pronóstico y además deja un remanente gástrico para que el estómago siga realizando su función, aunque esta sea incompleta, de hecho, hay una mayor calidad de vida.

Por otra parte, debe incentivarse en nuestro centro la preparación de los cirujanos especialistas y residentes del servicio en la utilización de las vías de mínimo acceso, y se necesita un mayor apoyo institucional con la asignación de equipos.

CONCLUSIONES

El pronóstico del cáncer gástrico depende de su detección en estadios tempranos. La falta de síntomas específicos puede llevar a un retraso en el diagnóstico debido a que aproximadamente el 80% de los pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas, principalmente por ausencia de programas de detección precoz, por tal motivo se hace necesario la realización de investigaciones que caractericen la enfermedad, para así garantizar el conocimiento básico necesario. En nuestro trabajo primó el rango de edad de 61-70 años y el sexo masculino. El dolor epigástrico fue el síntoma fundamental, la edad mayor de 60 años resultó el factor de riesgo primordial.

REFERENCIAS

Alonso, M. (2013). Imágenes en cáncer gástrico temprano. Serie de casos. *Revista Colombiana de Gastroenterología, 28*(3), 256-261.

Beltrán, A., Haito Y., Díaz, R., Rodas, C., De Balanzo, A., y Villa, O. (2014). Resección mixta laparoscópica y endoscópica de un tumor del estroma gastrointestinal de la unión gastroesofágica. *Revista chilena de cirugía, 66*(6), 586-591.

Beltrán, A., Rodríguez, J., Tapia, R., y Díaz, I. (2014). Tumor del estoma gastrointestinal (GIST) coexistente con cáncer pancreático y hemangioma hepático/gastrointestinal. Stromal tumor (GIST) coexisting with pancreatic cancer and hepatic hemangioma*. Revista Argentina de Res Cir 19*(2), 41-44.

Caron, L., Martins, D., y Bertevello, L. (2016). Preliminary analysis of hybrid laparoscopic procedure for resection of gastric submucosal tumors. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, *43*(2), 129-135. http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912016002010.

Csendes, A., Cortés, S., Guajardo, M., y Figueroa, M. (2014). Sobrevida de pacientes con cáncer gástrico etapas IIIC y IV sometidos a cirugía: parte II de estudio prospectivo 2004-2012. *Revista chilena de cirugía, 66*(5), 451-459.

Doğanay, M., Topçu, O., Kokanalı, K., Güzel, I., Oskovi, A., Akbay, S., y Cavkaytar, S. (2015). Krukenberg carcinoma metastasized from stomach resembling mucinous cystadenocarcinoma of the ovary. *Journal of experimental therapeutics & oncology, 11*(1), 23-26. Recuperado de Academic Search Premier.

Escalona, R. (2014). Caracterización anatomopatológica de pacientes operados por cáncer de estómago*. MEDISAN, 18*(7), 971-977. Recuperado de Academic Search Premier.

Galindo, J., Rodríguez, J., Norero, E., Aguayo, G., Pruyas, M., Nilsen, E. y Calvo, A. (2015). Disección submucosa endoscópica en cáncer gástrico incipiente. *Revista chilena de cirugía, 67*(6), 590-598.

García, C. (2013). Actualización del diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico. *Revista de Medicina Clínica Las Condes, 24*(4): 627-636.

Gómez, M., Benito, F. y Almonacid, C. (2012). Friedrich Krukenberg, el del tumor de Krukenberg: a propósito de una serie de casos. *Revista Colombiana de Gastroenterología, 27*(2), 119-124.

Gómez, M.A., Garzón, D., Otero, W. (2014). Familiares de pacientes con cáncer gástrico tienen alta frecuencia de hipoclorhidria y de lesiones premalignas gástricas. *Revista Colombiana de Gastroenterología, 29*(1), 3-10. Recuperado de MedicLatina.

Gómez, A., Vega, R., Ruiz, O., Concha, A., Betancur, Á., Amaya, .T y Sabbagh, L. (2015). Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico temprano-2015. *Revista Colombiana de Gastroenterología, 30*(1), 34-42.

Hierro, A., de Uime, P., González, L. (2016). Comportamiento clínico, epidemiológico, endoscópico e histológico del cáncer gástrico de tipo epitelial. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 35*(1), 48-64. Recuperado de MedicLatina.

Jaime, M., García, E., Martínez, L., Sánchez, C., Sotelo, L. y Medrano, R. (2014). Utilidad de la tomografía computada multidetector en la estadificación del cáncer gástrico. *Anales de Radiologia, Mexico, 13*(3), 202-217.

Laforga, B., y Escandón, J. (2017). Schwannoma gástrico: descripción de un caso con presencia de células gigantes multinucleadas tipo osteoclásticas. *Revista Española de Patología, 50*(2), 129-133.

Lever, D., Silva, J., Camacho, L., Rebollo, V., Limón, B., Martínez, H., y Cerda, E. (2014). Resección laparoscópica de un tumor del estroma gastrointestinal mayor de 10 cm cerca de la unión esofagogástrica. Reporte de un caso. *Revista de Sanidad Militar, 68*(3), 200-204.

Martín, N. y Martínez, A. (2015). Resección laparoscópica de tumor del estroma gástrico. *Revista Cubana de Cirugía, 54*(2), 157-162.

Martínez, J. (2017). Cáncer gástrico y enfermedad de Crohn. *Revista Electrónica de Autopsia 14*(1), 11-13.

Medrano, R., Valencia, D., Luna, M., García, E., González, D. (2016) Factores pronóstico de sobrevida en adenocarcinoma gástrico avanzado resecable. *Cirugía y Cirujanos, 84*(6): 469-76. Recuperado de MedicLatina.

Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2017. (2018) ISSN: versión electrónica 1561-4433. *Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana*, Recuperado de http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/

Minami, Y., Kawai, M., Fujiya, T., Suzuki, M., Noguchi, T., Yamanami, H. y Nishino, Y. (2015). Family history, body mass index and survival in Japanese patients with stomach cancer: a prospective study. *International journal of cancer, 136*(2), 411-424.

Nunobe, S., Hiki, N., Ohyama, S., Aikou, S., Sano, T y Yamaguchi, T. (2011). Outcome of surgical treatment for patients with locoregional recurrence of gastric cancer. *Langenbeck's archives of surgery, 396*(2), 161-166. Recuperado de MEDLINE.

Pérez, O., González, R. (2015). Tumor del estroma gastrointestinal de localización gástrica. *MEDISAN,19*(2), 256-60. Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000200015&lng=es.

Salas, F., Via, F., Rada, A., Vásquez, I., Alarcón, J., Arenas, J. y Serra, R. (2015). Experiencia asistencial y administrativa del manejo multidisciplinario del cáncer gástrico en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Καρκίνος Carcinos,* 47-55. Recuperado de MedicLatina.

Sunagawa, M., Isogai, M., Harada, T., Kaneoka, Y., Kamei, K., Maeda, A., & Takayama, Y. (2014). A giant Krukenberg tumor from a perforated gastric cancer that was successfully removed after multidisciplinary therapy: report of a case. *Surgery today, 44*(1), 171-174.

Wang, W., Liang, H., Zhang, H., Wang, X., Xue, Q., & Zhang, R. (2014). Prognostic significance of radical surgical treatment for gastric cancer patients with synchronous liver metastases. *Medical Oncology*, *31*(11), 258.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE INFECCIÓN VAGINAL EN ADOLESCENTES

EDUCATIONAL INTERVENTION ON VAGINAL INFECTION IN ADOLESCENTS

Lurdes Leonela Hernández Amado
Yurima Rodríguez Hidalgo
Yanixia Ricardo Jomarrón

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa en las adolescentes del CMF# 18 del Área de Salud de Vázquez, de septiembre de 2018 a febrero de 2019, con el objetivo de elevar su nivel de conocimiento sobre la infección vaginal. La población estuvo constituida por 20 adolescentes, la muestra coincidió con el total de población. Nos auxiliamos de las Historias de Salud Familiar y de la aplicación de una encuesta donde se incluyeron variables de interés determinando la necesidad de aprendizaje. Se elaboró un programa de capacitación sobre el tema. El análisis de los resultados se realizó mediante el método estadístico del porciento para compararlos antes y después de la intervención. Al inicio del estudio, el conocimiento sobre las características de la enfermedad era pobre. El programa de intervención modificó los resultados iniciales demostrando su impacto positivo, logrando incrementar el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre la enfermedad.

PALABRAS CLAVES: infección vaginal, adolescencia, intervención educativa.

ABSTRACT

It carried out a study of intervention in the adolescents in the Family Doctor's Office # 16 of Vázquez Health Area, of September 2018 to February 2019, with the objective to raise your level of knowledge on the vaginal infection. The population was constituted for the 20 adolescents; the sample coincided with the total of population. We auxiliary of the histories of familiar health and of the application of an inquiry in which it is included variable of interest by deciding the need of apprenticeship. Elaborated a program of training on the topic. The analysis of the results was carried out by means of the statistical method of the by the hundreds to compare the before and after the intervention. To the start-up of the study, the knowledge on the characteristics of the illness were poor. The intervention program modified the initial results by demonstrating your positive impact and by achieving increasing the level of knowledge of the adolescents on the illness.

KEY WORDS: vaginal infection, adolescence, educational intervention.

INTRODUCCIÓN

El término médico para una infección vaginal es "vaginitis" o "vulvovaginitis", que no es más que un proceso inflamatorio-infeccioso que afecta a la vulva y/o vagina, acompañado, generalmente, de leucorrea o secreción vaginal. Cada tipo de vaginitis es causado por un tipo diferente de germen u organismo. (González y otros, 2012)

> (…) La vaginitis infecciosa es la enfermedad ginecológica más común encontrada en la atención médica primaria. Está determinada por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo patógeno en la vagina. Es el resultado de un desequilibrio ambiental en

> el ecosistema vaginal o producto de una infección de transmisión sexual (ITS). (Rodríguez, Becerra, Alfonso y Reyes, 2013, p.78).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que en todo el mundo anualmente se presentan más de 340 millones de casos, y que por lo menos 1 millón de los contagios ocurren cada día, en Latinoamérica y el Caribe se destaca entre 35 y 40 millones de casos por año. (Martínez, 2013)

En la actualidad, la infección vaginal es una enfermedad de distribución mundial reportándose millones de casos nuevos en todo el mundo, la misma ha llegado a afectar casi la mitad de la población femenina de todas partes. En investigaciones realizadas en Cuba se ha demostrado que seis de cada cien mujeres padecen de infección vaginal. (Díaz y Castillo, 2012).

En las Américas se estima una cifra de alrededor de 50 millones anualmente, donde Cuba no está exenta del alza de estas infecciones, sobre todo en las adolescentes al existir mayor libertad en las relaciones sexuales, por lo que cada año se reportan cientos de casos infectados. (Milián, Martínez, Moreno, Silot y Blet, 2018).

En la práctica médica las infecciones vaginales constituyen un problema de salud frecuente, con una incidencia mundial del 7 al 20% de las mujeres por año. La vaginitis se encuentra dentro de los diez motivos de consulta más comunes en medicina general y constituyen el 15-20% de consultas en la práctica ginecológica. Aproximadamente el 75% de todas las mujeres tendrán una infección vaginal fúngica al menos una vez en la vida, de las cuales, el 40-50% son recurrentes.(Rojas, Lopera, Rodríguez y Martínez, 2016)

Actualmente es muy notable el inicio de las relaciones sexuales a muy corta edad, incluso entrando apenas a la adolescencia. Niñas que no están preparadas ni física, ni emocionalmente para esta nueva etapa de la vida, sin conocimiento sobre sexo seguro, embarazo o enfermedades de transmisión sexual.

En nuestra localidad se ha experimentado un ascenso de las infecciones vaginales. En el 2017 fueron atendidas en la consulta de ITS 237 pacientes con infección vaginal de las cuales 39 se encontraban entre los 12 y 19 años de edad siendo el mes de octubre el más significativo con 42 pacientes, de ellas 7 adolescentes. En el primer cuatrimestre solo 78 pacientes ya habían sido atendidas. Hasta el mes de abril del 2018 se atendieron 143 pacientes, de ellas 30 adolescentes siendo el mes de enero el de mayor cantidad con 51 pacientes de las cuales 11 fueron adolescentes lo que evidencia el aumento significativo de las infecciones vaginales.

En los servicios de Atención Primaria de Salud, las Infecciones Vaginales en adolescentes, se encuentran entre las tres primeras causas de consulta, tienen una incidencia mucho mayor en aquellas jóvenes con vida sexual activa, aunque también se han encontrado entre adolescentes vírgenes. Las infecciones vulvovaginales representan en Cuba la primera causa de consulta de ginecología infanto-juvenil en la niña y la tercera causa en la adolescencia.

Al revisar la bibliografía para buscar conocimientos y documentación sobre las infecciones vaginales en adolescentes, vemos que es escasa, siendo necesario

incrementar la información sobre este tema que por lo que se aprecia en los reportes estadísticos de estos últimos años va en ascenso.

Teniendo en cuenta lo anterior y la observación del incremento de la incidencia de la Infección Vaginal en las féminas adolescentes pertenecientes a nuestra Área de Salud por el inicio precoz de las relaciones sexuales se diseñó y aplicó una intervención educativa para incrementar el nivel de conocimientos sobre Infección Vaginal en adolescentes pertenecientes al CMF # 18 del Área de Salud de Vázquez, en el período comprendido de septiembre del 2018 a febrero del 2019.

Resultados de la investigación.

La investigación se desarrolló en tres etapas:

Diagnóstico del nivel de conocimiento al inicio de la investigación: En esta primera fase se aplicó el instrumento donde se identificó el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre algunos aspectos importantes relacionados con la Infección Vaginal. La encuesta cuenta con seis preguntas que determinaron el nivel de conocimiento bajo, medio o alto de acuerdo con el nivel de argumentación de cada respuesta dada.

De intervención educativa: Esta etapa comenzó dos semanas después de aplicado el instrumento inicial, se realizaron diferentes actividades educativas distribuidas en seis sesiones de trabajo, con una frecuencia semanal y con una duración de 45 minutos cada una, que totalizaron 4 horas y media de trabajo.

Evaluación del nivel de conocimiento después de la intervención: En la última sesión de trabajo se aplicó nuevamente la encuesta inicial. Para su valoración se consideraron los mismos parámetros evaluativos que en la etapa de diagnóstico con el objetivo de evaluar el estudio antes y después y la efectividad de la intervención educativa.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo de la investigación se partió de la solicitud del consentimiento de participación en el proceso de investigación de todas las adolescentes seleccionadas y de sus padres. Así mismo se les dio a conocer los objetivos de la misma.

Para la selección de las temáticas se tuvo en cuenta las necesidades de aprendizaje de las adolescentes, identificadas con la realización de la encuesta, quedando incluidos seis temas relacionados con esta problemática:

Infección vaginal y su situación actual.

Infección vaginal y gérmenes que la provocan.

Signos y síntomas de la infección vaginal.

Factores de riesgo que predisponen a la infección vaginal.

Consecuencias de la infección vaginal.

Adolescencia como etapa de riesgo para adquirir Infección Vaginal.

Cada uno de los encuentros, tuvo una duración aproximada de 45 minutos, estableciéndose una relación entre la temática abordada, ejemplos y vivencias prácticas referidas por las participantes; guiando la discusión de forma tal que la conclusión de la actividad constituyera el antecedente lógico y la motivación para la temática siguiente y

sin dejar de establecer los nexos existentes entre las nuevas temáticas y las abordadas con anterioridad.

La puesta en práctica de nuestra intervención, contribuyó a la interiorización de los mensajes contenidos en el programa los cuales fueron emitidos teniendo en cuenta los códigos comunicativos establecidos para los receptores de la información.

Análisis y discusión de los resultados

En Cuba, cada día va en aumento la prevalencia de las Infecciones Vaginales. Afectan a mujeres de todas las edades, tanto a las que están activas sexualmente, como a las que no lo están. Inevitablemente hoy las adolescentes se incluyen en este grupo. Su naturaleza asintomática y la escasa cobertura diagnóstica existente, contribuyen a la propagación de la enfermedad, con el consecuente impacto económico y social que supone el tratamiento de sus secuelas; por lo tanto, se hace necesario brindar el conocimiento adecuado para lograr su prevención y control.

En la tabla # 1 se muestra la distribución de adolescentes féminas estudiadas según edades antes y al finalizar la intervención, como podemos observar, el tiempo relativamente corto de la intervención educativa nos posibilitó la no ocurrencia de ninguna deserción por parte de las adolescentes, pudimos concluir nuestro estudio con las mismas 20 pacientes con las que lo iniciamos. De ellas 11 en las edades comprendidas de 16 a 18 años para un 55 % y 9 en edades de 12 a 15 años para un 45 %. Es decir que la distribución de las pacientes fue bastante homogénea en cuanto a edad.

Tabla # 1. Distribución de las adolescentes estudiadas por edad.

Grupos de edades	**No**	**%**
De 12 a 15 años	9	45
De 16 a 18 años	11	55
Total	**20**	**100**

Fuente: Historias de Salud Familiar

Tabla # 2. Distribución de las adolescentes acerca del nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento sobre:	**Calificación**	**Antes**		**Después**	
		No	%	No	%
Definición de Infección Vaginal	Alto	6	30	16	80
	Bajo	14	70	4	20
Tipos de infección	Alto	4	20	15	75

	Medio	6	30	3	15
	Bajo	10	50	2	10
Síntomas de la infección	Alto	9	45	17	85
	Medio	6	30	3	15
	Bajo	5	25	-	-
Factores de riesgo	Alto	3	15	18	90
	Medio	6	30	2	10
	Bajo	11	55	-	-
Consecuencias	Alto	6	30	17	85
	Medio	4	20	3	15
	Bajo	10	50	-	-
Adolescencia como etapa de riesgo para la adquisición de la enfermedad	Alto	6	30	20	100
	Medio	12	60	-	-
	Bajo	2	10	-	-

Fuente: Encuesta

En la tabla # 2 podemos observar que al analizar el comportamiento del nivel de conocimiento de las adolescentes en el transcurso del estudio, en la encuesta inicial solo 6 conocían la definición de la infección vaginal para un 30 %, 4 los tipos de infección para un 20 %, 9 los síntomas de la infección para un 45 %, 3 los factores de riesgo para un 15 %, 6 sus consecuencias lo que representa el 30 % e igual cifra conocía lo que implica la adolescencia como etapa de riesgo para la adquisición de la enfermedad.

Al aplicar la intervención educativa se modifican estos resultados logrando cambios significativos, las adolescentes alcanzan un alto nivel de conocimiento en la definición de la enfermedad, 16 para un 80 %, en los tipos de infección 15 para un 75 %, en los factores de riesgo 18 para un 90 %, en los síntomas de la infección 17 para un 85 %, en las consecuencias igual cifra y el 100 % de las adolescentes aprenden a valorar la etapa en la que se encuentran, etapa de trascendental importancia en la vida del ser humano llena de cambios y transformaciones.

Estos resultados concuerdan con una intervención realizada en la provincia de Guantánamo donde se logra aumentar en un alto porciento el conocimiento de las

gestantes sobre las características de las infecciones vaginales, que antes del estudio era insuficiente. (Milián y otros, 2018).

En un estudio realizado en Santiago de Cuba se evidenció que mantener una conducta sexual riesgosa provoca 21 veces más la ocurrencia de infección por *Chlamydia trachomatis*, en comparación con aquellas féminas que mantienen una adecuada conducta sexual. Algunos autores plantean que las adolescentes y mujeres jóvenes se infectan con mayor frecuencia por este microorganismo, puesto que se encuentran dentro del rango de edad de mayor actividad sexual, asociado a factores socioculturales; también puede estar relacionado con el hecho de que en edades tempranas se establecen patrones de comportamiento sexual de alto riesgo y existe una base biológica, la cual sustenta estos criterios. (Infante, Mendo, Hernández, Cala y Samón, 2012).

CONCLUSIONES

Antes de la Intervención Educativa las adolescentes: tenían escaso conocimiento sobre la Infección Vaginal como concepto y los diferentes gérmenes que la ocasionan. Poseían bajo nivel de información sobre los signos y síntomas de esta enfermedad. Tenían insuficiente conocimiento sobre los factores de riesgo que la provocan y sus consecuencias. Un gran número de ellas no sabía explicar con exactitud por qué la adolescencia constituye una etapa de riesgo para la adquisición de la Infección Vaginal.

Después de realizada la Intervención Educativa las adolescentes: aumentaron su conocimiento sobre la Infección Vaginal, principalmente en el grupo de 16 a 18 años de edad. Elevaron su nivel de conocimiento sobre los diferentes gérmenes que la ocasionan, destacándose nuevamente este grupo. La mayoría demostró haber adquirido la información necesaria sobre el tema. Obtuvieron un alto nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo que provocan la enfermedad. Ampliaron la información sobre sus consecuencias.

El 100 % de las adolescentes alcanzó el conocimiento necesario sobre los riesgos que constituye esta etapa para la adquisición de la enfermedad.

La Estrategia de Intervención tuvo un impacto positivo logrando que la mayoría de las adolescentes conocieran sobre la Infección Vaginal, sus riesgos y consecuencias; esperando con esto disminuir la prevalencia de la enfermedad en esta etapa importante de la vida.

REFERENCIAS

Díaz, M. y Castillo, I. (2012). Alternativas de prevención en las Infecciones de Transmisión Sexual. *Rev Cubana Enfermer 28*(4): 453-454. Recuperado de:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000400001&lng=es

González, Y. Alfonso, Z. Hernández, I. Pedroso, JC. Corrales, Z. y Gómez, Y. (2012). Intervención educativa sobre el condiloma acuminado en mujeres en edad fértil. *Rev Cubana ObstetGinecol 38*(3): 353-365. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300008&lng=es.

Infante, NI. Mendo, N. Hernández, T., Cala, L. y Samón, E. (2012). Factores de riesgo asociados a la infección vaginal por Chlamydia trachomatis. *MEDISAN 16*(2): Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_5_12/san06512.htm.

Martínez, W. (2013). Actualización sobre vaginosis bacteriana. *Rev Cubana ObstetGinecol 39*(4): 427-441. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000400012&lng=es.

Milián, I., Martínez, YM., Moreno, A., Silot, D. y Blet, R. (2018). Intervención educativa para incrementar el nivel de conocimientos sobre infección vaginal en gestantes. *Revista Información Científica 29*;97(4):777–87. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=133491446&lang=es&site=ehost-live

Rodríguez, MD. Becerra, M., Alfonso, PA. y Reyes, W. (2013). Evaluación del conocimiento sobre infección vaginal en gestantes del municipio Ciego de Ávila. *MEDICIEGO 19*(Supl.1) Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/articulos/t-5.html

Rojas, S., Lopera, JS., Rodríguez, IM. y Martínez, IM. (2016). Infecciones vaginales en pacientes gestantes de una clínica de alta complejidad de Medellín-Colombia. *Archivos de Medicina (1657-320X) 16*(1):32–42. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=118545585&lang=es&site=ehost-live

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO DEL ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA CMF 45 EN EL PERIODO 2017-2019

EDUCATIONAL INTERVENTION STRATEGY REMAINS FACTORS IN A HAZARD OF THE ALCOHOLISM IN THE ADOLESCENCE CMF 45 IN THE 2017 – 2019

Madisleydis Pupo Peña madisleydis.pupo@nauta.cu

Senia Santisteban Figueredo

Yusmelkys Leonides Ramírez Gutiérrez yusmelkysrg@gmail.com

RESUMEN

El alcoholismo es de causa multifactorial y se considera una enfermedad cuya prevención es efectiva, por lo que la adolescencia constituye una de las etapas más vulnerables para iniciarse en el consumo de alcohol, es considerada un factor de riesgo, favoreciendo ciertas conductas, ya sea por la reafirmación de la independencia, la virilidad, la libertad en la toma de decisiones, entre otras. La investigación propone modificar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del alcoholismo en la adolescencia en el CMF Virama. Para ello se procede a realizar un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal con el objetivo de elaborar una estrategia de intervención educativa en la Atención Primaria de Salud para contribuir a mejorar los conocimientos sobre alcoholismo en los adolescentes mayores de 11 años. El grupo etario más representado fue el de 15 - 16 años, siendo el sexo de mayor cantidad de pacientes el masculino. Fueron clasificados consumidores sociales 17 pacientes y 13 como pacientes de riesgo. Con la aplicación de la intervención educativa, se ha logrado modificar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo del alcoholismo en la adolescencia y por consiguiente una interacción familiar.

PALABRAS CLAVES: alcoholismo, adicción, adolescencia, estrategia de Intervención educativa, interacción familiar.

ABSTRACT

The alcoholism is for mulitifactorial cause and is considered fingernail disease whose prevention is effective, for which the adolescence constitutes one of the more vulnerable phases for opening in the alcohol consumption, it is a factor for hazard considers, subserving determined behaviors let he be by the reclamation in Independence, manhood, freedom, already on the taking in decitions among another. The inquirí aims to modify the grade in acquuaintances on the factors for a hazard of the alcoholism in the adolescence CMF 45. It stops it is continued when performing a survey to guy observational, descriptive, of crabbed with the goal in developing a strategy in intervention on the APS for contributing when bettering the senior adolescents in 11 years. The group of more representative was he in 15 – 16 years, being the sex in a senior ball of patients the msculine. Consuming socias 17 y patients in hzard were consorted with the enforceent in the educational interventios, the grade of knowledge on the facors is managed to modify a hazard of the alcoholism in the adolescence and for consequent a chummy interaction.

KEYS WORDS: alcoholism, addiction, adolescence, educational intervention strategy, chummy interaction.

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es de causa multifactorial y se considera una enfermedad cuya prevención es efectiva, aunque requiere de mayores esfuerzos. La adicción alcohólica trasciende a todas las esferas de la vida, afecta su calidad y deteriora las funciones del individuo lo cual corrobora la necesidad de intervenciones integrales que involucren a la familia y a la comunidad.

El alcoholismo es un padecimiento que genera una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestándose a través de varios síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo, que va en aumento a medida que se desarrolla tolerancia a esta droga. Se considera como una enfermedad crónica, incurable, progresiva y mortal por la Asociación de Médicos de los EE. UU. (American Medical Association) al igual que otras drogodependencias.

Esta concepción terminológica, entorno a alcoholismo, sirve de base desde el punto de vista médico, a 2 sistemas diagnósticos empleados casi en paralelos; en Europa son más aceptados los de la OMS (Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedade-CIE-10-1982) mientras que en Norteamérica los plasmados en el Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM IV 1994). La CIE-10 define el sistema de dependencia alcohólica como un trastorno, no una enfermedad, mientras que el DSM IV plantea que la dependencia a sustancias psicoactivas, extensivo al alcohol, es un patrón desadaptativo de consumo que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo. Los principales criterios empleados en ambas son: el excesivo consumo de alcohol, la repercusión física y psíquica que produce y los conflictos psicosociales, legales, laborales y familiares que crea.

En Cuba, 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 en nuestro país, que 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. Se calcula que el alcoholismo puede incidir hasta en el 40 % en los ingresos de los servicios de urgencia y que el 2 % de los enfermos que ingresan en los servicios médicos hospitalarios sufren de una enfermedad causada o agravada por el abuso de alcohol.

Entre los elementos que contribuyen a incrementar este comportamiento pueden señalarse: baja percepción de riesgo, necesidad de reafirmación de la personalidad con búsqueda de independencia, la actuación de padres y familiares y la concepción de mayor independencia para la toma de decisiones en general y de salud en particular.

En Las Tunas el alcoholismo también constituye un dilema en estudio, debido a la gran incidencia y prevalencia que esta enfermedad mantiene, reportándose poblaciones donde el 80,6% ingieren el tóxico y el 25,3% son alcohólicos. Datos estadísticos evidencian que en el municipio de Jobabo existen 1553 personas que padecen de alcoholismo, es decir, aproximadamente el 10% de la población mayor de 15 años dispensarizada en el 2017, y particularmente en el CMF Virama existen 32 alcohólicos, lo que representa el 17.02 % de la población del área de salud y a nivel de municipio

representa el 1.72 %. Por lo nos podemos dar cuenta que es una enfermedad que va en aumento, provocando más muertes cada año ya sea por el consumo directo e indirecto del alcohol, por lo que en el CMF 45 hay un incremento de pacientes consumidores de bebidas alcohólicas en la adolescencia en el área.

En el quehacer diario realizado por el personal médico se han identificado dificultades relacionadas con el conocimiento sobre el alcoholismo, sobre todo en los adolescentes, como son el riesgo que implican comenzar a consumir bebida alcohólicas desde edades tempranas, los efectos nocivos del alcohol sobre el organismo, repercusión sobre la familia del consumo excesivo de bebidas alcohólicas y cómo repercute en la vida personal, social y profesional de estos. En el sitio donde se trabajó de la referida comunidad, de todos los adolescentes, la gran mayoría consumen bebidas alcohólicas, por lo que se hace mayor el riesgo de que en un futuro no muy lejano estos se conviertan en alcohólicos, por no tener una adecuada percepción de riesgo en relación a esta entidad.

Efectos agudos y crónicos al consumo de alcohol

En cuanto a los efectos estimulantes o excitantes de las bebidas alcohólicas, si bien se encuentran incluidas entre las drogas depresoras, se debe a que por su influencia sobre el sistema nervioso se produce la depresión de los centros nerviosos superiores y, consecuentemente, la liberación de los centros inferiores gobernados por los superiores.

Efectos del consumo crónico de alcohol

Sistema	**Efectos**
Nervioso	Síndrome de Wernicke -Korsakoff, pérdida de visión periférica y nocturna.
Gastrointestinal	Desnutrición alcohólica, irritación de mucosa, úlceras, sangrados, varices esofágicas, síndrome de malabsorción, hepatitis alcohólica, cirrosis hepática, pancreatitis.
Cardiovascular	Cardiopatía alcohólica, ruptura de pequeños vasos sanguíneos.
Reproductor	Impotencia, menor cuenta espermática en hombres, dismenorrea, disminución del deseo sexual, síndrome alcohólico fetal.

Efectos en el organismo

Debido a su total y rápida absorción, el alcohol ingerido es incorporado al torrente sanguíneo que baña cada célula del organismo. Por esta razón no hay órgano que escape a su acción destructiva.

Acción sobre el estómago

Una vez ingerida la bebida alcohólica la mucosa gástrica absorbe rápidamente gran parte del alcohol ingerido; casi todo es transformado en el hígado y el resto es eliminado con la orina y el aire expirado. Produce una acción cáustica e irritante sobre

la mucosa del estómago que aumenta la producción de mucus y de ácido clorhídrico, perturbando de este modo la función digestiva gasta producir una gastritis crónica. Este aumento de secreción del estómago puede favorecer la aparición de úlceras gástricas y duodenales.

Acción sobre el hígado

La ingestión de bebidas alcohólicas puede ocasionar con el tiempo una grave afección hepática llamada cirrosis, cuya evolución es lenta pero fatal. El apetito está disminuido, el sujeto queda satisfecho con solo beber, no consumiendo la cantidad indispensable de alimentos; de este modo se produce la "Avitaminosis" y otras carencias nutritivas que disminuyen la capacidad antitóxica del hígado, el cual se ve seriamente dañado por el alcohol, llegando a desarrollar la cirrosis hepática de tan grave pronóstico.

Acción sobre el páncreas

El alcohol irrita una mucosa que está situada en el duodeno, en donde desemboca el conducto excretor del páncreas, perturbando así el libre flujo del jugo pancreático. Por este mecanismo asociado a otros factores puede producirse gravísimas afecciones, muchas veces fatales, llamadas pancreatitis aguda o pancreatitis crónica con brotes agudos.

Acción sobre el aparato reproductor

El alcohol lesiona las células germinativas que intervienen en la descendencia, los espermatozoides y los óvulos, siendo causa de infertilidad y pérdida de la potencia sexual en una mínima parte de los casos.

Acción sobre el Sistema Nervioso Central

Es justamente en el sistema nervioso central donde ejerce el alcohol sus acciones más nocivas. El alcohol deprime las funciones cerebrales, comenzando por las más elevadas como la autocrítica y el autocontrol, siguiendo con la ideación y coordinación motriz, para terminar con las más simples o vegetativas como la respiración y la circulación. El consumo de alcohol afecta gradualmente las funciones cerebrales, en primer lugar a las emociones (cambios súbitos de humor), los procesos de pensamiento y el juicio. Si continúa la ingesta de alcohol se altera el control motor, produciendo mala pronunciación al hablar, reacciones más lentas y pérdida del equilibrio. Altera la acción de los neurotransmisores, y modifica su estructura y función.

Esto produce múltiples efectos: disminución de la alerta, retardo de los reflejos, cambios en la visión, pérdida de coordinación muscular, temblores y alucinaciones. Disminuye el autocontrol, afecta a la memoria, la capacidad de concentración y las funciones motoras. La combinación de los anteriores efectos es causa de múltiples accidentes laborales y de circulación, que cuestan la vida cada año a millones de personas en todo el mundo. La mayor parte de sus efectos depende del grado de consumo, centros superiores como: el habla o el juicio se deprimen en primera instancia tiempo después centros inferiores como: la respiración y los reflejos espinales. En dosis mayores tanto los mecanismos inhibitorios como excitatorios se ven disminuidos, pudiendo llegar hasta el estado de coma. En fases avanzadas produce alteraciones mentales serias y daño cerebral irreversible. Periodos de amnesia, con alteración profunda de la memoria y la conciencia de diversa duración (minutos, horas o hasta días).

Efectos y consecuencias del alcoholismo en el adolescente. Influencia familiar.

La mayoría de los adolescentes han consumido alcohol por lo menos una vez en su vida y, quizá, haya tomado de más en alguna ocasión. Esto puede ser normal, pues el que un adolescente tome bebidas alcohólicas son caracteres típicos de su edad, al igual que lo son los conflictos generacionales, la confrontación de ideas y actitudes, y todo lo típico de esa edad. Pero cuando el joven lo hace con frecuencia y sin medida, y su vida se ve afectada en términos de su desempeño y calidad, entonces el muchacho ya es un alcohólico.

Las características de un alcohólico adolescente, además de todas las comunes a todas las personas, son:

Rápida baja en las calificaciones.

Altibajos emocionales.

Separación notoria de las actividades familiares o de sus quehaceres.

Cambio negativo en su higiene y aspecto personal.

Deseo de aislamiento.

Actividad defensiva y una tendencia a responder agresivamente a la menor provocación.

El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento inadaptado. El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de años, los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

Según la OMS “son alcohólicos aquellos que beben en exceso y cuya dependencia ha alcanzado un grado tal, que determina la aparición de visibles perturbaciones interpersonales, físicas y del inadecuado funcionamiento social y económico.”

El alcohol es una droga socialmente aceptada, como ya hemos dicho en otros puntos, y esta droga daría, desde la consideración de los jóvenes, la fuerza y el valor necesarios para los primeros encuentros sexuales tan deseados y tan temidos. Entonces, se arman de un escenario: la discoteca, el monte o en cualquier parque o lugar donde hacer el denominado “botellón”, en el cual beber para así poder, a través de este acto, estar en un estado de embriaguez o borrachera, sentirse grandes y pensar que están haciendo cosas de personas adultas.

Así como el consumo de estas sustancias ha sido un tema de interés, también se pueden identificar algunos esfuerzos por hallar los factores psicosociales que aumentan

o disminuyen, según sea el caso, la probabilidad del consumo de las drogas y de tener las ***consecuencias adversas*** que de dicho consumo se derivan.

Autoestima. Para Gutiérrez y Aneiros (1999) tener una autoestima alta puede aumentar la capacidad de la persona para negarse a consumir drogas. Sin embargo, los resultados de las investigaciones son contradictorios y poco concluyentes, asociando también la presencia de una alta autoestima con el consumo de drogas, precisamente porque las personas se sienten confiadas y asumen comportamientos de riesgo como probarlas.

Comportamientos perturbadores. Los individuos que presentan este tipo de conducta tienen una mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas relacionados con el consumo de drogas, debido a que existe una predisposición en la persona hacia la inconformidad, un alto grado de impulsividad, desafío a las figuras de autoridad y normas y oposición generalizada produciendo malestar entre las personas con quienes interactúa.

Bajo autocontrol. Cuando las personas presentan este déficit tienen una mayor vulnerabilidad hacia el consumo de drogas por su incapacidad para controlar el comportamiento por consecuencias a largo plazo y su tendencia a realizar poco esfuerzo personal y obtener satisfacciones inmediatas y placenteras.

El maltrato. Incluye la violencia física, sexual y psicológica, la negligencia y el abandono (OMS, 2002a). Ha sido ampliamente reconocido como un predictor importante del consumo de drogas y sus consecuencias negativas a largo plazo.

La disfunción familiar. Está caracterizada por patrones negativos de educación y crianza, actitud negativa hacia la familia, sistema familiar en crisis o un escenario disfuncional enmarcado por el abuso de alcohol y otras drogas en el hogar. Se ha asociado a los primeros consumos en los adolescentes.

Insatisfacción con las relaciones interpersonales. Algunos jóvenes atribuyen un alto valor al consumo porque constituye un medio rápido y sencillo de sentirse aceptados por sus iguales.

Las investigaciones realizadas señalan que la ***influencia familiar*** puede un factor de riesgo para iniciar y mantener la conducta de consumo de alcohol en el adolescente.

En estas investigaciones a nivel nacional y latinoamericano se ha demostrado que hay una relación entre la aceptación del consumo de alcohol y la permisividad. De igual manera, se ha encontrado una relación entre la estructura familiar y el consumo de alcohol, siendo mayor en familias monoparentales en las que la responsabilidad de toma de decisiones recae en la figura paterna. Asimismo, se ha encontrado conexión entre la tolerancia de los padres hacia el consumo y su naturalización. Por su parte, Cicua (2008) y Pérez y Scoppetta (2008), reportaron que los adolescentes encuestados en su estudio iniciaron el consumo en sus propias casas. Estas investigaciones evidencian que existe una alta permisividad por parte de los familiares con respecto al consumo de alcohol dado que el adolescente puede percibirlo como un incentivo para iniciar el consumo, ya que sus figuras de autoridad lo están facilitando y aprobando.

En estudios realizados se encontró que los agentes de socialización familia y pares son un factor protector frente al consumo cuando estos son un modelo positivo,

específicamente, se encontró que tener amigos que no consumen alcohol y una adecuada supervisión materna protege al adolescente de tener un consumo elevado.

Por todo lo antes expuesto se realizó un estudio de intervención educativa en el CMF 45 de la comunidad de Virama del municipio Jobabo, con el objetivo de modificar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del alcoholismo en la adolescencia en el período comprendido de octubre 2017 a noviembre del 2019. De tipo observacional, descriptivo, transversal.

La investigación estuvo estructurada en 3 fases:

Diagnóstico

Intervención

Evaluación Final

Etapa de diagnóstico

Para la ejecución del estudio se desarrolló un programa de acción dirigido por el médico de la familia con la colaboración de la enfermera del consultorio, el asesor. Además de líderes formales e informales de la comunidad y familias de los participantes.

En una primera etapa se informó a los encuestados las características del mismo y se solicitó su participación que quedó validada en un documento firmado como constancia.

Este consideró en las interrogantes temáticas tales como:

Concepto de alcoholismo

Efectos nocivos que puede llevar el consumo del alcohol

Creencias y mitos que se le atribuyen al consumo del alcohol

Opciones para emplear en el tiempo libre saludable

Los resultados se clasificaron en las categorías siguientes:

- Conocimientos adecuados: cuando la respuesta sea objetiva, adecuada y correcta en correspondencia con el alcoholismo.
- Conocimientos inadecuados: cuando las respuestas sean incorrectas y no correspondan con el alcoholismo.

Etapa de Intervención

Se impartió un Programa Educativo sobre el tema, diseñado según las necesidades encontradas luego de la aplicación de la encuesta. Para la aplicación del programa educativo se consideró horarios diferentes en un mismo día para los dos grupos de participantes, lo que permitió trabajar en base a la técnica de grupos focales. Cada uno recibió un total de 8 actividades sin exceder de 45 minutos cada una, con frecuencia semanal, se utilizaron diferentes técnicas para alcanzar los objetivos propuestos, entre las que se incluyeron: expectativa motivacional, video debate, dramatización, discusión grupal, demostración y charlas educativas.

Programa educativo que se propone

Planificación de los encuentros con los participantes que se encontraron como grupo de alto riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas.

Alcoholismo

Objetivo General

Incrementar el conocimiento acerca del alcoholismo en la adolescencia.

Objetivos Específicos

Precisar los diferentes tipos de factores de riego del alcoholismo.

Orientar acerca de los principales signos y síntomas del paciente alcohólico.

Brindar información de las principales complicaciones del alcoholismo.

Etapa de evaluación

Se aplicó la misma encuesta luego de impartido el Programa Educativo, la cual se evaluó de la misma forma y permitió determinar la variación en el nivel de conocimientos sobre el tema luego de la intervención y finalmente se planificó un último encuentro para la aclaración de dudas.

Técnica y procedimiento

De recolección de los datos.

Para obtener los datos se llevó a cabo una revisión bibliográfica constante mediante técnicas de revisión documentada del tema, objeto de estudio a través de libros de texto, revistas, boletines, acordes con los objetivos, así como registros estadísticos, Historias Clínicas de Salud Familiar e Individual, y entrevistas a informantes claves, líderes formales e informales. Además se aplicó una encuesta donde se obtuvieron datos personales y conocimiento general sobre alcoholismo al inicio de la intervención, posteriormente se aplicó un cuestionario conocido como CID a 32 pacientes mayores de 11 años. Mediante este cuestionario se identificaran a los pacientes con riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas, se les realizó otra encuesta para determinar el nivel de conocimientos sobre alcoholismo así como sus motivaciones para ingerir bebidas alcohólicas, antes y después de realizar la intervención, al finalizar la misma mediante la aplicación del cuestionario AUDIT se clasificó nuevamente a los pacientes consumidores de alto riesgo. Se obtuvo información relacionada con la dinámica familiar aplicando el Test de Funcionamiento Familiar FF–SIL a todas las familias donde conviven dichos pacientes antes y después de la intervención.

De procesamiento.

Los datos fueron extraídos manualmente respondiendo a las variables de estudio, y cuyos resultados obtenidos se reflejaron en tablas estadísticas utilizando el programa Excel 2007 en una Laptop Hp de manera tal que posteriormente facilite su procesamiento y análisis.

De análisis y discusión:

Luego de agrupar los datos se les aplicó el análisis estadístico y los resultados se representaron en tablas y se compararon con lo expuesto en la literatura al respecto. Lo que nos permitió llegar a conclusiones y dar recomendaciones.

Procedimientos

El formulario se aplicó en un horario flexible y directamente por la autora del trabajo, con ayuda de una enfermera, que permitió realizar las aclaraciones pertinentes, al tener la población a estudiar hábitos de vidas variados, lo que permitió una mayor comprensión.

CONCLUSIONES

El grupo de estudio estuvo compuesto por adolescentes con una edad en su mayoría entre los 15 y 16 años con un predominio del sexo masculino. Entre los principales factores de riesgo para el consumo de alcohol de los adolescentes estudiados se encuentra los grupos de amigos ya que refirieron en el estudio que muchos ingerían bebidas alcohólicas por embullo de estos y el antecedente familiar de alcoholismo. Los adolescentes tienen un conocimiento inadecuado sobre el alcoholismo, sus consecuencias negativas para la salud y el ámbito familiar. Se trazó una estrategia educativa encaminada a mejorar los conocimientos sobre los factores de riesgo en relación al consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes del CMF 45 de la comunidad de Virama, en el municipio Jobabo.

REFERENCIAS

Barnow, S., Schuckit, MA., Lucht, M., John, U., Freyberger, HJ. (2002) The importance of a positive family history of alcoholism, parental rejection and emotional warmth, behavioral problems and peer substance use for alcohol problems in teenagers: a path analysis. *J Stud Alcohol 63*(3):305-15.

Díaz, O., Soler, Bárbara, T, Soler, ML. (1996). Aspectos epidemiológicos del alcoholismo San Cristóbal. 2004. *Rev. Cubana de Med Gen Integr; 12* (4): 342 – 348.

Escalona, G. (2000). *Alcoholismo en la comunidad*. Programa de intervención. Trabajo para optar por el Título de Especialidad de Primer Grado en MGI.

González, R. (1995). Cómo librarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, tabaco y el alcohol. *Rev Cubana Med Gen Integr 11*(3):269-70.

Guibert, W., Cobas, FS., Reyes, R., Govin, R. (2006). Comportamiento ante la ingestión de bebidas alcohólicas. *Rev Cubana Med Gen Integr; 15* (2): 109 – 4.

Hall, N. (2001). *Estrategia de Intervención Comunitaria en la atención al paciente alcohólico en el área urbana de la Policlínica "Guillermo Tejas*". Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Universidad de Ciencias Médicas Las Tunas.

Leonard, KE., Das, R. (2018). Cognitive functioning among infants of alcoholic fathers. *Drug Alcohol Depend 67*(2):139-47.

Preuss, UW., Schuckit, MA., Smith, TL., Danko, GR., Dasher, AC., Hesselbrock, MN (2016). A comparison of alcohol-induced and independent depression in alcoholics with histories of suicide attempts. *J Stud Alcohol 63*(4):498-502.

Sandoval, J., Lanigan, ME., Gutiérrez, L. (2004). Conocimientos y actitudes de la población acerca de alcohol y el alcoholismo. *Rev Cubana Med Gen Integr 16*(1): 13 – 7; 2004.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA AL RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CMF 12 – JOBABO

EDUCATIONAL INTERVENTION TO THE PRECONCEPCIONAL RISK IN WOMAN IN CHILDBEARING AGE. CMF 12 – JOBABO

Maily Milagro Gil Ayala mailygil93@nauta.com.cu

Roselia Núñez Ramos

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa en el CMF 12 del municipio Jobabo, con el objetivo de disminuir la tasa de morbimortalidad infantil y perinatal modificando los conocimientos sobre riesgo preconcepcional. El universo estuvo constituido por 136 femeninas dispensarizadas en el área, la muestra se seleccionó de forma aleatoria simple con 72 féminas con riesgo reproductivo real .Se observó que dentro del grupo al que se le aplicó la intervención predomino el de 10-18 años las que presentaban bajo conocimiento sobre el tema. Se aplicó un cuestionario después con las variables, edad, estado civil, nivel de escolaridad, conducta sexual, inicio de las relaciones sexuales, conocimientos sobre método anticonceptivo. Se logró un incremento en los conocimientos sobre riesgos evaluados, lo que demostró la efectividad de la intervención. Los resultados se obtuvieron en la identificación de riesgos y las medidas para esperar el momento oportuno en la planificación del embarazo

PALABRAS CLAVES: riesgo preconcepcional, adolescentes, mujeres en edad fértil.

ABSTRACT

It carried out a study of educational intervention in the CMF 12 of the Jobabo municipality with the objective to decrease the rate of infantile and perinatal morbidity and mortality be modifying the knowledges on preconceptional risk in women in childbearing age. The universe was constituted for 136 dispenzarisadases feminases in the area the represented sample was selected in a ramdon way simple with a total of 72 feminases topic. Applied a questionnaire after the educational program with the variable level legal status age. conduct schooling sexual – up of the sexual relation sources and knowledge on contraceptive methods. After applied the intervention achieved a significant increment in the knowledges on risk and evaluated aspects which demonstrate the effectiveness of the intervention. The better results are obtained in equal identification of these risks and the measures to take to hope the opportune moment in the planification of the pregnancy.

KEY WORDS: preconceptional risk, adolescent, women in childbearing age

INTRODUCCIÓN

El riesgo reproductivo en mujeres comprende factores de variada naturaleza que implican un peligro potencial para la descendencia.

> (…) El riesgo preconcepcional es aquel que afecta a mujeres en edad fértil que planean tener un embarazo. El cuidado preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención de las mujeres en edad reproductiva. Se define como un conjunto de intervenciones que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgos cuando sea posible. Las condiciones biológicas y sociales, así como ciertos hábitos y

> enfermedades influyen en el crecimiento y desarrollo fetal, ciertos factores maternos hacen que el embarazo sea de alto riesgo para el feto. (Leyva y Sosa, 2011, p.323).

Varios autores señalan la relación de niños con evolución desfavorable del crecimiento con riesgos biomédicos (peso al nacer y orden de nacimiento, edad y paridad de la madre, enfermedades de la madre y del recién nacido) y de incompetencia familiar (ocupación de los padres, instrucción de la madre, calidad y condiciones sanitarias de la vivienda y grado de uso de los servicios de salud). Así a consideración de Varona, y Hechavarría (2011) muchos de los factores de riesgo materno no sólo influyen en la morbilidad y la mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, sino que pueden dejar secuelas en el desarrollo ulterior del infante.

Es un objetivo y propósito de la salud materno-infantil el identificar los factores socioeconómicos y biogeográficos que desempeñan una función importante en el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad infantil, con el fin de desarrollar un plan de acción que modifique o disminuya estos factores. (Fernández y Rodríguez (2008).

La situación de salud en América Latina no ha mejorado sustancialmente en los últimos 5 años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de la mujer en especial en edad fértil en quienes se considera existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación. La tasa global de fecundidad es alrededor de 3.5 hijos por mujer al final de los años 90, pero en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo más de 4.8 . (Valls, 2009).

Los problemas de salud materno-infantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, pues se estima que más del 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza. De la población rural 200 millones, el 70% viven en la pobreza y el 30% en la indigencia, sin acceso a los servicios de salud ni a una adecuada orientación para esta problemática, lo cual deriva en que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio

El Sistema Nacional de Salud desde su inicio consta con acciones y programas de planificación familiar que se desarrollan sobre la base de criterios de riesgo materno infantil y como sustento de libre ejercicio, de igualdad y libre soberanía sobre la reproducción. Estos participan como complemento del desarrollo socioeconómico que da origen al estatus demográfico actual, tales como la educación, salud, el empleo y otros. Dentro de los programas que lleva a cabo el médico de la familia constituye uno de los más importantes el de la profilaxis del riesgo materno y perinatal, junto al control de riesgo reproductivo preconcepcional que se utiliza detectando el riesgo de toda la población femenina en edad fértil y consecuentemente aplicando medidas de educación sexual y planificación familiar. (Rodríguez, León, Segura, Atienza, 2011).

La Organización Mundial de la Salud interpreta el concepto de Salud Reproductora como:

> (…) El estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo que favorece o determina la reproducción humana en condiciones saludables, entendido tal el proceso clínico que se inicia antes de la concepción, la concepción misma, el embarazo, el parto, recién nacido, desarrollo del niño, adolescente, jóvenes, adultos, hasta volver a la

> concepción como punto de partida (Quevedo, Vázquez, Zulueta, Fernández, Ruz, 2012, p.329)

Los factores de riesgo más comunes son los biológicos, pero también son muy importantes los psicológicos y los sociales, y deben verse y atenderse no solo en la mujer, sino en el padre, la familia y el entorno. Las acciones propias del sector de salud son decisivas para desarrollar la salud reproductiva y prevenir consecuencias de insalubridad en este aspecto, tales como muertes infantiles, de niños mayores de un año y las maternas. (Quevedo, Vázquez, Zulueta, Fernández, Ruz, 2012).

Así el riesgo preconcepcional, es definido como:

> (…) aquel que afecta a mujeres en edad fértil que planean tener un embarazo, en tanto el riesgo prenatal es el que está presente en las gestantes. La identificación de condiciones potencialmente dañinas presupone la implementación de acciones de salud, interdisciplinarias y multisectoriales, dirigidas a la prevención y control de las enfermedades, lo que incluye el asesoramiento genético para brindar orientación y educación con fines de promoción que permita la toma de decisiones informadas por parte de los individuos, la familia y la comunidad. (Quevedo, Vázquez, Zulueta, Fernández, Ruz, 2012, p.340).

De manera que una adecuada pesquisa, clasificación y manejo de los riesgos genéticos preconcepcional y prenatal conduce a una mejor planificación familiar, a la vez que reduce la aparición de malformaciones congénitas, una de las principales causas de mortalidad infantil en Cuba y en el mundo. Estudios en otros países han reportado que el 40 % de todas las malformaciones letales tenían opciones potenciales de prevención. La identificación del riesgo en el nivel primario es, por tanto, un elemento central en las políticas sanitarias relacionadas con la atención materno-infantil.

En los dos últimos años la Red Provincial de Genética en Las Tunas ha trabajado con especial prioridad en la evaluación de las mujeres en edad fértil para su clasificación preconcepcional y del riesgo prenatal en las embarazadas. Se trata de un programa de particular relevancia en su enfoque preventivo de la salud materno-infantil, pues permitiría modificar, en la medida de lo posible, los riesgos que pueden aparecer en la gestación, incluso antes de que tenga lugar el embarazo. Por tanto, el riesgo de enfermedades u otras condiciones que afecten la vitalidad y la salud del feto y el recién nacido, comienza a ser diagnosticado, seguido y, de ser posible, reducido o eliminado por medio de todos los actores del sistema sanitario y extra sectoriales. (Rodriguez, Heilemann, Fielder, Ang, Navarez y Mangione (2008).

Los últimos registros muestran una correspondencia con los valores alcanzados a nivel nacional. La tasa de mortalidad nacional en el año anterior fue de un 4,6 % y exhibió uno por cada mil nacidos vivos. En el municipio de Jobabo la tasa fue de 3,7%, este resultado estuvo directamente en correspondencia con deficiencias en el control del riesgo reproductivo preconcepcional, tanto por la dispensarización como por la clasificación del mismo principalmente en los consultorios del municipio, lo que motivó a confeccionar una estrategia de intervención para modificar los conocimientos sobre el riesgo reproductivo preconcepcional en el municipio.

En la tabla No 1 podemos observar la distribución de las mujeres en edad fértil donde existe un predominio de las mujeres de 10-14 con un 44.4% seguido de las de 19- 25

años para un 25%.En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc. por lo que nuestro estudio coincide con el realizado por Fabre González E que en su estudio también incidió más estas edades

Tabla1. Distribución de las mujeres según edad

Grupo de edades	No	%
10- 18	32	44.4
19-25	18	16.6
26- 32	12	25
32- 39	6	8.3
40 y +	4	5.5
Total	72	100

Fuente: encuesta

Si dudas aún los resultados no son los esperados, de ahí la necesidad de que el personal de salud desempeñe un primordial papel en la identificación oportuna y prevención de estos factores de riesgos.

Tabla 2. Distribución según el nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	No	%
Primaria	0	0
Secundaria	20	27.7
Pre-universitario	15	20.83
Técnico medio	30	41.6
Universitario	7	9.72
Total	72	100

Fuente: encuesta

En la tabla# 2 se muestra el nivel de escolaridad, donde predominó el técnico medio con 30 para un 41.6 % del total y la secundaria básica con 20 para un 27.7 %, luego le siguió el pre-universitario terminado con 15 para un 20.83 % lo cual evidencia que el menor porciento de pacientes encuestadas eran del grupo universitario.

Tabla 3. Conocimientos sobre los métodos anticonceptivos

Anticoncepción	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	15	20.83	72	100
No adecuado	57	79.16	0	0
Total	72	100	72	100

Fuente: encuesta

En la tabla # 3 se representa el nivel de conocimiento sobre métodos anticoceptivos antes y después de la intervención, se comportó del modo siguiente según un orden lógico: antes de la intervención 15 mujeres tenían conocimiento adecuado sobre los métodos anticoceptivos para un 20.83%, después de la intervención 72 tenían conocimiento adecuado para un 100%, siguiéndolo las que no conocían adecuadamente sobre los métodos anticonceptivos antes de realizar la intervención 57 mujeres para un 79.16%. Después de la intervención vemos cómo se destaca un adecuado conocimiento sobre el tema, por lo que podemos afirmar la importancia de realizar acciones de intervención en mujeres con riesgo reproductivo real, pues después de realizarlas se puede comprobar el incremento del conocimiento referido al tema en cuestión y su influencia en las mujeres que participan.

Tabla 4. Conocimiento general sobre el riesgo reproductivo preconcepcional

Conocimiento sobre el riesgo preconcepcional	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	26	36.11	72	100
No adecuado	46	63.8	0	0
Total	72	100	72	100

Fuente: encuesta

En la tabla # 4 se representa el nivel de conocimiento general sobre el riesgo reproductivo preconcepcional antes y después de la intervención, se comportó del modo siguiente según un orden lógico: antes de la intervención 26 mujeres tenían conocimiento adecuado sobre el tema para un 36.11%, después de la intervención 72 tenían conocimiento adecuado para un 100%, siguiéndolo las que no conocían adecuadamente sobre el riesgo reproductivo antes de realizar la intervención 46

mujeres para un 63%. Pues después de realizadas las intervenciones se puede comprobar el incremento del conocimiento referido al tema en cuestión y su influencia en las mujeres que participan.

CONCLUSIONES

La mayoría de los involucrados en la investigación, entre los 10 a 18 años de edad, tienen poca percepción del riesgo, a pesar de que reconocen que el RRPC tiene muchas complicaciones, no dominan a plenitud los riesgos existentes en su totalidad, reconocen algunos, pero las mismas no tienen en su mayoría cultura y conocimientos al respecto. Se logró un incremento significativo en los conocimientos sobre métodos anticonceptivos, momento adecuado para la concepción del embarazo y RRPC

REFERENCIAS

Duley, L. (2009). The global impact of Preeclampsia and eclampsia. *SeminPerinatol 33*(3): 130-7.

Fernández, H., Crespo, Y., Estrada, I L. Rodríguez, K. (2008). Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional. *AMC 12*(3).

Habli M, O'Brien, T., Nowack, E., Khoury, S., Barton, JR., Sibai, B. (2008). Peripartum cardiomyopathy: prognostic factors for long-term maternal outcome. *Am J Obstet Gynecol 199*(4):415.e1-5.

Leyva, N., Sosa, M., Guerra, D., Mojena, D., Gómez, N. (2011). Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. *MEDISAN 15*(3): 323-329.

Mainegra, M., Pérez, N., Cruz, TM., Betancourt, CO (2011) Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus. *Gaceta Médica Espirituana 13*(2).

Mariño, E., Ávalos, M., Baró, V. (2011) Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico "Aleida Fernández Chardiet". *Rev Cubana Med Gen Integr 27*(4): 446-454.

Márquez, JJ., García, V., Ardila, R. (2012) Ejercicio y prevención de obesidad y diabetes mellitus gestacional. *Rev. chil. obstet. ginecol. 77*(5): 401-406.

Pupo, H., Almarales, G., Tamayo, D. (2008) Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada. Manatuto. Timor – Leste. *Correo Científico Médico de Holguín 12*(4).

Quevedo, G., Vázquez, M., Zulueta, M., Fernández, E., Ruz, J. (2012). Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. *Rev Cubana Med Gen Integr 28*(2): 104-111.

Rodríguez, Y., Hernández, Y., Ojeda, N. (2012). Factores epidemiológicos del embarazo en la adolescencia. *Medicentro Electrón 16*(4).

Rodriguez M, Heilemann M, Fielder E, Ang A, Navarez F, Mangione C. Intimate partner violence, depression and PTSD among pregnant women. Ann Fam Med. 2008; 6:1.

Rodríguez, G., León, I., Segura, A., Atienza, A. (2011) Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. *RevCubMed Mil 40*(3-4): 218-226.

Sanchez, S., Qiu, C., Perales, M., Lam, N., Garcia, P., Williams, M. (2008). Intimate partner violence and Preeclampsia among Peruvian women. *Eur J ObstetGynecolReprod Biol. 137*(1): 50-5.

Torres, Y., Lardoeyt, R., Lardoeyt, M. (2009). Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión gestacional y crónica en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr 25*(2).

Valls, M., Safora, O., Rodríguez, A., López, J. (2009) Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. *Rev Cubana ObstetGinecol 35*(1).

Varona, F., Hechavarría, N., Orive, Rodríguez, N. (2010) Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. *Rev Cubana ObstetGinecol 36*(4): 565-572.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ANAFILAXIA APLICADA A MÉDICOS DE MANATÍ, 2018

EDUCATIONAL INTERVENTION ON ANAPHYLAXIS APPLIED TO MANATEE PHYSICIANS, 2018

Maria Antonia Acevedo Vega. lialien2004@ltu.sld.cu

Gretel Medero Pérez

Yasenia Gallar Vázquez

RESUMEN

El diagnóstico y manejo deficientes de la anafilaxia constituye un serio problema que puede tener consecuencias clínicas y económicas adversas. La identificación de las necesidades de aprendizaje sobre esta temática constituye el punto de partida para la búsqueda de una solución pedagógica que capacite y contribuya a la transformación de las deficiencias actuales. La presente investigación se realizó en el policlínico con Hospitalización “Mártires de Manatí” con el objetivo general de: Incrementar los conocimientos que sobre la anafilaxia y su manejo tienen los médicos que laboran en la atención primaria de salud. El universo estuvo constituido por el total de médicos que conforman la plantilla del policlínico y la muestra quedó conformada por 53 médicos residentes y especialistas en MGI del Policlínico. Se aplicó un cuestionario escrito, a todos los residentes y especialistas seleccionados que laboran en el área de salud para identificar sus necesidades de aprendizaje y luego se implementó una intervención educativa para darle solución a las necesidades de aprendizajes diagnosticadas. Se puntualizaron las deficiencias e insuficiencias de los conocimientos y habilidades profesionales sobre la anafilaxia, sobre todo en lo que se refiere a la atención integral de esta enfermedad. Se logró incrementarlos conocimientos en más de un 60%.

PALABRAS CLAVES: necesidades, aprendizaje, intervención educativa, anafilaxia.

ABSTRACT

The poor diagnosis and management of anaphylaxis is a serious problem that can have adverse clinical and economic consequences. The identification of learning needs on this subject is the starting point for the search for a pedagogical solution that trains and contributes to the transformation of current deficiencies. The present investigation was carried out in the polyclinic with Hospitalization "Martyrs of Manatee" with the general objective of: To increase the knowledge about anaphylaxis and its management among doctors working in primary health care. The universe was made up of the total number of doctors that make up the polyclinic staff and the sample was made up of 53 resident doctors and MGI specialists from the Polyclinic. A written questionnaire was applied to all residents and selected specialists working in the health area to identify their learning needs and then an educational intervention was implemented to provide a solution to the learning needs diagnosed. The deficiencies and insufficiencies of the knowledge and professional skills on anaphylaxis were pointed out, especially with regard to the comprehensive care of this disease. It was possible to increase their knowledge by more than 60%.

KEY WORDS: needs, learning, educational intervention, anaphylaxis.

INTRODUCCIÓN

La EAACI (Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica) define la anafilaxia como una reacción de hipersensibilidad generalizada o sistémica, grave y que amenaza la vida. Desde el punto de vista clínico, se, se trata de un síndrome complejo, desencadenado por mecanismos inmunitarios (IgE) o no, con aparición de síntomas y signos sugestivos de una liberación generalizada de mediadores de mastocitos y basófilos, tanto en la piel (eritema, prurito generalizado, urticaria, angioedema) como en otros órganos (gastrointestinal, respiratorio o cardiovascular). (Tejedor y col, 2015).

Es una patología poco reconocida y en muchas ocasiones tratada de manera inadecuada. Los estudios publicados en los últimos 5 años revelan una incidencia de 50 a 112 episodios por 100.000 personas por año[4]. Si se analiza por grupos de edad, en los niños de 0 a 4 años es tres veces mayor que en el resto de los grupos, y la mayor incidencia se observa en los dos primeros años de vida. La prevalencia se estima entre el 0,3% y el 5,1%[5]. Se reconoce que existen demasiados datos sobre la incidencia de la anafilaxia en la población general, y los que hay son difícilmente comparables debido a la amplia variabilidad en los criterios de selección y en las poblaciones diana.

En los últimos 10-15 años se ha producido un incremento de cinco a siete veces en la admisión por anafilaxia en los hospitales, aunque la mortalidad ha permanecido estable, más elevada en los grupos de mayor edad, probablemente por la presencia de comorbilidad que aumenta la probabilidad de sufrir complicaciones de la anafilaxia (hipotensión, hipoxia, arritmias). (Panesar, 2015).

Las causas más frecuentes de anafilaxia son alimentos, fármacos y picaduras de himenópteros. Los alimentos que con mayor frecuencia provocan anafilaxia en los adultos son las frutas, frutos secos, marisco y pescado; y en los niños el huevo, leche, frutos secos, pescado y marisco. Los fármacos más a menudo implicados en reacciones anafilácticas son los antiinflamatorios no esteroideos, los antibióticos betalactámicos, otros agentes antiinfecciosos no betalactámicos y los medios de contraste radiológicos.

Debe sospecharse una anafilaxia cuando aparece de manera aguda (en minutos o pocas horas) un síndrome rápidamente progresivo que afecta a la piel o las mucosas, o a ambas, y que se acompaña de compromiso respiratorio o circulatorio. Como la mayoría de las anafilaxias cursan con síntomas cutáneos (>80%), con este criterio serían identificadas al menos un 80% de las anafilaxias. Sin embargo, existen presentaciones menos típicas que no quedarían incluidas, como son las anafilaxias que cursan sin afectación cutánea (hasta un 20%) y las que producen exclusivamente hipotensión.

La gravedad de la anafilaxia se relaciona con la rapidez en la progresión de los síntomas, con el tipo de antígeno y su vía de entrada, y con los órganos afectados. Factores propios del paciente, como la edad avanzada, la presencia de patología respiratoria (especialmente asma) o cardiovascular, el tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o con betabloqueantes, y la mastocitosis de base, se han asociado con reacciones graves y con mayor mortalidad.

Por tanto, en la evaluación inmediata del paciente con anafilaxia es fundamental para seguir los protocolos, que permiten evaluar la situación respiratoria y cardiovascular y el estado de consciencia del paciente. El éxito del tratamiento de una reacción anafiláctica depende de varios factores: la preparación del personal que atiende al paciente, el reconocimiento temprano de la anafilaxia y el tratamiento precoz y enérgico. (Wölbing, Fischer, Köberle, Kaesler y Biedermann (2013) y Nolana y col (2010).

El médico de atención primaria debe saber diagnosticar y tratar un evento anafiláctico, así como propiciar un adecuado manejo y seguimiento de los enfermos en el área. Estos constituyen la puerta de entrada de muchos enfermos, y ocupan un lugar privilegiado en el manejo efectivo de la problemática, pues conocen al paciente, su entorno social, laboral y familiar, lo cual les permite un seguimiento con los recursos disponibles para su tratamiento integral y ejecutar acciones de salud, de forma tal que puedan mitigarse las manifestaciones de esta enfermedad. El Médico de Familia puede darle un seguimiento adecuado e integral, con todos los elementos preventivos y terapéuticos necesarios.

El desarrollo de nuestros profesionales, a partir de la identificación de las necesidades de aprendizaje, es indispensable para garantizar la calidad de los programas de superación profesional en cualquiera de sus variantes. En el sector de la salud, la identificación de necesidades de aprendizaje cobra mayor importancia, en cualquiera de sus niveles de atención, constituyendo esta la búsqueda de nuevas vías de capacitación de sus profesionales, es una de las bases primordiales para la prestación de servicios de salud, que resulten apropiados para enfrentar las necesidades de la población.

Las necesidades de aprendizaje se definen como:

> (…) la desviación real entre el desempeño práctico del individuo y el que el sistema de salud tiene previsto en esa función o puesto de trabajo, siempre que esta diferencia obedezca a falta de conocimientos, preparación o entrenamiento. Las técnicas que se emplean para identificar necesidades de aprendizaje (INA) son muy variadas en dependencia de la oportunidad, la complejidad y el perfil de la investigación, entre estas se encuentran la encuesta, la entrevista, la observación, discusiones de grupo, cuestionarios, entre otras. (de la Vega y col, 2015, p.706).

Para ello se realizó un estudio de carácter exploratorio, y de intervención educativa, para incrementar el nivel de conocimiento que sobre anafilaxia tienen los médicos de la Atención Primaria de Salud pertenecientes al Policlínico con Hospitalización ¨Mártires de Manatí¨, en el período comprendido entre septiembre 2017 - marzo 2019.

En esta investigación se cumplieron los principios éticos básicos del proceso de toda investigación. El estudio se aprobó por el Comité Científico del Policlínico con Hospitalización.

Como resultados se obtuvo que el 69,8% de los encuestados contestó incorrectamente y posterior a la intervención el 92,4% logró incorporar los conocimientos relacionados con este objetivo.

Tabla 1. Evaluación de las respuestas de los médicos en relación con la definición de la anafilaxia. Intervención educativa sobre anafilaxia aplicada a médicos de Manatí, 2018.

Definición	Antes		Después	
	#	%	#	%
Correcto	37	69,8	49	92,4
Incorrecto	16	30,2	4	7,55
Total	53	100	53	100

En Cuba, no existe evidencia suficiente aportada por estudios en el ámbito comunitario sobre el desempeño y la competencia de los médicos de atención primaria en la anafilaxia. Existen múltiples formas de evaluar la competencia clínica del educando.

Actualmente, se considera que existen dos definiciones de anafilaxia: una fisiopatológica y otra clínica (Bózzola, 2015). La primera está relacionada con la propuesta por la recomendación de 1998 y plantea que es el "cuadro clínico caracterizado por aquellas reacciones sistémicas atribuibles a la liberación de mediadores químicos debidas a causas conocidas (inmunológicas y no inmunológicas) o desconocidas (idiopáticas)". (Bózzola, 2015, p.81).

La segunda aclara sobre el tipo de reacción sistémica a la que se hace referencia en la primera:

(…) reacción alérgica generalizada multisistémica rápidamente evolutiva caracterizada por uno o más síntomas o signos de compromiso respiratorio y/o cardiovascular, y que también involucra a otros sistemas como la piel o el aparato gastrointestinal. Contamos con datos mundiales que alarman sobre el desconocimiento. (Panesar y col, 2013, p.1353).

En estudio realizado en el 2016, se constató existía desconocimiento en relación a la bioseguridad en el personal de enfermería de una institución hospitalaria en nuestro país. El desconocimiento abarcaba: las precauciones con las muestras de sangre, la ropa contaminada y objetos punzo cortantes. Aunque sea en una pequeña parte del personal de enfermería, demuestra una debilidad del aprendizaje en los enfermeros de nueva incorporación y deficiencia en la educación permanente y continuada de los servicios en que laboran, ya que el conocimiento sobre estas precauciones son requisitos indispensables para este personal, por estar presentes en sus procederes diarios. A este grupo de enfermeras se les aplicó una intervención educativa y el estudio concluyó que fue efectivo, ya que se incrementó el nivel de conocimiento sobre bioseguridad en el personal de enfermería del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

El 92,4% de los encuestados reconoció incorrectamente las preguntas relacionadas con la fisiopatología. Luego de concluida la investigación se logró incrementar los conocimientos en un 71,65%, es decir, el 79,2% de los encuestados respondió acertadamente los ítems relacionados con los mecanismos de producción de la anafilaxia.

Tabla 2. Evaluación de las respuestas de los médicos en relación con la fisiopatología de la anafilaxia. Intervención educativa sobre anafilaxia aplicada a médicos de Manatí, 2018.

Fisiopatología	Antes		Después	
	#	%	#	%
Correcto	4	7,55	42	79,2
Incorrecto	49	92,4	11	20,8
Total	53	100	53	100

Es importante tratar de identificar la sustancia desencadenante del problema. Entre los más conocidos se encuentran las picaduras de insectos, extractos de polen, comidas (maní, nueces, mariscos, pescado, leche, huevos, trigo, chocolate, etc.), proteínas heterólogas (gamma globulina, insulina, vasopresina), productos de látex y otras sustancias ocupacionales, y por supuesto los fármacos (penicilinas, cefalosporinas, hierro dextrán, anfotericina, procaína y otros anestésicos locales, tiamina, etc). Las personas que sufren anafilaxia pueden presentar alergia a una o a varias sustancias. (Ros, 2008).

El 20% de los casos el agente no es identificado (Anafilaxia Idiopática). Muchos de los factores desencadenantes específicos para el desarrollo de anafilaxia son universales; sin embargo, existen algunas variaciones geográficas importantes. Los alimentos desencadenantes varían de acuerdo con los hábitos alimenticios locales y métodos de preparación. En EEUU y en algunos países de Europa y Asia, la leche, el huevo, cacahuete, nuez, mariscos y pescados son alimentos desencadenantes comunes. En otros países del sur de Europa, las frutas como el melocotón son importantes.

La tabla 3. Evaluación de las respuestas de los médicos en relación con las manifestaciones clínicas de la anafilaxia. Intervención educativa sobre anafilaxia aplicada a médicos de Manatí, 2018.

Manifestaciones clínicas	Antes		Después	
	#	%	#	%
Correcto	10	18,9	41	77,4
Incorrecto	43	81,1	12	22,6
Total	53	100	53	100

En cuanto a las manifestaciones clínicas, se constató que el 81,1% de los encuestados no tenía dominio de las manifestaciones clínicas (tanto síntomas como signos). Posterior a la intervención el 77,4% respondieron adecuadamente las preguntas, incrementándose en un 58,5%.

Entre los factores que afectan el logro de una medicina de excelencia se encuentran es el abandono del método clínico o la vulnerabilidad de éste, la falta de conocimiento, la medicina defensiva y la actitud autoproteccionista, la presión sobre el médico y experiencias de insatisfacciones anteriores del paciente o del familiar, el fenómeno de la inestabilidad natural, la educación médica, la reducción de lo complejo a lo simple, la gestión del conocimiento, el reto de la complejidad y la incertidumbre y la no implantación del círculo de la calidad asesora y ayuda a las administraciones en todos los procesos que se producen en el hospital.

Tabla 4. Evaluación de las respuestas de los médicos en relación con el diagnóstico diferencial de la anafilaxia. Intervención educativa sobre anafilaxia aplicada a médicos de Manatí, 2018.

Diagnóstico diferencial	Antes		Después	
	#	%	#	%
Correcto	12	22,6	28	52,8
Incorrecto	41	77,4	25	47,2
Total	53	100	53	100

Se evidenció que la gran mayoría (77,4%) no tenía conocimientos sobre los elementos a tener en cuenta para realizar el diagnóstico diferencial de la anafilaxia. Aspecto que se abordó en la pregunta 6. Posterior a la intervención solo el 52,8% (28 médicos) adquirieron los conocimientos suficientes para poder identificar y diferenciar la anafilaxia.

En una investigación realizada en la Atención Primaria de Salud (2018), se obtuvieron resultados semejantes, con un bajo nivel de conocimiento en la enfermedad cerebrovascular en todos los aspectos valorados. Para resolver esta problemática es necesario un sistema de evaluación que permita mantener a los médicos prácticos actualizados y con un nivel cognitivo alto.

El 79,2% exhibe total desconocimiento del protocolo de actuación ante un paciente con un tan potencialmente mortal como lo es esta enfermedad. Una vez desarrollada la intervención se alcanzó que el 81,1% de los médicos respondieran de fora acertada.

Tabla 5. Evaluación de las respuestas de los médicos en relación con el tratamiento de la anafilaxia. Intervención educativa sobre anafilaxia aplicada a médicos de Manatí, 2018.

Tratamiento	Antes		Después	
	#	%	#	%
Correcto	11	20,8	43	81,1

Incorrecto	42	79,2	10	18,9
Total	53	100	53	100

Los médicos de emergencias, tanto hospitalarios como prehospitalarios, deben conocer a la perfección el uso de las medidas de rescate del choque anafiláctico. Contamos con datos mundiales que alarman sobre el desconocimiento y el uso incorrecto de las medidas de rescate en la anafilaxia. En Australia[19]en una muestra de pacientes del sistema de salud, demostraron que solamente el 39,3% de los pacientes con choque anafiláctico recibió adrenalina antes o durante la admisión hospitalaria. Otros autores[20]indican que menos del 60% de los pacientes con choque anafiláctico reciben adrenalina como primera medida de tratamiento. En otro estudio realizado en Gran Bretaña, se ha demostrado que, en 142 casos fatales por anafilaxia, solo el 14% de los pacientes recibieron adrenalina antes del paro cardiorrespiratorio.

La realización de diluciones retrasa la aplicación de la medicación y puede conducir a errores en la preparación, sobre todo cuando el procedimiento está en manos de los padres, quienes, en general, carecen del entrenamiento suficiente para esta práctica. Es primordial reconocer rápidamente los síntomas iniciales, ya que la administración temprana de la medicación puede hacer una diferencia importante en el desarrollo ulterior del cuadro.[13] Los tiempos prolongados, sin recibir la medicación adecuada, pueden empeorar el pronóstico, solo la acción temprana del médico de asistencia garantizaría una mejor y más rápida resolución de estos.

Los conocimientos del tratamiento del choque anafiláctico y la difusión de las guías de tratamiento deben estar dirigidos hacia los médicos de emergencias y los pediatras dedicados a la atención ambulatoria, debido a que los primeros son los responsables del rescate terapéutico del paciente y los segundos constituyen la primera línea de decisión en la indicación de la adrenalina autoinyectable. De esta manera, se debe considerar la diseminación de los conocimientos a través de todos los medios disponibles. Las necesidades de aprendizaje identificadas, predominan en el orden del tratamiento, reflejan el desconocimiento y carencia de habilidades de los MGI lo que coincide con nuestro estudio.

Novedades introducidas en estos últimos años obligan a realizar una actualización sobre algunos conceptos básicos de las definiciones y tratamiento del choque anafiláctico. Las principales novedades terapéuticas están relacionadas con el uso de la adrenalina en las situaciones de emergencias y la disponibilidad actual de dispositivos amigables de administración para que el paciente pueda contar con una medicación segura al momento de presentar un choque anafiláctico.

CONCLUSIONES

Se concluye que el nivel de conocimiento antes de la intervención fue malo en la mayoría de los acápites estudiados, después de esta, se obtuvo resultados satisfactorios en casi todos los contenidos. La calificación que mostrómenor nivel de modificación en el conocimiento fue la relacionada con el diagnósticodiferencial aún después de la intervención educativa.

REFERENCIAS

Bózzola, C., y col. (2015). Actualización en las recomendaciones del tratamiento del choque anafiláctico: novedades sobre el uso de adrenalina. *Arch. argent. Pediatr, 113*(1), 81-87. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000100023&lng=pt

Braganza, SC, y col (2006). Paediatric emergency department anaphylaxis: different patterns from adults. *Arch Dis Child, 91*(2),159-163. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2082667/

Brown SGA, et al. (2013). Middleton's Allergy principles and practice. Recuperado en 15 de agosto de 2019, de http://wwv.librobiografia.info/middleton-s-allergy-2-volume-set-8th-ed-web-libros-vvaa.pdf

Brown, SG. (2005). Cardiovascular aspects of anaphylaxis: implications for treatment and diagnosis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol, 5*(4),359-364. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15985820

Cardona V, y col. (2009). Galaxia: Guía de Actuación en AnafiLAXIA. Recuperado de http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/galaxia.pdf

de la Vega, P., Pérez, V., Castillo, I., y Fabré, D. (2015). Necesidades de aprendizaje sobre el asma bronquial de los especialistas de Medicina General Integral. *Educ Med Super, 29(*4), 706-717. Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000400005&lng=es.

Mendieta, MD., Bender del Busto, JE. Y González, I. (2018). Nivel cognitivo adquirido sobre enfermedad cerebrovascular después de intervención educativa en médicos de Mayabeque. *Medimay, 25*(3), 1-7. http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1283

Nolana JP, et al. (2010). Guías para la resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). European Resuscitation Council, p.1–167. Recuperado en 23 de agosto de 2019, de https://www.cercp.org/guias-y-documentos/115-guias-erc-2010/file

Panesar SS, y col. (2013). The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review», *Allergy,68:* 1353–1361. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24117770

Panesar, SS, y col. (2013). The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review. Allergy, 68,1353–1361. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24117770

Quintero, W., Rivera, J., Arteaga, Y., Fernández, JL. y Peláez, L. (2011). Agudizaciones de asma bronquial, relación con niveles de conocimientos y acceso a la asistencia médica. *Rev Ciencias Médicas, 15*(4), 75-88. Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400009&lng=es.

Ros, C. (2008). *Anafilaxia*. Recuperado de *www.alergomurcia.com*

Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. (2016). Alergológica 2014: Factores epidemiológicos, clínicos y socioeconómicos de las enfermedades alérgicas en España. Recuperado de https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-06/alergologica_2015_web-1.pdf

Tejedor, MA., Moro, y Múgica, MV. (2015). Epidemiology of anaphylaxis. *ClinExp Allergy, 45:1*027–1039. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26182682

Tejedor, MA., y col. (2013). Recurrence of anaphylaxis in a Spanish series. *JInvestigAllergolClinImmunol, 23*, 383–391. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24459814

Wood RA, y col (2014). Anaphylaxis in America: the prevalence and characteristics of anaphylaxis in the United States. *J Allergy Clin Immunol, 133*: 461–467. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24144575

INTERVENSIÓN EDUCATIVA SOBRE HABITOS DIETÉTICOS EN EL ADULTO MAYOR HIPERTENSOS DEL CONSULTORIO Nº 31 CAÑADA HONDA

EDUCATIONAL INTERVENTION ON DIETARY HABITS IN HIPERTENSIVE ELDERLY ADULT OF THE OFFICE 31 CAÑADA HONDA

María Caridad Morales Fajardo

Yunet Martínez Hidalgo

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa de hábitos dietéticos en el adulto mayor hipertenso en el consultorio nº 31 con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento de hábitos dietéticos adecuados para el control de la hipertensión arterial en el adulto mayor. Es por ello que en el presente trabajo se muestran los resultados donde predominó el grupo etario de 75 y más años con 17 pacientes para un 34%, el sexo femenino con 64%. Los hábitos dietéticos predominaron fueron la ingestión excesiva de grasas con un 86%, seguido ingesta excesiva de sal con un 70%, 44% de la muestra eran sobrepeso. Solo 18% presentó cifras elevadas de tensión arterial de tensión arterial. Antes de la intervención educativa la mayoría de los pacientes poseían un nivel de conocimiento inadecuado, después de la intervención fue adecuado lográndose un incremento considerable en este aspecto.

PALABRAS CLAVES: hábitos dietéticos, adulto mayor, hipertensión arterial.

ABSTRACT

An educational intervention studyof dietary habits was carried out in the office 31 with the aim of raising the level of knowledge of dietary habits suitable for the control of hypertension in the elderly. That is why in this work the age group of 75 years and over whit 17 patients predominated for 34%, the female sex whit 64%. The dietary habits that predominated were, excessive fat intake whit 86%, sure of excessive salt intake whit 70%, 44% of the sample were overweight and only 18% had high blood pres. Before the educational intervention, most of the patients had an inadequate level of knowledge, after the intervention it was adequate, archiving a considerable increase in this aspect.

KEY WORDS: dietary habits, elderly, hipertension.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento dietético para frenar la hipertensión, fue creado con la intención de hacer frente a la tensión arterial alta, ya que ésta predispone a una disminución de los niveles de la presión arterial sistólica y diastólica sin necesidad de fármacos. Por lo cual, la dieta se debe caracterizar por su alto contenido en frutas, verduras y lácteos y la inclusión de granos enteros, pescado y bajas cantidades de dulces y bebidas azucaradas. Destaca por limitar el consumo de sodio, grasas saturadas, grasas y colesterol, potenciando el consumo de fibra, potasio, magnesio y calcio.

La HTA es una enfermedad de etiología multifactorial, controlable, que disminuye la calidad y expectativa de vida, además una de las enfermedades que afecta más frecuentemente a la población adulta en el mundo.

La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) varía enormemente, a mayor edad más aumenta. Así por ejemplo, en países desarrollados y con una población de mayor edad, más de dos tercios de los adultos mayores padecen de hipertensión arterial (HTA), principal factor de riesgo para enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca.

En investigaciones realizadas se pudo corroborar que el comportamiento de la hipertensión arterial se comportó en la provincia de Las Tunas al cierre del 2012 en un 11,4%, en el municipio en un 10; 7% y en el área en un 12 %.

En el CMF #31 de Cañada Honda aparecen nuevas incidencias cada año, por lo que se hace necesario conocer más sobre hábitos dietéticos que están influyendo de forma directa en la población mayor de 60 años. Por esto se realizó este estudio para lograr modificar hábitos dietéticos en el adulto mayor hipertenso y lograr disminuir las incidencias y complicaciones de esta enfermedad.

Se propone como objetivo: Elevar el nivel de conocimiento de hábitos dietéticos adecuados para el control de la hipertensión arterial en el adulto mayor CMF #31 en el periodo de noviembre 2018 a mayo 2019.

Tradicionalmente, el diagnóstico de HTA se basa en la medición de la PA en la consulta médica pero es importante también medirla fuera de este ámbito. Así entonces, se considera a un paciente como hipertenso cuando presenta repetidamente cifras mayores o iguales a 140/90mmHg.

Está probado que la presión arterial es susceptible mediante modificaciones del estilo de vida y las intervenciones son indicaciones primordiales para la prevención de Hipertensión Arterial y a la vez como acciones a tener en cuenta en todo paciente ya diagnosticado con esta afección:

Restringir el consumo de la sal.

Limitar la ingesta de alcohol.

Disminuir la obesidad y el sobrepeso controlando su peso corporal.

Dieta sana y saludable que aporte energía y micronutrientes que favorezcan la salud.

Eliminar el hábito de fumar.

Factores de riesgo no modificables: edad (varones > de 55 años, mujeres > de 65 años) y antecedentes familiares, especialmente si varios casos se agrupan en la misma familia (historia de familiar directo –padre, madre, hermano/a – de ECV prematura, varón < 55 años o mujer < 65 años).

Factores de riesgos de HTA.

Existen distintos tipos de riesgos en la HTA.

Factores de riesgo modificables: Modificables: sedentarismo, obesidad, alimentación no saludable con alto contenido de sal, estrés, hábito de fumar, alcoholismo.

La respuesta al sodio de los individuos es heterogénea. Los hipertensos sensibles al sodio disminuyen la presión arterial en respuesta a la ingesta reducida de sodio, por el contrario, en los hipertensos resistentes al sodio la presión arterial no cambia de modo

significativo al disminuir la ingesta de sodio. La reducción de sodio a no más de 2,4gr de sodio o 6gr de cloruro de sodio por día, puede disminuir la presión arterial en 2 mmHg.

Alimentos con alto contenido en sal

Carnes ahumadas, saladas y curadas: lomo embuchado...

Pescados salados: en conserva, ahumados, mariscos y crustáceos.

Productos de charcutería: jamón serrano, jamón york, chorizo, salchichón, beicon, foie gras, mortadela.

Quesos muy curados

Pan y biscotes con sal

Aceitunas y otros alimentos en salmuera: pepinillos, anchoas saladas.

Conservas: atún sardinas, mejillones, espárragos, etc.

Condimentos y salsas preparadas: mostaza, kétchup, etc.

Alimentos precocinados: croquetas, pizza, pescado empanado, etc.

Latas de verdura: judías, guisantes, etc.

Sopas de sobre y cubitos de caldo concentrado.

Repostería industrial.

Agua mineral con gas.

Bicarbonato y otros comprimidos efervescentes.

Dieta sana y saludable que aporte energía y micronutrientes que favorezcan la salud.

Ingiera una dieta basada en verduras y frutas frescas, pescados frescos, cereales, pollo, legumbres y productos lácteos descremados.

Pida a los que cocinen sus comidas que le ayuden a no usar sal. Puede ser que ellos mismos se beneficien.

Para mejorar el sabor de las comidas utilice:

ácidos: vinagre y limón.

aliáceos: ajo, cebolla, cebolleta, puerros.

especias: pimienta, pimentón, curry, azafrán, canela.

hierbas aromáticas: laurel, menta, perejil, etc.

El consumo de sal debe de ir reduciéndose poco a poco para acostumbrar al paladar.

No use el salero nunca en la mesa.

Utilice aceite con sabor como es el de oliva.

Lea las etiquetas con atención, usando productos bajos en sodio.

Las formas más saludables de cocinar son al vapor o a la plancha. Si los alimentos los cocemos con poco agua y al vapor, no pierden tantos minerales y mantienen mejor su sabor.

Se realizó un estudio de intervención educativa sobre hábitos dietéticos en adultos mayores hipertensos pertenecientes al CMF-31, del Policlínico 7 de Noviembre en el periodo comprendido desde noviembre 2018 a mayo 2019.

El universo de estudio estuvo conformado por 115 pacientes dispensarizados como hipertensos, se seleccionaron para la muestra 50 pacientes obtenidos por el método aleatorio simple los cuales cumplieron los criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

Adulto mayor.

Pacientes hipertensos.

Pacientes que se mantuvieron en su residencia durante el estudio.

Pacientes que hayan estado de acuerdo a participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Pacientes con limitación física como: sordomudos, demencia senil, secuelas por complicaciones de enfermedades hemipléjicas, postrados.

Pacientes con limitación psíquica que no les permita participar en el estudio.

A través de la revisión bibliográfica se pudo actualizar la situación imperante con respecto a la influencia que ejercen los hábitos dietéticos en la hipertensión arterial, lo cual permitió diseñar la metodología de esta investigación y el procesamiento de sus datos.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1: Distribución de los adultos mayores hipertensos según edad y sexo:

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
60-64	7	14	5	10	12	24
65-69	6	12	3	6	9	18
70-74	9	18	3	6	12	24
75 y mas	10	20	7	14	17	34
total	32	64	18	36	50	100

Fuente: Historia Clínica personal y cuestionario.

En la tabla 1 se muestra que en relación a la edad, el grupo más afectado fue el de 75 y más con 17 pacientes diagnosticados mediante el método de pesquisa activa de tensión arterial representado por el 34% de los casos, coincidiendo este resultado de estudio realizado por Rodrigo (2018), quien planteó que a mayor edad aumenta el riesgo de padecer Hipertensión Arterial.

Según el estudio realizado se confirman estudios anteriores, ya que como podemos ver en la tabla 1 predominó el sexo femenino sobre el masculino con 32 pacientes representando un 64% coincidiendo con el resultado del estudio realizado en 2015 del por Méndez (2015), donde 90.9% del total de pacientes de cada grupo fue de sexo femenino. Según el criterio de la autora del presente trabajo coincide con lo expuesto anteriormente ya que la mayoría de los pacientes vistos en consultas son de edades avanzadas.

Tabla 2: Distribución de los adultos mayores hipertensos según ingestión excesiva de sal. Antes y después:

Ingestión excesiva de sal	Antes		Después	
	No	%	No	%
Si	35	70	13	26
No	15	30	37	74
Total	50	100	50	100

Fuente: Historia Clínica personal y cuestionario.

Al analizar la tabla 2 sobre el comportamiento de la ingesta de sal en el adulto mayor hipertenso se aprecia que antes de la intervención 35 pacientes tenían un alto consumo de sal representado por un 70% de la muestra, luego de la intervención se logró que 37 llevaran una dieta adecuada lo que representa un 74% y se evidencia que solo 13 pacientes representados por un 26% de la muestra se mantuvieron con un alto consumo de sal.

La población boliviana es muy propensa a comer comidas chatarras además de ingerir gran cantidad de sal en la dieta planteado por Cobo, Cabrera, Gort (2013) en su estudio de factores de riesgo en paciente hipertensos en el hospital Patacamaya, La Paz, donde se obtuvieron resultados similares al nuestro. Según el criterio de la autora del presente trabajo coincide con lo expuesto anteriormente ya que la mayoría de los pacientes vistos en consultas tienen consumo excesivo de sal en la dieta lo cual es muy perjudicial para la salud.

Tabla 3: Distribución de los adultos mayores hipertensos según ingestión excesiva de grasas. Antes y después:

Ingestión excesiva de grasa	Antes		Después	
	No	%	No	%

Si	43	86	19	38
No	7	14	31	62
Total	50	100	50	100

Fuente: Historia Clínica personal y cuestionario.

Al analizar la tabla 3 sobre el comportamiento de la ingestión excesiva de grasas de los adultos mayores hipertensos, se aprecia que antes de la intervención 43 pacientes tenían un alto consumo de grasas que representó un 86% de la muestra, luego de la intervención se logró que 31 pacientes no consumieran grasa en exceso lo que representa un 62% y se mantienen 19 que se reporta que mantienen un alto contenido de grasa lo que representa un 38% de la muestra. Resultados que coinciden con la doctora Ávila donde expresa que la ingestión excesiva de grasa sobre todo saturada produce hipertensión arterial a largo plazo. Según el criterio de la autora del presente trabajo coincide con lo expuesto anteriormente ya que la mayoría de los pacientes consumen una gran cantidad de grasa en las comidas lo cual favorece a desarrollar hipertensión en el adulto mayor.

Tabla 4: Distribución de los adultos mayores hipertensos según ingestión excesiva de alimentos embutidos, harinas y pastas. Antes y después.

Ingestión excesiva de alimentos embutidos, harinas y pastas.	Antes		Después	
	No	%	No	%
Si	30	60	20	40
No	20	40	30	60
Total	50	100	50	100

Fuente: Cuestionario.

Al analizar la tabla 4 sobre el comportamiento de la ingestión excesiva de alimentos embutidos, harinas y pastas en los adultos mayores hipertensos, se aprecia que antes de la intervención 30 pacientes tenían un alto consumo de alimentos embutidos, harinas y pastas que representa un 60% de la muestra, luego de la intervención se logró que 30 pacientes no consumieran dichos alimentos en exceso, lo que representa un 60% y se mantienen 20pacientes con un alto consumo de dichos alimentos lo que representa un 40% de la muestra. Estos resultados coincidieron con estudios realizados por Gallar (2014) donde la mayoría de los pacientes estudiados ingerían gran cantidad de estos alimentos y no consumían frutas ni vegetales. Según el criterio de la autora del presente trabajo coincide con lo expuesto anteriormente ya que la mayoría de los pacientes consumen una gran cantidad de alimentos embutidos, harinas y pastas.

Tabla 5: Distribución de los adultos mayores hipertensos según estado nutricional. Antes y después.

Estado nutricional	Antes		Después	
	No	%	No	%
Desnutrido	0	0	0	0
Bajo peso	2	4	2	4
Normopeso	16	32	16	32
Sobrepeso	22	44	18	36
Obesidad	10	20	10	20
Total	50	100	50	100

Fuente: Historia Clínica personal y cuestionario.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la tabla 5 se demostró que existió un predominio de los pacientes sobrepeso con 22 pacientes para un 44% antes de la intervención y después predominó igual el sobrepeso con 18 pacientes para un 36%. Estos resultados coincidieron con estudios realizados por Gallar (2014) donde en su estudio existieron un 33% de pacientes. Según el criterio de la autora del presente trabajo coincide con lo expuesto anteriormente ya que la mayoría de los pacientes presentan un peso inadecuado y la mayoría de la población es sobrepeso.

Tabla 6: Distribución de los adultos mayores hipertensos según nivel de conocimiento sobre hábitos dietéticos en la hipertensión arterial.

Nivel de conocimiento sobre hábitos dietéticos en la HTA	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	17	34	43	86
Inadecuado	33	66	7	14
Total	50	100	50	100

Fuente: cuestionario

En la tabla 6 aparece representado el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre hábitos dietéticos de la hipertensión que se puede apreciar que un 66% de los hipertensos tenían un nivel de conocimiento inadecuado, y después de la intervención tenían un nivel de conocimiento adecuado con 43 pacientes representados por un 86%, lo que coincide con estudios realizados en España por Coca (2015), criterio con el que coincide la autora del presente trabajo, ya que la mayoría de los pacientes después de

la intervención educativa se lograron modificar el nivel de conocimiento sobre las hábitos dietéticos adecuados.

Tabla 7: Distribución de los adultos mayores hipertensos según cifras de tensión arterial.

Tensión arterial	Antes		Después	
	No	%	No	%
Normal	41	82	47	94
Alta	9	18	3	6

Fuente: Examen físico.

Al analizar la tabla 7 sobre distribución de los adultos mayores hipertensos según cifras de tensión arterial se pudo apreciar que 41 pacientes presentaron cifras de tensión arterial normal representada por un 82%, después de la intervención educativa se elevó el número de pacientes con cifras de tensión arterial normales alcanzando un 94%. Según el criterio de la autora del presente trabajo se comprobó que hay pacientes hipertensos que mantiene cifras elevadas de tensión arterial y lo desconocen , pero se logró elevar el número de pacientes con tensión arterial normal lo que es un logro de la investigación realizada

CONCLUSIONES

Mediante el desarrollo de esta investigación y a través de la aplicación de los diversos métodos y técnicas pudo concluirse que:

Existió un predominio de adulto mayor hipertenso con edad comprendida de 75 y más de edad, siendo más frecuente esta afectación en el sexo femenino, en el estudio 41 pacientes presentaron cifras de tensión arterial normal.

Antes de la intervención educativa la mayoría de los pacientes poseían un nivel de conocimiento inadecuado, después de la intervención fue adecuado lográndose un incremento considerable en este aspecto.

Antes de la intervención educativa la mayoría de los pacientes tenían un consumo elevado de grasa, seguido del consumo excesivo de la sal y embutidos.

REFERENCIAS

Cobo, F. y col. (2013) Presión Arterial nocturna y factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con Hipertensión Arterial. *MedCiln, 114*(3), 85-8.

Farré, J., (2017). *Dieta DASH reduce la hipertensión con alimentación sin fármacos*. (Soporte digital).

Gallar, A. (2014). Tesis de Hábitos Dietéticos y problemas alimentarios y nutricionales con discapacidad leve y moderada. *Universidad de alicante*.

Gargallo, M., Breton, I., Basalto, J., Quiles, J., y Formiguera, X. (2012). Evidence-based nutritional recommendations for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults (FESNAD-SEEDO consensus document). The role of diet in obesity treatment (III/III). *NutrHosp, (*27), 833-64.

Giunta, G., De Abreu, M. y col. (2018). (2018). Diagnóstico de hipertensión arterial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, (29) 5-112.

Méndez, S., Mota, V., Maldonado, E., y Rivas, L. (2015). Nutrición clínica y dietética hospitalaria; resultados de un estudio piloto en la Ciudad de México.

Mokdad A., Bowman B., Ford E., Vinicor F., Marks J. y Koplan J. (2001). The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *JAMA; 286*(10), 1195-200.

Molerio, O. (2009). Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. Revista Cubana de Medicina; (43). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php/Vol. 43 3 04/ISSN 0034-7523

Robles, N. (2008). Variabilidad de la presión arterial, morbimortalidad cardiovascular. *Revista Especial Cardiología* (53), 110-6.

EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LA HIPOACUSIA INDUCIDA POR RUIDO EN ACINOX, LAS TUNAS

EVALUATION OF A STRATEGY OF PREVENTION OF THE HIPO-ACUSIS INDUCED BY NOISES IN ACINOX, LAS TUNAS

María de los Ángeles Reyes Palomares mpalomares@nauta.cu

Maria Elena González Santana mariaegs@sld.ltu.cu

Rafael Alberto Durañona Escobar ariscisne@sld.ltu.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio longitudinal y prospectivo de evaluación de la efectividad de una estrategia de prevención, conservación y rehabilitación de la Hipoacusia Inducida por Ruido en la Empresa de Aceros Inoxidables de la provincia Las Tunas con el objetivo de disminuir la incidencia y progresión del daño auditivo, en el período comprendido entre enero 2016 a diciembre 2018, en el Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. El universo estuvo conformado por 128 trabajadores de la Fábrica ACINOX Las Tunas. La muestra fue de 67 trabajadores de las áreas de laminación y Acería, en las que se registran niveles de ruido igual o mayor a 80 db. Como resultados la estrategia fue implementada y cumplida con el 83.3% de las medidas evaluadas de bien y regular. El 61.2% de trabajadores tuvieron audiometrías normales y el resto no mostró progreso del daño auditivo después de implementadas las medidas. El 100 % de los trabajadores con daño auditivo en fase III y IV recibieron tratamiento y rehabilitación.

PALABRAS CLAVES: Hipoacusia inducida por ruido, audiometría.

ABSTRACT

Came true a longitudinal and prospective study of evaluation of the effectiveness of a strategy of prevention, conservation and rehabilitation of the Hypo-Acusis Induced by Noises at Aceros's Company Rustless of the province The Prickly Pears for the sake of decreasing the incidence and progression of the auditive damage in the period understood between January 2016 to December 2018, at the General Teaching Hospital, “ Dr. Ernest the Serna's Guevara ”. The universe was shaped for 128 workers of the factory ACINOX Prickly Pears. The sign went from 67 workers of the areas of lamination and Steel Mill, in the ones that register equal noise levels or principal themselves to 80 db. Strategy was implemented like results and obeyed with 83,3 % of the measures evaluated of good and regulating . 61,2 % of workers had normal audiometrías and the rest did not show progress of the auditive damage after of once the measures were implemented. 100 % of the workers with auditive damage in phase III and IV received treatment and rehabilitation.

KEY WORDS: Hypo-Acusis Induced by Noises, audiometrías

INTRODUCCIÓN

El incremento de la capacidad productiva, la aparición de nuevas ramas de la economía en la industria y la intensificación de los procesos tecnológicos existentes, provocan el aumento de los niveles sonoros y gran cantidad de ruidos intermitentes o de impacto. Este constante aumento en las grandes ciudades se ha convertido en un problema de salud pública; sin embargo, desde el punto de vista de la salud ocupacional, el ruido tiene una importancia especial, ya que es precisamente en los centros de trabajo y especialmente en la industria básica y de manufactura donde se producen las más severas condiciones de exposición. El ruido es el riesgo más común en el trabajo, el más extendido de los peligros higiénicos.

La hipoacusia inducida por ruido (HIR) es definida como:

> (…) un problema de salud que aumenta conjuntamente con el avance de la industrialización. La exposición a ruidos da origen a efectos en la salud más importantes de los que se pueda pensar, ya que la incapacidad para la comunicación reduce la calidad de vida del ser humano y su socialización, representando un alto costo económico para el país (Dias, 2015, p.87)

La referencia más antigua sobre el efecto del ruido en la audición, es una observación registrada en el siglo I de nuestra era por *Plinio* el viejo en su historia natural, cuando menciona que la gente que vivía cerca de las cataratas del Nilo quedaba sorda. A finales del siglo XIX, con el advenimiento de la máquina de vapor y la iniciación de la era industrial, aparece el ruido como un importante problema de salud pública. En esta etapa comienza a documentarse la sordera de los trabajadores expuestos, como los forjadores y los soldadores. *Fosbroke,* en 1831, mencionó la sordera de los herreros y *Wittmarck* hizo lo propio en 1907, al mostrar el efecto histológico del ruido en el oído; en 1927, *McKelvie y Legge* informan acerca de la sordera de los algodoneros; en 1939, *Lars* describe la sordera de los trabajadores en astilleros y, en 1946, *Krisstensen* se refiere a la sordera de los aviadores y de los tripulantes de submarinos. (Meinke, 2014)

La HIR se define como la disminución de la capacidad auditiva de uno o ambos oídos, parcial o total, permanente y acumulativa, de tipo sensorio neural que se origina gradualmente, durante y como resultado de la exposición a niveles perjudiciales de ruido en el ambiente laboral, de tipo continuo o intermitente de intensidad relativamente alta mayor a 85 decibeles (db) durante un periodo prolongado de tiempo. (Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Cuba, 2012)

Se caracteriza por ser de comienzo insidioso, curso progresivo y de presentación predominantemente bilateral y simétrica. Al igual que todas las hipoacusias sensorio neurales, se trata de una afección irreversible, pero a diferencia de éstas, la HIR puede ser prevenida. (5,6) Otra denominación es daño auditivo inducido por ruidos (DAIR): alteración orgánica, con carácter permanente y progresivo, de las estructuras del órgano de Corti, traducida funcionalmente en pérdida auditiva, producida por el ruido a altas intensidades. (Paparella, 1993).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 30% y el 50% de los trabajadores se encuentran expuestos a riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos o psicosociales. Dentro de los aspectos físicos, la exposición al ruido aporta una carga importante en la generación de enfermedad profesional, las

estadísticas del mundo estiman que la incidencia de este factor va en aumento y los datos de algunos países como México y Argentina, sitúan a la hipoacusia en el 20 y 44.7% respectivamente. (Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas 2012)

La Organización Panamericana de la Salud refiere una prevalencia promedio de hipoacusia profesional del 17 % para América Latina. En Europa se estima que alrededor de 35 millones de personas están expuestas a niveles de ruidos perjudiciales. (López, 2007).

Cuba no escapa de esta problemática ya que con el desarrollo industrial muchos obreros están expuestos a niveles elevados de ruidos, situación que ha motivado a la realización de estudios de la HIR desde hace varios años y a la confección de normas por el Comité Estatal y Seguridad Social del Trabajo, así como leyes y resoluciones para la protección de los trabajadores.

El basamento jurídico que respalda al médico está contenido en la resolución No 34, dictada el 1ro de agosto de 1977, que considera como enfermedad profesional los trastornos patológicos originados por trabajos en ambientes con vibraciones o ruidos excesivos y la ley No 13 ((Ley de protección e higiene del trabajo), dictada el 28 de diciembre de 1977 por acuerdo de la Asamblea Nacional del Poder Popular)

La audición es vital en muchos aspectos de la seguridad y el desempeño en el lugar de trabajo, por lo que para prevenir el daño auditivo en ambientes con niveles elevado de ruido, han tomado un importante papel las denominadas estrategias de prevención, conservación y rehabilitación auditiva, que vienen desarrollándose desde 1946 cuando la Academia Americana para la conservación de la audición estableció las recomendaciones de cómo prevenir o disminuir la pérdida auditiva inducida por ruidos. En la década de los 70 se comienza la implantación de programas de prevención y control más integrales, los denominados programas de conservación auditiva (PCA) ya que se ha demostrado que no es suficiente solo la realización de audiometrías periódicas. (Torres, 2009)

Teniendo en cuenta que esta afección es evitable mediante la aplicación de los programas de conservación auditiva, como se expuso anteriormente, y que el principio básico de la atención medica en Cuba es la prevención nos propusimos crear conciencia entre los empleadores y empleados de la problemática que representa el ruido en una empresa, considerando la fácil adaptación del empleado a niveles de presión sonora por encima de lo permisible, ya que en su mayoría no causa dolor ni síntomas que puedan alarmar la situación, hasta que se instaure el déficit auditivo siendo tarde ya para hacer algo, generando entonces invalides permanente del trabajador, todo lo cual nos motivó a realizar esta noble investigación para evaluar su efectividad.

Análisis y discusión de los resultados

Medida I. Tiempo de exposición al ruido.

Tabla # 1. Tiempo de exposición de los trabajadores de la Fabrica ACINOX Las Tunas en relación con la intensidad del ruido y la implementación de las estrategias.

Nivel de ruido en decibeles(dB)	Tiempo de exposición establecido (horas/día)	Tiempo de exposición de los trabajadores (horas/día)	
		Antes	Después
85	8	8	8
90	4	4	**3.5**
95	2	**3**	**1.5**
100	1	**2**	**1**
105	0.5	**1.5**	**0.25**
110	0.25	**1.5**	**0.25**

En la tabla # 1, sobre el tiempo de exposición de los trabajadores al ruido se puede observar que se cumple con lo establecido en la norma NC 871:2011 SNPHT “Seguridad y salud en el trabajo. Ruido en el ambiente laboral. Requisitos higiénicos sanitarios generales”, después de implementada la estrategia ya que antes esto constituía un problema que parecía no tener la atención requerida ya que la exposición de extendía desde 1 a 1.25 horas más de lo establecido.

Las medidas tomadas por la empresa para disminuir el tiempo de exposición al ruido fueron adiestrar a los trabajadores en cuanto a la adquisición de habilidades que le permitieran realizar sus funciones en menos tiempo, además del establecimiento de ritmos de paros en la maquinaria que no tuviera repercusión en la calidad y cantidad de la producción. También se cambiaron cubiertas de cinc por placa y hermetización de puertas de las cabinas de control con el objetivo de lograr mayor grado de insonorización. Todo lo resultó en menos tiempo de exposición del trabajador y menos daño auditivo lo que coincide con lo descrito por otros autores.

En un estudio realizado en el Centro de Neurociencias en la Habana el Dr. Alejandro Torres (2009), demostró que más de 85 db en 8 horas era nocivo a la salud del trabajador. Lo que coincide con lo anterior expuesto. (Torres, 2009).

Tosal y col (2010) efectuaron mediciones de los niveles de ruido en 1277 tareas en una industria española de aserrado y preparación de la madera encontrando que el nivel predominante era también superior a los 90 db(A) afectando al 49,27% de los trabajadores. Además comprobaron que no existían cabinas de aislamiento para las máquinas de corte e instalaciones auxiliares donde los niveles de ruido sobrepasaban los 90 dB.

Medida II. Métodos de control del ruido (en la fuente y en el medio de transmisión).

Las acciones tomadas por los directivos de la fábrica con el objetivo de disminuir los niveles de ruido en las áreas de trabajo fueron:

Cambio de compresores de la planta de O_2, rusos por americanos ya que estos son más eficientes y no emiten ruido.
Insonorización de la cabina de control de la planta de O_2.
Montaje de torres de enfriamiento de planta de O_2 que disminuye la temperatura del agua y los compresores pueden trabajar con las puertas cerradas lo que disminuye significativamente el nivel de ruido.
Se colocó silenciador a la salida del área de planta de O_2 eliminando ruido para taller de transporte.
Se sacó del taller de planta de fraccionamiento el BP Buster para afuera.
Cambio de cubierta de la cabina de control de planta de fraccionamiento de cinc por placa.
López (2017) en un estudio acerca de la lucha contra el ruido en el lugar de trabajo plantea que "los fabricantes que reducen el nivel de ruido emitido por sus máquinas aumentan sus ventas y provocan menos afectación para el hombre". (López, 2007, p.21)

Lo que coincide con los resultados de nuestra investigación ya que como consecuencia de las acciones encaminadas a disminuir los niveles de ruido antes mencionadas en especial la sustitución de maquinarias más eficientes además de la capacitación de los trabajadores, la fábrica ACINOX Las Tunas fue reconocida en 2018 como la de mayor producción del país recibiendo diferentes estímulos logrando además prevenir el daño auditivo en sus trabajadores como se evidencia en este estudio.

Medida III. Protección auditiva individual y colectiva (selección y uso de protectores auditivos).

Tabla # 2. Relación entre la HIR y los EPPA según nivel de atenuación de ruido en la fábrica ACNOX Las Tunas.

Estado auditivo de los Trabajadores	Equipos de protección auditiva según nivel de atención de ruido en dB. Antes y después de aplicado el PCA			
	Antes:16 dB de atenuación		Después: 37dB de atenuación	
	No	%	No	%
Normal	29	43.3	**41**	61.2
HIR	**38**	56.7	**26**	38.8
Total	67	100	67	100

Los equipos de protección personal auditiva (EPPA) son de suma importancia en la prevención de la HIR y en la conservación de la audición ya que estos atenúan el nivel de ruido que recibe el oído de los trabajadores expuestos. Antes de la implementación del PCA en la fábrica se adquirían tapones auditivos y orejeras con un nivel bajo de atenuación de solo 16 dB, los cuales poco protegían a los trabajadores que laboran en áreas con niveles de más de 100 dB quienes seguían expuestos a niveles sonoros perjudiciales ahora los trabajadores usan protectores auditivos de 32 a 37 dB de atenuación que disminuye el ruido hasta a 60 dB, además de contar con más confort para un uso prologado de varias horas como los tapones auditivos auto expandibles y el aro blando de las orejeras. Lo que contribuyó en gran medida a la obtención de los objetivos de esta investigación.

Como se puede observar en la tabla # 2 de la relación entre el uso de equipos de protección personal y la HIR en la que a mayor nivel sonoro de atenuación mayor prevención de daño auditivo y mayor conservación de la audición en los trabajadores que ya lo tienen. Con EPPA de 16 dB de atenuación como los que se usaban antes del PCA, 38 trabajadores presentaron daño auditivo para un 56.7%, luego al comenzar a usar EPPA con 37dB de atenuación entonces se recuperó la audición de 12 trabajadores que aumentó la cantidad de pacientes con audición normal a un 61.2%.

En un estudio realizado a los trabajadores de la industria manufacturera en Nueva Zelanda que hacían buen uso de los medios de protección se logró disminuir la tasa de prevalencia de DAIR a un 0.5% en un período de 5 años. (John, Grynevych, Welch, McBride, Thorne, 2014).

Otro trabajo revisado acerca de los equipos de protección individual plantea que el simple hecho de retirarlos durante 5 minutos en el ambiente ruidoso de la jornada laboral hace que se diluya y desaparezca su eficacia. De ahí, la gran importancia que reviste el uso de los medios de protección auditiva para evitar daños en la salud de los trabajadores. (Cárcoba, 2012)

Medida IV. Evaluación audiométrica y monitoreo de la audición de los trabajadores.

Tabla # 3. Determinación del estado auditivo de los trabajadores de la Fábrica de ACINOX Las Tunas antes y después de implementada la estrategia de prevención, conservación y rehabilitación de la HIR.

Estado auditivo y clasificación de la HIR	Número de Trabajadores antes		Número de trabajadores después	
	N	%	N	%
Normal	**29**	43.3	**41**	61.2
Fase I	**19**	28.4	**7**	10.4
Fase II	10	14.9	10	14.9
Fase III	6	9	6	9

Fase IV	3	4.5	3	4.5
Total	67	100	67	100

En la tabla # 3 se representa el estado auditivo de los trabajadores antes y después de implementada la estrategia de prevención, conservación y rehabilitación de la HIR en ACINOX Las Tunas, el que se determinó mediante audiometrías y se evaluó el resultado según la clasificación de Azoy y Maduro para la HIR. Podemos observar que 29 trabajadores para un 43.3 % presentan audiometrías normales antes de la implementación de la estrategia y de los que resultaron con HIR se clasificaron la mayoría en fase I, 10 trabajadores que representan el 14.9 % del total, seguidos por 6 en fase III para un 9 % y 3 en fase IV para un 4.5 %. Después de implementada la estrategia 12 trabajadores que tenían daño auditivo en fase I tuvieron audiometrías normales y los que se diagnosticaron con HIR no presentaron progresión del daño.

La implementación de la estrategia de prevención, conservación y rehabilitación de la HIR permitió demostrar que esta afección profesional considerada como irreversible que genera grandes gastos al estado por concepto de incapacidad laboral es prevenible y que además, permite detener la progresión de las lesiones auditivas previas inducidas por ruido, de origen ocupacional, tal como se demostró en la presente investigación en donde no se encontraron nuevos casos y no progresaron los que ya estaban diagnosticados al inicio de la evaluación.

Medida V. Educación para la salud sobre ruido e hipoacusia.

Se realizan conversatorios trimestrales por parte del médico y enfermera de la empresa al personal de recursos humanos, administrativos y trabajadores de forma diferenciada, sobre los síntomas más frecuentes que aparecen cuando existe daño auditivo inducido por ruido.

La empresa confecciona de forma periódica plegables informativos sobre la HIR, medios de protección auditiva, uso correcto y adecuada colocación, los mismos están ubicados en diferentes puntos de la Fábrica de fácil observación para todos los trabajadores.

La colocación anual por los agentes de protección física y seguridad social en cada área de trabajo de un gráfico de señalización con la intensidad de ruido al que se expone el trabajador para que de esta forma sea consciente del riesgo al que se expone y la importancia del uso de los medios de protección.

Estudios realizados en Colombia, por el personal sanitario en una industria automotriz se comprobó que con la colocación de plegables informativos y realización de charlas educativas a los trabajadores y administrativos sobre el uso adecuado de medios de protección se elevó la percepción del riesgo y con ello la disminución de la HIR. (Quiroz, Hernandez, Corredor, 2015).

Evaluación de las medidas de prevención, conservación y rehabilitación de la HIR:

Las estrategias con evaluación de bien representan el 85.7 % por lo que se informa como cumplidas. Teniendo en cuenta además de la consecución de más del 80 % de las medidas de la estrategia, la disminución de la incidencia de esta afección

demostrada con la ausencia de nuevos trabajadores con HIR, evidencia audiométrica de la no progresión del daño en los que ya lo tienen, conservación de la audición en los trabajadores expuestos a ruido, uso adecuado de los medios de protección, rehabilitación de los pacientes con HIR en consultas especializadas de audiología y aumento del nivel de conocimientos de los trabajadores y personal médico sobre la HIR se evaluó la estrategia como eficiente.

CONCLUSIONES

La implementación de la estrategia de prevención, conservación y rehabilitación de la HIR evidenció que esta afección profesional considerada como irreversible es prevenible. No se diagnosticaron nuevos casos de trabajadores con Hipoacusia Inducida por Ruido. No hubo progresión del daño auditivo en los trabajadores que ya lo tienen. Conservación de la audición en los trabajadores expuestos a ruido. La estrategia de conservación, prevención y rehabilitación de la hipoacusia inducida por ruido fue cumplida con 85.7 % de sus medidas evaluadas de bien.

REFERENCIAS

Cárcoba,.C. (2012). Los equipos de protección individual. *Revista Salud y Trabajo. Nº 90*, Madrid.

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Ministerio de Salud Pública (2012): *Hipoacusia Inducida por Ruido* [sede Web]. La Habana, Cuba: Infomed, 2012; Recuperado de: http:/www.infomed.cu/otorrinolaringología » Hipoacusia inducida por ruido.htm.

Dias, R, Figueiredo, R., Assis, L., Santos, R., Laguardia, L. (2015) RuídoAmbiental E a Saúde Do Motorista. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research 13*(4):96–100. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=118111362&lang=es&site=ehost-live

John G, Grynevych A, Welch D, McBride D, Thorne P. (2014).Noise Exposure of Workers and the Use of Hearing Protection Equipment in New Zealand. *Archives Of Environmental & Occupational Health 69*(2): 69-80. AcademicSearch Premier

Ley No 13 (Ley de protección e higiene del trabajo), dictada el 28 de diciembre de 1977 por acuerdo de la Asamblea Nacional del Poder Popular. Cuba.

López, G. (2007). Una visión actual de la estrategia comunitaria en la lucha contra el ruido en el lugar de trabajo. *Revista Salud y Trabajo, INSHT, 90*. Madrid.

Meinke, D., Murphy, W., Finan, D., Lankford, J., Flamme, G., Jerome, T., y col (2014). Auditory risk estimates for youth target shooting. *International Journal Of Audiology 53S16-S25.* Academic Search Premier.

Paparella, M. (1993). *Tratado de Otorrinolaringología*. Tomo II. Buenos Aires: Panamericana.

Quiroz, L., Hernández, L., Corredor, J. (2010). Efectos auditivos y neuropsicológicos por exposición a ruido ambiental en escolares, en una localidad de Bogotá. *Revista De SaludPública 15*(1): 116-128. MedicLatina.

Torres, A. (2009). *Ruido e hipoacusia*. Centro nacional de neurociencia Ciudad de La Habana.

Tosal, J.M. y Santa María, G. (2010). Riesgo profesional en aserrado y preparación industria de la madera. *Revista Salud y Trabajo 89* Madrid, Nº enero.

CARACTERIZACIÓN DE LA MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS. MUNICIPIO PUERTO PADRE

CHARACTERIZATION OF THE MORTALITY FOR MALIGNANT TUMORS. MUNICIPALITY OF PUERTO PADRE

María del Carmen Rodríguez Velázquez yoennypg@ltu.sld.cu

Zoraida Vivar Rivas cronicaspp@ltu.sld.cu

Yoenny Peña García yoennypg@ltu.sld.cu

RESUMEN

El cáncer es una las 20 primeras causas de muerte prematura de hombres y mujeres a nivel mundial. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para caracterizar la mortalidad por tumores malignos en Puerto Padre desde 2014 a 2018. Predominaron los fallecidos de 75 años y más. En el sexo femenino se perdieron 5967 años respecto al masculino 5642 años, en el municipio se perdieron por tumores malignos 126.2 años de vida por mil habitantes. Los fallecidos predominaron en la zona urbana. El área de salud Rafael Izquierdo fue la de mayor tasa (11.43). La tendencia de la mortalidad por tumores malignos en el quinquenio 2014-2018 fue descendente, se apreció una sobremortalidad masculina, sin embargo se perdieron más años de vida en la población femenina, el área de salud Rafael Izquierdo fue identificada como de alto riesgo y las principales localizaciones fueron: pulmón, próstata, colon, mama y esófago.

PALABRAS CLAVES: tumores malignos; mortalidad; tendencia; estratificación.

ABSTRACT

The cancer is one of the first 20 causes of men's premature death and women at world level. It was carried out a retrospective descriptive study to characterize the mortality for wicked tumors in the municipality of Puerto Padre from 2014 to 2018. The 75 year-old deceased's prevailed and more. In the feminine sex they got lost 5967 years regarding the masculine 5642 years, in the municipality they got lost for tumors wicked 126.2 years of life for each a thousand inhabitants. The deceased's prevailed in the urban area. The area of health Rafael Izquierdo was that of more rate (11.43). Tendency of the mortality for wicked tumors in the five year period 2014-2018 were descending, a masculine over mortality was appreciated, however they got lost more years of life in the feminine population, the area of health Rafael Izquierdo was identified as of high risk and the main localizations were: lung, prostate, colon, suckles and esophagus.

KEY WORDS: wicked tumors; mortality; tendency; stratification.

INTRODUCCIÓN

> (…) Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se utilizan los términos tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina «metástasis». Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer. (MINSAP, 2014, s.p).

El cáncer es una las 20 primeras causas de muerte prematura de hombres y mujeres a nivel mundial. La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), estima que en el 2012 más de 14 millones de personas enfermaron de cáncer y más 8,2 millones fallecieron por esta causa. Se estima que a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población según información del MINSAP (2014, 2017).

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, OMS (2014), esta enfermedad representa el 21% del total de las muertes por enfermedades no trasmisibles y es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares (48%). Diferentes agencias y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han recalcado la importancia de conocer el impacto de esta enfermedad no solo en términos de mortalidad sino también de morbilidad (incidencia, prevalencia y carga) y han impulsado la creación y fortalecimiento de sistemas de información y vigilancia epidemiológica de carácter regional o nacional, llamados Registros Poblacionales de Cáncer (RPC).

Es así que en 1966 se fundó la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (IACR), cuyo objetivo principal es promover el monitoreo del cáncer en las poblaciones mediante RPCs con lineamientos metodológicos estandarizados internacionalmente que permitan producir evidencia científica con criterios de calidad como: comparabilidad, exhaustividad, validez y oportunidad con la finalidad de fundamentar políticas públicas e intervenciones para la prevención y control del cáncer, así como también evaluar su efectividad.

En Cuba en relación con las 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, según datos del anuario estadístico del MINSAP (2017).

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, según datos del anuario estadístico del MINSAP (2017).

En la provincia de Las Tunas los tumores malignos constituyen la primera causa de muerte con un total de 1235 defunciones en el año 2017 y la primera de años de vida potencialmente perdidos, según datos del anuario estadístico del MINSAP (2017).

En el municipio de Puerto Padre los tumores malignos desde el 2011 resultan ser la primera causa de muerte, desplazando a las enfermedades cardiovasculares. Por todo lo anteriormente expuesto se decidió realizar el presente estudio para caracterizar la mortalidad por tumores malignos en el municipio Puerto Padre desde 2014 a 2018.

Mortalidad por tumores malignos según grupo de edad y sexo.

En la tabla 1 se distribuyeron los fallecidos según grupo de edad y sexo. En cuanto a los años de vida potencialmente perdidos se observó un incremento en el sexo femenino con 5967 años respecto al masculino 5642 años, con tasas de 64.9 y 61.3

años perdidos en cada sexo por mil habitantes, en el municipio se perdieron 126.2 años por tumores malignos por cada mil habitantes.

Cuadro 1. Mortalidad por Tumores Malignos según grupo de edad y sexo y años de vida potencialmente perdidos (AVPP). Municipio Puerto Padre 2014-2018.

Grupo de edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	Tasas	No.	Tasas	No.	Tasas
-15	3	0.39	3	0.43	6	0.41
15-29	5	0.51	1	0.11	6	0.32
30-44	4	0.39	16	1.68	20	1.02
45-59	98	9.27	63	5.98	161	7.63
60-74	244	37.52	141	20.92	385	29.07
75 Y +	276	102.48	198	67.32	474	84.13
Total	630	13.36	422	9.29	1052	11.34
AVPP	5642		5967		11609	
Tasa AVPP	61.3		64.9		126.2	

Fuente: Registro estadístico de la DMS.

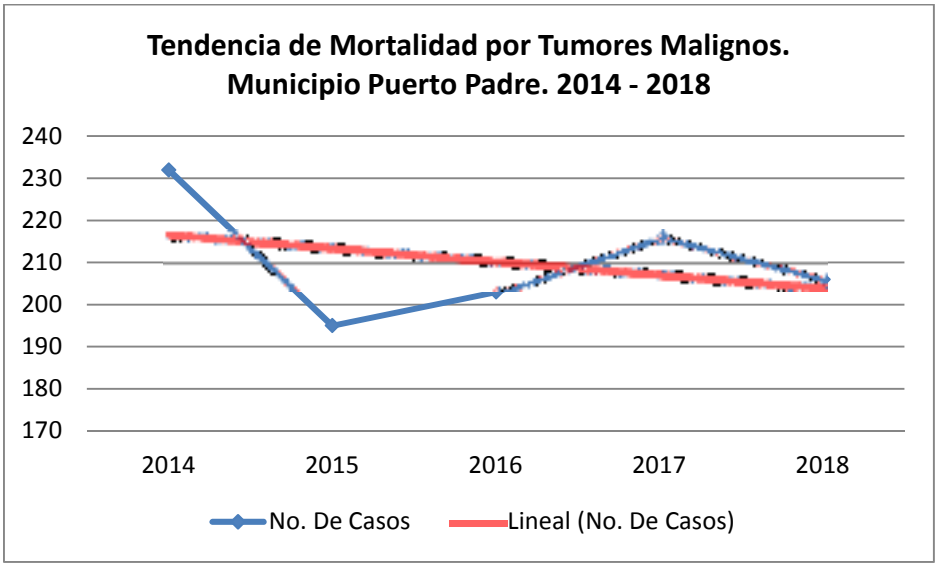
En hombres, el primer lugar lo tiene el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón; le sigue, en orden decreciente, el tumor maligno de próstata, el de intestino, excepto el recto, el de laringe y vías urinarias. En las mujeres, la tasa de mortalidad más elevada también corresponde al tumor maligno 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 recto sigmoidea y ano donde el riesgo de morir es mayor en las mujeres, según datos del anuario estadístico del MINSAP (2017).

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, según datos del anuario estadístico del MINSAP (2017).

La epidemiología y las estadísticas de Cuba y el mundo según el MINSAP (2017), apuntan hacia la prioridad de la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento correcto. Que sea el cáncer la primera causa de años de vida potencialmente perdidos(AVPP) y la segunda causa de muerte desde hace más de 40 años, justifican el análisis y la reflexión a fondo. Más de 14 000 cubanos fallecen anualmente por tumores malignos, e incrementan considerablemente su incidencia los de próstata, intestino, tráquea, bronquios, pulmón y mama. Desconcierta que no se comprenda aún que el tabaco, la dieta inadecuada y las infecciones son responsables de la mayoría de las neoplasias (≈ 80 %). De ahí la necesidad de fortalecer las acciones desde edades tempranas, tanto en el seno familiar como en las instituciones educativas y la sociedad en su conjunto.

Tendencia de la mortalidad por tumores malignos

Gráfico 1.



Fuente: Registro estadístico de la DMS.

En el gráfico 1 se aprecia que la tendencia de la mortalidad por tumores malignos en este quinquenio fue descendente.

Según lo planteado por Yépez (2018), estimula saber que más del 40 % de las malignidades son prevenibles, que cada día crece la posibilidad de curación, y que la calidad de vida de las personas con cáncer se puede mejorar. Es un desafío posible la reducción de la mortalidad por cáncer en el 2015, a expensas, fundamentalmente de las siguientes localizaciones: cuello del útero, mama, pulmón, colon y próstata. No puede intimidarnos el tiempo de generación más corto de las células malignas y no podemos estar quiescentes ante su rápida proliferación. Nuestro accionar tiene que ser tanto o más exponencial que el crecimiento que presentan los tumores a su inicio. Ha de ser nuestra cinética profesional, tanto la preventiva como la atencional, mayor que la que distingue a los tumores.

Mortalidad por tumores malignos según grupo de edad y color de la piel

En el estudio el color de la piel que predominó fue el blanco con un total de 959 fallecidos representando un 91.15 % y el grupo de edad más representativo corresponde 75 años y más. Esto se corresponde con la distribución general en el municipio ya que la población es predominantemente blanca.

Según información de la OMS (2014) Ciertos factores son capaces de originar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre dichos factores se encuentran la herencia, los productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus y los traumas. Los investigadores estudian cómo estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos. El cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa.

Reyes (2016) refiere que aun cuando es conocido que el número de los tumores en los países industrializados aumenta considerablemente, en la actualidad no se tiene una clara visión sobre la situación, debido a la falta de registros, en África, por ejemplo, solo el 1 % de la población está incluida en tales registros. Por el contrario, con más exactitud se conoce lo que sucede en los países industrializados. Los tumores malignos constituyen en el sector de la salud un problema predominante, el cáncer es considerado en el occidente como el “enemigo público número uno”, también debido a que la mortalidad a causa de las enfermedades del corazón y circulatorias disminuye paulatinamente. El cáncer es la causa principal de mortalidad prematura. Tanto en los hombres como en las mujeres se le atribuye un tercio de los años de vida potencialmente perdidos antes de los 75 años. Como la frecuencia de los tumores aumenta con la edad, el envejecimiento de la población hará aumentar la cantidad de casos en el futuro, independientemente de si las personas estuvieron mayormente expuestas a uno u otro factor de riesgo o no.

Estratificación de la mortalidad por tumores malignos

En cuanto a la distribución de los fallecidos según lugar de residencia y áreas de salud predominó el número de fallecidos en la zona urbana excepto en el área de salud Rafael Izquierdo que predominó la rural con 128 casos, debido a que en esta la población rural es casi la mitad de la población sin embargo en el área de salud 28 de Septiembre donde la población es predominantemente rural el riesgo de morir por tumores malignos es mayor en la población urbana y en el Romárico Oro donde casi la totalidad de la población es urbana tiene mayor riesgo de morir por tumores malignos la población rural, ya que en esta se duplica la tasa de mortalidad por tumores malignos.

En el mapa 1 (Anexo 1) donde se identificaron los estratos de riesgo de la mortalidad por tumores malignos en el municipio de Puerto Padre se pudo apreciar que el área de salud Rafael Izquierdo fue identificada de Alto riesgo (tasa de 11.43 por mil habitantes) ya que sobrepasa la tasa del municipio que fue de 11.36 por mil habitantes.

Mortalidad específica por Sexo

Se apreció que los tumores malignos más frecuentes en el sexo masculino fueron según las localizaciones: pulmón, próstata y esófago y en el femenino: pulmón, mama y

colon. De forma general en el municipio las 5 primeras localizaciones fueron: pulmón, próstata, colon, mama y esófago.

Según datos estadísticos de la OMS (2017) en Francia se cuenta, por ejemplo, con 250 000 nuevos casos de cáncer y más de 145 000 casos de muerte. 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. Esto es, por una parte, debido a una mayor exposición a factores de riesgo, como el hábito de fumar o el abuso del alcohol, y por otra, al empeoramiento general del sistema sanitario que ha tenido lugar después de la caída del comunismo. Así, en 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.

Esto significa que actualmente en Rusia fallecen cada año, 1 millón de personas más que antes de la caída del muro de Berlín. La cantidad total de tumores en ambos sexos tanto en Europa Occidental como en Estados Unidos aumenta de forma considerable. La curva de frecuencia, sin embargo, parece que por el momento se ha estabilizado, al menos en relación con los hombres. El aumento de la cantidad total se debe principalmente al incremento continuado desde hace 20 años del cáncer de próstata en los hombres y el cáncer de mama en las mujeres. Entre los tumores menos extendidos en ambos sexos determinamos un incremento de los melanomas, tumores linfáticos, tumores de tiroides y cerebrales, en los hombres también el cáncer de riñón. En lo que respecta al tumor de pulmón existe actualmente una frecuencia invariable o que disminuye en determinados países en los hombres, mientras que aumenta en las mujeres.

Por lo menos, en algunos países, el cáncer de mama desde hace algunos años aparece con menor frecuencia. Esto probablemente se deba agradecer sobre todo a estudios que demostraron que los tratamientos hormonales durante la menopausia conducían a un incremento de las enfermedades. Ahora, muchas mujeres desisten por eso de esas terapias hormonales. Sin embargo, también hay piezas didácticas ilustrativas con vistas a la eficiencia de la llamada prevención impremeditada del cáncer. Un ejemplo de ello ya lo hemos mencionado: la rápida frecuencia descendiente del cáncer de cuello uterino, debido al mejoramiento de la higiene masculina. También otro tumor pudiera convertirse pronto en una rareza, por lo menos en los países desarrollados, se trata del cáncer de estómago, que a mediados del siglo xx todavía era uno de los tumores más frecuentes y mortales. Esta enfermedad fue restringida sobre todo por el refrigerador, ya que los alimentos refrigerados pueden conservarse frescos, en vez de utilizar la sal o el ahumado, OMS (2017).

Sohal y col (2016) plantean que en todos los tumores el mejor método para un diagnóstico precoz sería un análisis de sangre que permitiera reconocer la enfermedad, tal como se puede diagnosticar la diabetes, midiendo el nivel de azúcar en la sangre. Lamentablemente, en la oncología casi nunca es posible, aunque sabemos que casi todos los tumores producen sustancias anormales. En la mayoría de los casos no sabemos aún, o no disponemos de los medios apropiados para medirlas. No obstante, hemos logrado algunos avances en este sentido: existen análisis con los que es posible detectar proteínas especiales, los llamados marcadores tumorales que son producidos por determinados tipos de células.

Hasta ahora, la utilidad de este tipo de análisis es muy limitada porque la mayoría de estas sustancias también aparece en la sangre de personas sanas, aunque en pocas cantidades. El tumor aumenta tendencialmente la producción de los marcadores, que ya produce de todos modos el órgano respectivo. Sin embargo, hay que tener mucho cuidado con la interpretación de estos valores elevados porque también pueden tener otras razones que el cáncer. El ejemplo más significativo de ello es el antígeno específico de la próstata, el PSA, han referido Perry MC (2013) y OPS (2017).

CONCLUSIONES

La tendencia de la mortalidad por tumores malignos en el quinquenio 2014-2018 fue descendente, se apreció una sobremortalidad masculina, sin embargo se perdieron más años de vida en la población femenina, el área de salud Rafael Izquierdo fue identificada como de alto riesgo y las principales localizaciones fueron: pulmón, próstata, colon, mama y esófago.

REFERENCIAS

MINSAP (2014). Tumores malignos. Tratamiento. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. *Bibliomed; 24*(5): [aprox. 12 p.]. Recuperado de: http

MINSAP (2014). Cáncer. Mortalidad y Morbilidad. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. *Factográfico de Salud; 1*(2): Recuperado de: http://files.sld.cu/bmn/files/2014/10/factografico-de-salud-octubre-2014.pdf

MINSAP (2017). *Dirección de Registros Médicos y Estadística de Salud*. Anuario Estadístico de Salud 2017. La Habana: MINSAP. Recuperado de: http://www.sld.cu/anuncio/2018/04/06/publicado-el-anuario-estadistico-de-salud-2017

Organización Mundial de la Salud (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014*. Ginebra: OMS. Recuperado de: http://www.who.int/research/es/

Organización Mundial de la Salud (2014). *Cáncer. Nota descriptiva N° 297*. Ginebra: OMS. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/

Organización Mundial de la Salud (2017). Cáncer, Nota descriptiva Febrero de 2017. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs1274/es/

Organización Panamericana de la Salud (2017). *Cáncer: epidemiología, prevención y diagnóstico precoz*. Washington, D.C.: PAHO. Recuperado de: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_-content&view=article-&id=292&Itemid=3904&lang=es

Perry, MC. (2013). Aproximación al paciente con cáncer. En: Goldman L, Schafer AI, editores. Cecil y Goldman. *Tratado de medicina interna*. 24ta ed. Barcelona, España: Elsevier España, S.L. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0B978849113-0338001798

Reyes, ME. (2016). *Los avances en la lucha contra el cáncer. Archivado en: Neoplasias, Oncología*. Boletín al día. Recuperado de: http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2016/01/17/los-avances-en-la-lucha-contra-el-cancer/

Sohal, D., Khorana, AA, (2016). Principles of Cancer Therapy. En: Benjamin IJ, editor. Andreoli and Carpenter's Cecil *Essentials of Medicine* 9na ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9781437718997000552

Yépez, MC., Jurado, DM., Bravo, LM., Bravo, LE. (2018). Tendencia de la incidencia y mortalidad por Cáncer en Pasto, Colombia. 15 años de experiencia. *Colombia Médica;49*(1):42–54. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=129664875&lang=es&site=ehost-live

Anexo 1.

Mapa



INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL CMF BRACITO

EDUCATIONAL INTERVENTION FOR MODIFYING GENERATIVE HAZARD PRE-CONCEPTIONAL ON WOMEN IN FERTILE GEEZERHOOD IN CMF BRACITO

Mariannys Ramos Mendoza mdza@nauta.cu

Jorge Heriberto Alarcón Téllez

RESUMEN

La salud Materno Infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país, debido a que persigue como objetivo el óptimo estado de la madre, así como el del producto de la gestación evitando las posibles complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio El riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres comprende factores de variada naturaleza que implican un peligro potencial para la descendencia. El riesgo preconcepcional es aquel que afecta a mujeres en edad fértil que planean tener un embarazo. Las condiciones biológicas y sociales, así como ciertos hábitos y enfermedades influyen en el crecimiento y desarrollo fetal, ciertos factores maternos hacen que el embarazo sea de alto riesgo para el feto. Por tanto, se hace necesario la implementación de estrategias con el fin de modificar conocimientos sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil mediante intervención educativa**.** Con la aplicación de la intervención educativa, se ha logrado modificar el nivel de conocimientos sobre el riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres de edad fértil en dicha comunidad y por consiguiente una adecuada interacción familiar con los agentes y agencias de socialización presentes en el escenario de investigación.

PALABRAS CLAVES. Riesgo preconcepcional, intervención educativa, riesgo reproductivo.

ABSTRACT

Infantil maternal healt is one of the indicators that are used to measure the degree in development in country, he has owed to what does he chase as purpose the optimum state to the mother avoiding the possible compications of the pregnancy, the delivery and puerperium of the gestation period for the merchandise as him for this reason. The generative hazard pre-conceptional apprehends factors of integrated nature that involve a potential danger for the offspring on women. The hazard pre-conceptional that affects women in fertile geezerhood who plan to have a pregnancy. The biological an social states for this reason as the certain habits and diseases influence in the growth and development the fetal, certain maternal factors trip the the pregnancy is in a high hazard for the fetus. By a point, the execution of strategies with him in modifying acquaintances on hazard is made necessary pre-conceptional in womn in fertile geezerhood interceds with educational interventions. It stops, it was recognized study even I implement the hand goal ane educational intervention in CMF 48 throw in the park in Bracito to township give in the october 2017 – november 2019, the same was constituted by 186 women where a simple random 73 of shape simple was taken to.

KEY WORDS: hazard pre-conceptional, educational intervention, generative hazard.

INTRODUCCIÓN

La salud Materno Infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país, debido a que persigue como objetivo el óptimo estado de la madre, así como el del producto de la gestación evitando las posibles complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.

Para lograr este indicador de salud del binomio madre feto es necesario que existan las condiciones biológicas y psicológicas adecuadas, además de recibir una adecuada atención de salud durante el periodo gestacional, parto y puerperio.

Al analizar estas circunstancias se encuentra correlación entre el nivel de desarrollo del área o país estudiado y el comportamiento del indicador de salud Materno Infantil, de esta forma encontramos que se registran altas cifras de muertes de mujeres en edad fértil en los países subdesarrollados y con compleja situación económico social, cuyas causas de muertes estuvieron relacionadas con el proceso de gestación. Así se recogen las siguientes estadísticas, en África: 1 de cada 21 mujeres tienen riesgo de muerte materna, en Asia 1 de cada 56 y en Norteamérica: 1 de cada 6366.

En correspondencia con ello se comportan los indicadores referentes a la mortalidad infantil, así como los parámetros de crecimiento y desarrollo durante la vida infantil. Debido a las políticas de salud establecidas por la Revolución en nuestro país, Cuba muestra hoy indicadores de salud comparables con países desarrollados, por lo cual considero más útil enfocar este estudio hacia la situación que actualmente acontece en naciones con difícil situación de salud, para brindar una panorámica general del problema que nos ocupa.

Dentro de los programas que lleva a cabo el médico de la familia constituye uno de los más importantes el de la profilaxis del riesgo materno y perinatal, junto al control de riesgo reproductivo preconcepcional que se utiliza detectando el riesgo de toda la población femenina en edad fértil y consecuentemente aplicando medidas de educación sexual y planificación familiar.

La Organización Mundial de la Salud interpreta el concepto de Salud Reproductora como:

> (…) El estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo que favorece o determina la reproducción humana en condiciones saludables, entendido tal el proceso clínico que se inicia antes de la concepción, la concepción misma, el embarazo, el parto, recién nacido, desarrollo del niño, adolescente, jóvenes, adultos, hasta volver a la concepción como punto de partida. (OMS, 2014, s.p).

En relación a la llamada etapa preconcepcional, los cuidados son promocionales y preventivos cuando modifican factores o enfermedades existentes previas al embarazo que de coexistir con este elevarían el riesgo obstétrico y perinatal. Los factores de riesgo más comunes son los biológicos, pero también son muy importantes los psicológicos y los sociales, y deben verse y atenderse no solo en la mujer, sino en el padre, la familia y el entorno. Las acciones propias del sector de salud son decisivas para desarrollar la salud reproductiva y prevenir consecuencias de insalubridad en este aspecto, tales como muertes infantiles, de niños mayores de un año y las maternas.

En diversos estudios, después de clasificar a las mujeres en edad fértil según presencia de riesgo, se obtuvo que la mayoría lo constituían. El programa de Manejo y Control del Riesgo Preconcepcional emitido por la dirección Nacional de Salud y Planificación Familiar, plantea para Cuba que de un 15 a un 25% de las mujeres en edad fértil poseen alguna condición biológica, obstétrica o socioeconómica vinculada al riesgo. Al compararlo con los resultados obtenidos en otras investigaciones de nuestra área geográfica tenemos que esta cifra aumenta considerablemente, lo cual se debe a las características particulares de la población en estudio, así como el estado de salud de la misma que se ve influenciado por el nivel de pobreza y estilos de vida de la población.

Al estratificar el riesgo se encontró que la mayoría de las pacientes presentaron riesgo múltiple o de tipo multifactorial. Estudios realizados demuestran el carácter multifactorial de los riesgos. Otros, que en ocasiones se ve la influencia de los riesgos de forma aislada y es necesario valorar la presencia en la misma persona de los diferentes riesgos, debido a su estrecha relación como elemento biosicosocial, pero se ha subdividido de esta forma en nuestro estudio para obtener una visión más detallada del problema.

De forma desglosada los principales tipos de riesgos son el biológico, seguido del de tipo socioeconómico. Al revisar por subgrupos se plantea en la bibliografía, que en el riesgo biológico predominó la edad desfavorable para la gestación, además del estado de malnutrición por defecto, y en este aspecto está presente la anemia como factor contribuyente.

Almanza () plantea, que la adolescencia es sin duda el elemento más importante que posibilita que las jóvenes que no son bien asesoradas resulten embarazadas, lo que repercute negativamente en el desarrollo de este período fisiológico, pues como se conoce no poseen la madurez biológica ni psicológica para enfrentar el proceso reproductivo, lo cual también trae consecuencias negativas en la esfera ginecológica, pues el inicio precoz de las relaciones sexuales según investigaciones realizadas y criterios de expertos, está muy por debajo de los 18 años, lo que predice la aparición precoz de signos y síntomas en este aparato. (Almanza,

Es por ello, que a la adolescencia se asocian otros factores como el bajo nivel educacional y el momento de la gestación en que se realiza la captación, así como la presencia de complicaciones en el momento del parto y entidades asociadas como la preclampsia. Almanza plantea que el embarazo en la adolescencia constituye un doble riesgo debido a que la joven tiene que asumir responsabilidades para las cuales no está capacitada aún. Por otra parte las mujeres mayores de 35 años también constituyen riesgo por considerarse que comienza a esta edad la etapa de envejecimiento e involución de los órganos del sistema reproductor.

Clasificación de los riesgos preconcepcional:

Antecedentes biológicos: Menor de 18 años, mayor de 35 años. Desnutrición materna III-IV, talla inferior a 150 cm.

Antecedente obstétrico: Aborto a repetición, multípara, espacio intergénesicos corto, defunciones neonatales, defunciones fetales, bajo peso al nacer, Rh sensibilizado, EVHE, cesárea anterior.

Afecciones asociadas: Asma bronquial, endocrinopatías, cardiopatías, nefropatías, Hipertensión Arterial, epilepsia, anemia de células falciformes y otras.

Antecedentes socio- ambientales: Bajo nivel de escolaridad, madre soltera, relaciones sexuales inestables, hábitos tóxicos por alcoholismo, hábitos tóxicos por tabaquismo, condiciones de vida o de trabajo adversas.

El Médico y la Enfermera de la Familia en su contexto laboral, que es la comunidad, ocupan una posición privilegiada que les permite detectar el riesgo de toda la población femenina en edad reproductiva, y poner en práctica medidas para actuar sobre ellas con la cooperación interactiva de la comunidad, la evaluación de sus necesidades sentidas y la gestión intersectorial.

Evaluación del riesgo preconcepcional

Para identificar los riesgos preconcepcional es clave la realización de una **historia clínica** detallada, y siempre vamos a diferenciar dos grupos de pacientes, aquellas mujeres sanas que acuden a la consulta de manera preventiva, de aquellas otras que sí tienen alguna patología y en cuyo caso adquiere gran importancia programar la gestación. Hablamos principalmente de mujeres que presentan Diabetes Mellitus, enfermedades renales , Hipertensión arterial, Epilepsia, enfermedades cardiovasculares o Asma bronquial , las enfermedades más comunes en la edad reproductiva.

En estos casos es preciso realizar un estudio detallado y una valoración del estado actual de cada enfermedad, y en muchos casos se precisará, o bien suspender alguna medicación, o bien sustituirla, o se cambiara modos y estilos de vida por otra más adecuada durante el embarazo.

A la hora de evaluar el riesgo preconcepcional también es de vital importancia estudiar los antecedentes reproductivos de la mujer.

Las pacientes que han tenido complicaciones en embarazos previos están muy sensibilizadas y preocupadas y por ello acuden con prontitud a la consulta del ginecólogo demandando sus cuidados. Los antecedentes que más se han de tener en cuenta son el parto prematuro, los abortos, la muerte fetal y la cesárea anterior. En todos estos casos la labor preventiva hace mejorar de manera considerable los resultados de la futura gestación. Dentro del examen de salud general se incluye la realización de la citología del cuello del útero como screening del cáncer de cérvix. Además, se recomienda la petición de analítica general con grupo sanguíneo y serologías para rubéola, sífilis, VHB, VHC y VIH.

En tal sentido se realizó un estudio de intervención educativa de corte transversal en el CMF Bracito # 48del municipio de Jobabo, en el periodo comprendido Octubre 2017 a Noviembre 2019 con el objetivo evaluar la intervención educativa para modificar el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional a un grupo de mujeres en edad fértil.

El universo está constituido por todas las mujeres en edad fértil, se tomó una muestra de forma aleatoria simple , donde cumplió con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión*.*

Que residan de forma permanente en el área de salud.

Considerarse de riesgo

No presentar enfermedad física o mental que impida participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

No cumplir con los criterios de inclusión.

Este estudio de intervención se desarrolló en 3 etapas las cuales permitieron dar salida a los objetivos.

1ra Etapa: Diagnóstica.

2da Etapa: Intervención propiamente dicha.

3ra Etapa: Evaluación.

Etapa diagnóstica

En esta etapa se aplicó una encuesta a las mujeres para evaluar el nivel de conocimiento sobre los factores relacionados con el riesgo preconcepcional

Para la obtención de datos se utilizó la revisión de las historias clínicas de las pacientes y se confecciono un formulario para la recogida de la información. Las pacientes estudiadas se agruparon de acuerdo con la edad, estado civil, nivel de escolaridad, conducta sexual, inicio de las relaciones sexuales, fuentes de información, conocimientos sobre métodos anticonceptivos y nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional antes y después de la intervención educativa. Se evaluó el nivel de conocimiento debidos a que las pacientes respondieron correctamente más del 50% de las preguntas en la encuesta realizada.

Para el análisis y procesamiento de la información se creó una base de datos utilizando el paquete de programas estadísticos SPSS Versión 8.0 para Windows.

Etapa de intervención

Obtenidos los resultados de la encuesta inicial, se dividió el grupo de estudio en 2 subgrupos para facilitar la aplicación del programa educativo para modificar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo preconcepcional. Las que tuvo 6 semanas de duración, con una frecuencia semanal y una hora y treinta minutos por cada sesión. Se utilizaron diferentes técnicas participativas. Una vez concluida la capacitación, se dio un plazo de 6 semanas para constatar la puesta en práctica de lo aprendido en el curso.

El programa educativo estuvo conformado por los temas siguientes:

Introducción del programa educativo.

Brindar información acerca de la anatomía del aparato reproductor femenino

Seguimiento de la paciente en consulta

Precisar los diferentes tipos de factores de riesgo

Orientar acerca de las medidas según el riesgo

Conclusión del programa educativo evacuando dudas de los temas impartidos durante el programa.

El programa educativo estuvo conformado por los temas siguientes:

Introducción del programa educativo.

Brindar información acerca de la anatomía del aparato reproductor femenino

Seguimiento de la paciente en consulta

Precisar los diferentes tipos de factores de riesgo

Orientar acerca de las medidas según el riesgo

Conclusión del programa educativo evacuando dudas de los temas impartidos durante el programa.

La ejecución de los encuentros se realizó en el CMF # 48 de la siguiente forma:

Encuentro # 1

Tema: Introducción del Programa Educativo.

Tiempo: 45 minutos.

Objetivos:

Presentación del curso y sus objetivos.

Presentación de los participantes utilizando técnicas participativas de presentación.

Diagnóstico inicial(aplicación del cuestionario)

Actividades:

Introducción:

Para lograr establecer relaciones entre los participantes de la investigación se aplicó una técnica participativa por parejas que consiste en formar dúos con las participantes de la investigación las que conversaron durante breves minutos y posteriormente de forma organizada pasaran a presentarse por parejas.

Actividad principal:

Con el propósito se dio a conocer los objetivos del curso así como sus características fundamentales en cuanto a duración, frecuencia e importancia se confeccionaron pancartas sobre estos aspectos. De igual forma se dio a conocer definiciones, términos y palabras claves que fueron utilizadas de forma mantenida durante la investigación dada su importancia, por lo cual se colocó en un lugar del local a utilizar para las reuniones donde puedan ser visualizadas por las participantes.

Cierre:

Como conclusión se realizó un debate orientado por el investigador sobre los aspectos fundamentalmente tratados Y se realizó nuevamente una encuesta para verificar los conocimientos adquiridos.

Técnicas participativas

*Técnica de presentación***:** Presentación por parejas.

Técnica de cierre: Debate

Método de enseñanza: Conferencia

Medios: Plegables.

Material de oficina.

Encuentro # 2

Tema: información acerca de la anatomía del aparato reproductor femenino

Tiempo: 45 minutos.

Objetivo:

Brindar información acerca de la anatomía del aparato reproductor femenino

Actividades:

Introducción:

Para dar inicio al segundo encuentro se aplicó la técnica participativa "sigue la rima" que constituyo en colocar en círculo a los participantes los que de forma consecutiva fueron nombrando una fruta de forma que cada uno mencionara cada vez una diferente y además incluyeran las ya mencionadas. Perdió el que demoro más de 30 segundos en responder adecuadamente o que olvidara alguna fruta ya mencionada.

*Actividad fundamental***:**

Se desarrolló una dramatización que consiste en asignar un rol a un número de participantes a partir de una situación problémica en relación con el tema a tratar sin libreto lo que les permitirá actuar de forma espontánea. Seguidamente se procedió a la discusión del tema y debate grupal.

Cierre:

Para concluir se intercambió con las participantes sobre qué se entendió por anatomía del aparato reproductor femenino y cuáles son los factor de riesgo preconcepcional

Técnicas participativas

Técnica de animación: sigue la rima.

*Método de enseñanza***:** Taller.

Medios: Material de apoyo mimeografiado.

Encuentro # 3

Tema: Seguimiento de la paciente en consulta

Tiempo: 45 minutos.

Objetivo:

Se dio a conocer a las pacientes como modificar o controlar los riesgos

Actividades:

Introducción**:**

Para dar inicio a este encuentro se aplicó la técnica “caja de sorpresas”, en esta ocasión los participantes se colocaron en círculo y se fueron pasando una caja que contenga las preguntas que ofrezcan mayores dificultades en la evaluación final al tiempo que se escuchó una música que al ser detenida por el autor se determinó que quien tenga la caja debe responder la pregunta seleccionada al azar del interior de la caja.

Actividad Fundamental:

Se impartió por parte del investigador una breve aclaración sobre los temas que presenten más dificultades apoyándose en medios de enseñanza.

Cierre:

Se aplicó la técnica temores y esperanza que consiste en que cada uno de los participantes exponga sus temores y esperanzas sobre el tema tratado lo cual fue seguido de un resumen de aquello que se considere principal.

Técnicas participativas

Técnica de animación: caja de sorpresa.

Técnica audiovisual: Video-debate.

Técnica de cierre: temores v esperanzas.

Método de enseñanza: conferencia.

Medios: material de apoyo mimeografiado

Encuentro # 4 Precisar los diferentes tipos de factores de riesgo

Tema: tipos de factores de riesgo

Tiempo: 45 minutos.

Objetivos

- Precisar los diferentes tipos de factores de riesgo

Actividades:

Introducción:

Para dar inicio a este encuentro el investigador realizo un breve recordatorio del tema anterior, posteriormente a modo de evaluar los conocimientos recibidos se procedió a realizar preguntas al azar sobre dichos temas.

Actividad fundamental:

Se procedió a realizar una dramatización acerca de las diferentes medidas a tomar ante la presencia de factores de riesgo

Cierre:

El encuentro finalizo con un intercambio de experiencias entre las participantes moderada por el autor.

Técnicas participativas

Técnica con actuación: Dramatización.

Técnica de cierre: Debate.

Clase práctica: Método de enseñanza; Taller.

Medios: Material de apoyo mimeografiado.

Encuentro # 5

Tema: Orientar acerca de las medidas según el riesgo

Tiempo: 45 minutos.

Objetivos:

Dar a conocer las medidas de prevención.

Actividades**:**

Introducción:

Se aplicó la técnica del "amigo secreto" que consiste en formar parejas al azar y de forma incógnita donde cada uno realizo una pregunta relacionada con el tema impartido en la sesión anterior y así sucesivamente todos tuvieron que preguntar y responder.

Actividad fundamental:

Para brindar la información considerada en este encuentro se procedió a mostrar un video sobre los temas a tratar, que detallo uno de los aspectos. Posteriormente se debatió el tema.

Cierre:

Se aplicó la técnica "La Lotería" que consistió en situar en una caja varias tarjetas, algunas en blanco y otras referentes a preguntas que debían contestar en relación con el tema que se impartió en ese encuentro.

Técnicas participativas

Técnica de animación: La rifa afectiva.

Técnica de organización y planificación: Lluvia de ideas.

Medio de enseñanza: Taller.

Medios: televisor.

Material de apoyo mimeografiado

Etapa de evaluación

Concluido el programa de intervención se aplicó nuevamente la encuesta inicial para observar y comparar los resultados.

A los datos obtenidos se les determino valor porcentual y los resultados se reflejaron en tablas estadísticas para su mejor comprensión

CONCLUSIONES

El grupo de estudio estuvo compuesto por mujeres en edad fértil que residen de manera permanente en la comunidad. Entre los principales factores de riesgo determinados por el estudio se pudo concluir que el mas marcado en la comunidad es la edad. Las pacientes encuestadas tienen un conocimiento inadecuado sobre los riesgos en la preconcepción, sus consecuencias negativas para la salud y el ámbito familiar. Se trazo una estrategia educativa encaminada a mejorar los conocimientos acerca riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil del CMF 48 de la comunidad de Bracito, en el municipio Jobabo.

REFERENCIAS

Arrate, M., Linares, M., Molina, V., Sánchez, I., Arias, M. (2013). Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a las consultas de planificación familiar. *MEDISAN 17*(3): 415-425.

Fernández, H., Crespo, Y., Estrada, I, Rodríguez, K. (2008). Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional. *AMC 12*(3).

Leyva, N., Sosa, M., Guerra, D., Mojena, D., Gómez, N (2011). Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. *MEDISAN 15*(3): 323-329.

Mainegra, M., Pérez, N., Cruz, T. Betancourt, O. (2011) Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus. *Gaceta Médica Espirituana 13*(2)

Pupo, H., Almarales, G., Tamayo, D. (2008). Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada. Manatuto. Timor – Leste. *Correo Científico Médico de Holguín (4)*

Quevedo, G., Vázquez, M., Zulueta, M., Fernández, E., Ruz, J. (2012). Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. *Rev Cubana Med Gen Integr 28(*2): 104-11

Rodríguez, G., León, I., Segura, A., Barzaga, A. Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. *RevCubMed Mil 40*(3-4): 218-226.

Valls, M., Safora, O., Rodríguez, A., López, J. (2009). Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. *Rev Cubana ObstetGinecol* 35(1)

Varona, F., Hechavarría, N., Orive, N. (2010). Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. *Rev Cubana ObstetGinecol 36*(4): 565-572.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES DIABÉTICOS EN LA COMUNIDAD DEL CONSULTORIO NO. 3, LA VICTORIA, LAS TUNAS

EDUCATIONAL INTERVENTION IN DIABETIC PATIENTS IN THE COMMUNITY OF THE OFFICE NO. 3, LA VICTORIA, LAS TUNAS

Maricé Rivero Tamayo marichichi@nauta.cu

Telenia Margarita Piedra Arias

Nelson Pérez Delgado

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención con el objetivo de determinar la influencia del trabajo educativo en pacientes diabéticos atendidos en la comunidad del Consultorio No.3 La Victoria, perteneciente al policlínico docente Manuel Aquiles Espinosa, del Municipio Las Tunas, Provincia Las Tunas. La muestra estuvo constituida por 65 pacientes a los cuales se les aplicó un cuestionario antes y después de la intervención, donde se midieron variables clínicas y epidemiológicas, se identificó las necesidades de aprendizaje de los pacientes diabéticos en cuanto a dieta, ejercicio, autocontrol y tratamiento. Luego de los hallazgos encontrados se impartió un curso de Información Básica, el cual se desarrolló por medio de técnicas afectivas dirigido a enseñar elementos generales de la enfermedad, la prevención de factores de riesgo y la educación sanitaria, el cuadro clínico y complicaciones, diagnóstico y tratamiento del paciente diabético.

PALABRAS CLAVES: diabetes mellitus; autocuidado; control metabólico.

ABSTRACT

An intervention study was carried out with the objective of determining the influence of educational work in diabetic patients treated in the community of the Office No. 3 La Victoria, belonging to the teaching polyclinic Manuel Aquiles Espinosa, of the Las Tunas Municipality, Las Tunas Province. The sample consisted of 65 patients to whom a questionnaire was applied before and after the intervention, where clinical and epidemiological variables were measured, the learning needs of diabetic patients in terms of diet, exercise, self-control and treatment were identified. . Then, from the findings found, a Basic Information course is taught, which is found through affective techniques aimed at teaching general elements of the disease, the prevention of risk factors and health education, the clinical picture and complications, diagnosis and treatment of the diabetic patient.

KEY WORDS: mellitus diabetes; self-guided; metabolic control.

INTRODUCCIÓN

El término diabetes, por su etimología griega, significa: “orinar mucho”, y mellitus: miel, por la eliminación de una gran cantidad de glucosa por la orina.

La Diabetes Mellitus en una enfermedad crónica que produce daños en múltiples órganos y sistemas del organismo humano, por lo que con mucha frecuencia es la causa de invalidez, mutilación y hasta de muerte del individuo por un daño vascular progresivo e irreversible, tanto a nivel retinal, renal, cerebral, cardiovascular y/o

periférico, daños que justifican la alta morbilidad y letalidad que origina esta enfermedad.

La diabetes mellitus (DM) abarca un grupo heterogéneo de alteraciones cuya característica común reside en los niveles elevados de glucosa en sangre. La forma más frecuente es el tipo 2, que afecta entre el 80 % y el 90 % de todos los pacientes con DM. La incidencia y prevalencia de la enfermedad ha aumentado en las décadas recientes y se espera que este incremento continúe. (Mora, 2013).

Actualmente se estima que su prevalencia mundial es de 150 millones de personas y para el 2025 se estima que esta cifra aumente a los 300 millones. En Cuba existe una indudable tendencia al incremento de la prevalencia de esta enfermedad, actualmente se registra en el 3 % de la población, no así la mortalidad, cuya tendencia es a la disminución, pero se mantiene dentro de las diez primeras causas de muerte, ocupando en la actualidad el noveno lugar. (Pérez, 2015).

A nivel mundial, cada año 3,2 millones de muertes son atribuidas a la diabetes, lo que equivale a una de cada 20 muertes, 8700 ocurren cada día y seis cada minuto; por lo menos una de cada diez son en adultos de 35 a 64 años de edad. Las tres cuartas partes de estas muertes suceden en personas menores de 35 años y suceden debido a esta condición, por lo menos 171 millones de personas en el mundo tienen diabetes. Es probable que para el 2030 esta cantidad aumente a más del doble. En los países en vías de desarrollo el número de personas con diabetes aumentará en un 150 % en los próximos 25 años. (López, 2015).

Las personas con diabetes necesitan revisar y actualizar su conocimiento, ya que constantemente se están desarrollando nuevas investigaciones y mejores maneras de tratar la enfermedad. (Méndez, 2017).

El tratamiento de la diabetes es complejo, y sus resultados dependen, en gran medida, del nivel de comprensión, destreza y motivación con que el paciente afronta las exigencias terapéuticas, es por ello que cuidado y educación deben constituir un binomio integral de los servicios de diabetes.(Sánchez, 2015).

En la Provincia Las Tunas, existe un Centro de Atención Provincial al Diabético, donde son remitidos los pacientes que son diagnosticado en la Atención Primaria de Salud, para su educación en el enfrentamiento de su enfermedad; pero el mismo, no es del alcance de la totalidad de los pacientes que sufren esta enfermedad en la provincia por diversas razones: lejanía, dificultades de transporte, situaciones económicas y manejo inadecuado en las áreas de salud. la labor educativa es aún insuficiente por parte de los profesionales que se desempeñan en el equipo básico de salud, para la orientación al paciente y sus familiares aspectos que favorecen el incremento de la prevalencia de la enfermedad; así como, las complicaciones que trae consigo la misma.

Diabetes mellitus tipo 1 se presenta en la época temprana de la vida y se caracteriza por un déficit absoluto de insulina, dado por la destrucción de las células beta del páncreas por procesos auto inmunes ó idiopáticos. Sólo cerca de 1 en 20 personas diabéticas tiene diabetes tipo 1, la cual se presenta más frecuentemente en jóvenes y niños. Este tipo de diabetes se conocía como diabetes mellitus insulinodependiente o diabetes juvenil. En ella, las células beta del páncreas no producen insulina o apenas producen. En los primeros años de la enfermedad suelen quedar reservas pancreáticas

que permiten una secreción mínima de insulina (este período se denomina luna de miel).

Diabetes mellitus tipo 2 que se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, dado por el déficit relativo de producción de insulina y por una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina).Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la obesidad; anteriormente llamada diabetes del adulto, pueden, sin embargo, causar este tipo de diabetes. Es muy frecuente la diabetes tipo 2 asociada a la toma prolongada de corticoides, frecuentemente asociada a la hemocromatosis no tratada· diabetes relacionada con la obesidad, diabetes no insulino dependiente. Varios fármacos y otras causas (Pérez Barrios 2015).

Desde finales de 1960 la diabetes mellitus se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en Cuba. En el año 1997 la tasa era de 18,4 X 100000 habitantes y constituía la 7ma causa de muerte, en 1998 fue de 15,1 X 100000 habitantes y ocupo el 8vo lugar, en ese año, según el Registro Nacional dispensarizados para la DM, existían 21995 diabéticos, para una tasa de 19,7 X 1000 habitantes, predominaban la DM tipo 2, el sexo femenino y la edad mayor de 60 años. En el 2000 ciento sesenta y cinco millones, de los cuales 80 o 90 % correspondían a DM tipo 2, se calcula que en el 2010 habrán 239 millones y en el 2025, 300 millones. Con tales datos se justifica por tanto clasificarla de pandemia mundial.

En la provincia Las Tunas se han realizado numerosos estudios de la Diabetes Mellitus, sobre su morbilidad, mortalidad y complicaciones, pero son insuficientes las investigaciones de intervención que traten de informar, orientar, y educar al paciente sobre su enfermedad, sobre las actividades del diario vivir que lo pueden ayudar a mantener un estilo de vida sano, sobre la cantidad y calidad de la alimentación que requieren, sobre los síntomas y signos que significan una descompensación de su enfermedad, de los cuales son las complicaciones que se derivan de un manejo inadecuado de su estilo de vida: dígase dieta, ejercicio físico y tratamiento, aspecto solubles con una educación adecuada.

Los pacientes diabéticos del Consultorio No. 3 La Victoria, perteneciente al policlínico docente Manuel Aquiles Espinosa, del Municipio Las Tunas, muestran un inadecuado comportamiento ante la enfermedad, lo cual puede estar determinado por una insuficiente educación diabetológica, razón por la cual es pertinente realizar un estudio de sus necesidades de aprendizaje para la elaboración e implementación de una estrategia educativa que permita elevar la calidad de vida de los mismos.

¿Qué es la Diabetes Mellitus?

La Diabetes más que una enfermedad, es un *Síndrome* heterogéneo, que se caracteriza por hiperglucemia.

Conocida desde épocas remotas, en Egipto se describió desde hace más de 3 mil años. En la India, 40 años antes de nuestra era, ya se había notado la relación existente entre la obesidad y la diabetes, así como su tendencia de trasmitirse de una generación a otra. Desde ese mismo periodo se reconocían dos formas de la enfermedad:

Una asociada con adelgazamiento, decaimiento y frecuente perdida de grandes cantidades de líquido por la orina. Es la conocida como diabetes tipo I (insulinodependiente) o juvenil, llamada así por afectar más frecuentemente a personas menores de 30 años de edad.

La otra forma, caracterizada por la corpulencia, obesidad, apetito desmedido y somnolencia, la denominada diabetes tipo II (no insulinodependiente) o del adulto

¿Cuál es la causa de la Diabetes Mellitus?

Esta enfermedad tiene un origen multifactorial, en el que participan varios factores genéticos y otros medioambientales, así como estilos de vida inadecuados. La Diabetes siempre se acompaña de un déficit en la producción o en la utilización de la insulina. Este déficit puede deberse a dos defectos básicos:

Déficit absoluto o relativo de secreción de la insulina por el páncreas.

Resistencia a la insulina (pobre respuesta tisular a la insulina aun en presencia de concentraciones normales de la hormona en el organismo).

¿Cómo afecta al organismo la diabetes?

La Diabetes afecta al organismo alterando el metabolismo de los glúcidos, lípidos y proteínas. El compromiso de la actividad insulínica se expresa con la aparición de una serie de fenómenos metabólicos los cuales se correlacionan de cierta forma con los niveles plasmáticos de la hormona. En la diabetes tipo II, los cuales presentan niveles normales de esta hormona en sangre, se garantizan al menos los fenómenos de lipólisis y por ello no se presentan la beta oxidación de ácidos grasos y por ende los fenómenos de la cetoacidosis (Sierra, 2005).

En contraste, el paciente con diabetes tipo I con la ausencia del efecto de la insulina conduce a un incremento de los ácidos grasos libres en sangre, los cuales estimulan la beta oxidación dando lugar a la formación de una cantidad importante de Acetil-CoA, sustrato inicial de la vía cetogénica. El aumento en la concentración de cuerpos cetónicos en sangre recibe el nombre de cetonemia, produciendo un descenso en el Ph, una acidosis que puede hacerse incompatible con la vida del paciente si no se corrige rápidamente (Informe anual 2018).

¿Cuáles son los síntomas de la diabetes?

Los síntomas de la diabetes ***solo aparecen en algunos pacientes,*** y muchas personas pueden ser diabéticas y encontrarse completamente asintomáticas.(Vicente Sánchez 2015).

Los síntomas clásicos de la diabetes son:

Aumento del volumen urinario (Poliuria).

Aumento de la sensación de sed (Polidipsia).

Aumento del apetito (Polifagia).

Pérdida de peso (En algunas oportunidades, el paciente es sobrepeso u obeso, pero viene perdiendo de peso).

Estos síntomas se pueden presentar de forma aislada o varios de ellos. Estos dependen de la perdida de la glucosa por la orina (Glucosuria). La glucosa es una molécula relativamente pequeña, por lo que es filtrada libremente por el glomérulo renal. Sin embargo en condiciones normales, la totalidad de la glucosa filtrada se reabsorbe en el túbulo contorneado proximal gracias a un sistema de transporte activo, de manera que en la orina no hay glucosa. (Informe anual 2018).

El sistema de transporte que permite reabsorber la glucosa es ***saturable***, de modo que si la glucosa en plasma está por encima de 180 mmol por decilitro, la cantidad de glucosa presente en el filtrado glomerular es mayor que la capacidad de reabsorción del sistema y aparece la glucosuria. Por ello se afirma que el umbral renal para la reabsorción de glucosa es 180 mmol por decilitro.

La glucosa es una molécula con mucos grupos hidroxilos, eso hace que tenga un gran poder osmótico y arrastre consigo agua, por esa razón la glucosuria causa poliuria. Esta conlleva a depleción de líquidos, lo que desencadena el reflejo de la sed y aparece la polidipsia. La pérdida de glucosa en la orina acarrea para el cuerpo menor disponibilidad de alimento, esto desencadena la polifagia y la pérdida de peso. (López, 2017)

Cuando el paciente con Diabetes mantiene constantemente glucemias por encima de 180 mmol por decilitro, entonces es sintomático. Pero si la glucemia está por debajo de 180 mmol por decilitro, es posible que no aparezcan los síntomas de la enfermedad. (Piedra, 2005).

¿Cómo podemos diagnosticar diabetes?

Se utilizan estudios paraclínicos diseñados con este fin dentro de los que podemos citar:

Glucemia capilar en ayuna.

Glucemia capilar postprandial.

Prueba de tolerancia a la glucosa (PTG).

Determinación de la hemoglobina glicosilada.

Micro albúmina (Indicador temprano, sensible y específico de nefropatía diabética).

Química de orina (glucosuria, cetonuria y proteinuria).

Las complicaciones fundamentales de la Diabetes Mellitus son:

Agudas (coma diabético, hiperosmolar, acidosis láctica y coma hipoglicémico, así como mayor índice de infecciones agudas)

Macroangiopatía: Enfermedad Isquémica cardíaca, accidentes vasculares encefálicos y vasculares periféricas.

Microangiopatía: nefropatía y retinopatía diabética

Neuropatías.

Cetoacidosis Diabética:

Aunque históricamente la cetoacidosis diabética es una complicación decreciente, en la población diabética de Cuba en 1994 la mortalidad por cetoacidosis era de 64 x 100 000 diabéticos, (en USA era de 50 x 100 000 habitantes).

Nefropatía Diabética:

En estudios poblacionales realizados por el Instituto Nacional de Nefrología en Cienfuegos, el 25% de todos los casos de insuficiencia renal eran diabéticos (similar a países desarrollados) y el 10-15% de los casos incluidos en el plan de diálisis y trasplantes son diabéticos (en USA son incluidos el 30%) y la media del tiempo transcurrido entre el debut de la DM y el ingreso en el plan de diálisis es de 17.7 años.

Retinopatía Diabética:

Estudios del INEN y el Nivel de Atención Primaria, realizados en la década del 90 muestran que el 26% de los diabéticos tienen algún grado de Retinopatía (lo que significa alrededor de 40 000 casos en el país), pero el 4% padece de Retinopatía Proliferativa (8 000 casos), es decir con riesgo de pérdida de visión o ya ciegos. En un estudio Multinacional realizado en 1980 de diabéticos de Ciudad Habana entre 35-54 años, 2-3% tenían Ceguera legal por esta causa.

Complicaciones Vasculares Periféricas:

El Instituto Nacional de Angiología realizado ha encontrado que entre el 60-70% de los diabéticos conocidos existe algún tipo de Macroangiopatía en los miembros inferiores (30% en piernas y muslos y 62% en los pies). Entre el 1 y 2% de los diabéticos tienen algún tipo de amputación y en general más del 50% de todas las amputaciones no traumáticas se hacen en diabéticos.

Mortalidad por Diabetes Mellitus:

La Mortalidad por Diabetes Mellitus varía de acuerdo a:

la Prevalencia de la enfermedad

Las características étnicas

La calidad de la atención médica y de manera muy importante es influida por la calidad del llenado de los certificados de defunción, por ello en países desarrollados se expresa la mortalidad por diabetes en dos formas: i) como causa básica y ii) por Diabetes, cuando ésta aparece en cualquier acápite del certificado de defunción.

Se sabe que la nefropatía y la sepsis son las principales causas de muerte en los Diabéticos tipo 1, mientras que en la DM tipo 2, la enfermedad cardiovascular y otras enfermedades no relacionadas con la diabetes son las más frecuentes. En los diabéticos tipo 2 tratados con insulina son tan frecuentes la enfermedad cardiovascular como la nefropatía. (Suárez, 2007).

Está bien establecido que el control metabólico es esencial para reducir las complicaciones y por ende la mortalidad, pero para ello se requiere no sólo una organización adecuada del sistema de salud sino la participación activa y responsable del paciente, lo que se logra con un buen estructurado programa de educación.

Clasificación y criterios diagnósticos:

La clasificación actual propuesta por un Reporte de consultantes de la OMS, sobre la base de lo preconizado de un Comité de Expertos de la Asociación Americana de Diabetes, es como sigue

Clasificación etiológica: (Abreviada)

Diabetes Mellitus tipo 1 (destrucción de células Beta, que lleva a una ausencia absoluta de insulina).

Autoinmune (presencia de ciertos tipos de anticuerpos circulantes, especialmente al debut)

Idiopática

Diabetes Mellitus Tipo 2 (insulino resistencia con insuficiencia relativa de insulina o defecto secretorio con o sin resistencia a la insulina).

Otros tipos específicos.

Defectos genéticos de la función de células Beta.

Defectos genéticos de la acción insulínica

Enfermedades del páncreas exocrino.

Enfermedades endocrinas

Inducida por medicamentos o sustancias químicas.

Infecciones.

Formas raras de origen inmunológico

Otros síndromes genéticos a veces asociados a DM.

Sólo se considerará diabético a toda aquella persona en que se confirme cifras de "Diabetes Mellitus" en 2 ocasiones diferentes, independientemente de la edad del sujeto.

El término Alteración de la Glucosa en Ayuna (AGA) identifica sólo riesgo de Diabetes, no diabetes.

Prevención:

Prevención Primaria

Acciones dirigidas a evitar la aparición de la enfermedad.

En la población general (Promoción de salud)

Mantener peso ideal para la talla.

Práctica de ejercicio físico sistemático.

Dieta apropiada baja en sal, normocalórica, rica en fibra, vegetales, frutas y vitaminas, baja en ácidos grasos saturados (< 10%) y azucares refinados.

Estas medidas implican acciones intersectoriales (agricultura, medios masivos de comunicación social, instituciones deportivas, gastronomía, etc.).

En la población en riesgo de Diabetes.

Medidas de promoción de salud ya mencionadas.

Prevención y/o corrección de la obesidad.

Evitar el uso de sustancias diabetógenas.

Se sabe que la nefropatía y la sepsis son las principales causas de muerte en los Diabéticos tipo 1, mientras que en la DM tipo 2, la enfermedad cardiovascular y otras enfermedades no relacionadas con la diabetes son las más frecuentes. En los diabéticos tipo 2 tratados con insulina son tan frecuentes la enfermedad cardiovascular como la nefropatía (Suarez R 2017).

Control metabólico mediante el automonitoreo de la glucemia pre y posprandiales antes y después de la intervención.

Nivel	Buen Control				Aceptable Control				Mal Control			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Glucemia en ayuna	8	12.3	12	18,4	19	29.2	25	38,4	5	4,6	-	-
Glucemia postprandial	5	7,6	8	12,3	23	35.3	20	30,7	5	4,6	-	-

Al analizar los resultados relacionados con el control metabólico que tenían los pacientes estudiados, antes de la intervención solo el 20% presentaban buen control y el 29,2 % tenían un aceptable control al chequear la glucemia en ayuna. En la glucemia posprandial predominaba el descontrol con un 35,3 % y el 4,6 % de la muestra estudiada estaba mal controlado. Luego de aplicar el curso educativo, se evidencian cambios positivos en la conducta, se logran controlar los pacientes predominando el aceptable control con un 69,1%.

Práctica de ejercicio Físico antes y después de la intervención.

Ejercicio Físico	Antes		Después	
	N°	%	N°	%
Asistencia a un área terapéutica en la comunidad	15	23	25	38.4
Autopreparación física				
Caminata	16	24,6	21	32,3

Trote	9	13,8	9	13,8
Ciclismo	5	7,6	5	7,6
No practica	20	30.7	5	7.6
Total	65	100	65	100

Según los resultados relacionados con la práctica sistemática del ejercicio físico, se aprecia que antes de la investigación en los pacientes predominaba una conducta negativa ante la práctica de estos, ya que el 30,7 % no lo practicaban, solamente el 23 % de los pacientes objetos de estudios asistían al área terapéutica en la comunidad, donde recibían la atención de un licenciado en cultura física y del equipo básico de salud y el 24.6% realizaba caminatas terapéuticas. Luego de pasar el curso, los pacientes estudiados modificaron su conducta en relación a la actividad física que debe desarrollar el paciente diabético, como uno de los pilares para el adecuado control. El 92,3 % comenzaron a practicar una de las modalidades de ejercicio físico, incorporándose el 38.4 % a las áreas terapéuticas y el 32.3% comenzó a realizar caminatas terapéuticas.

CONCLUSIONES

La enfermedad es más frecuente en los rangos de edades de adultos mayores y existe un predominio en el sexo masculino sobre el femenino. Antes de la intervención los pacientes tenían bajos niveles de conocimiento de su enfermedad, dieta, autocuidado, ejercicio físico, tratamiento. Después de la intervención se obtuvieron resultados positivos en el conocimiento de su enfermedad, dieta, autocuidado, ejercicio físico, tratamiento. El curso mostró ser eficaz para lograr una mejor comprensión de la enfermedad y desarrollar destrezas para afrontar el cuidado diario.

REFERENCIAS

Hernández, A., González, J. (1997). Agentes farmacológicos actuales en el tratamiento de la Diabetes Mellitus no insulina dependiente. *Rev. Cubana de Medicina General Integral 13*(6):597.

López, C., Ávalos, M. (2013) Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Rev Cubana Salud Pública 39*(2): 331-345. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200013&lng=es.

Menéndez, R., Gómez, D., Lardoeyt, R. (2015). Contribución de la interacción del genoma y el ambiente en la aparición de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Ciencias Médicas 19*(3): 465-477. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000300010&lng=es

MINSAP. (2018). Dirección Nacional de Estadísticas. Informe Anual,

Pérez A, Barrios Y, Monier A, Berenguer M, Martínez I. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus. MEDISAN [revista en Internet]. 2009 [citado 28 Ene 2015];13(4):[aprox. 10p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san111 09.htm

Piedra, TM. (2005). *Intervención educativa en pacientes Diabéticos en un consultorio de la misión Barrio Adentro*, Sucre, Venezuela.2005 barrioadentropublica@infomed.sld.cu

Sierra, ID., Mendivil, CO. Y col (2005): Epidemiología de la diabetes mellitus en: *Diabete mellitus*. Especial Novo- Nordisk.

Suárez R, Garcia R. (1997). Educating Diabetes Educators; an Interective Methodology and an Interdisciplinsary Team. *Pte Educ. Couns 23*(1):278

Vicente, B., Bonilla, J., Vicente, E., Costa, M., Zerquera, G. (2016) Percepción de riesgo de desarrollar diabetes mellitus en personas no diabéticas. *Rev. Finlay 6*(2): 81-92. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200002&lng=es.

Vicente, B., Vicente, E., Altuna, A., Costa, M. (2015). Identificación de individuos con riesgo de desarrollar diabetes tipo 2: una explicación necesaria. *Rev. Finlay 17*(10). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192013001000011&nrm=iso

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE ALCOHÓLICO CMF#26 DE LAS PARRAS MUNICIPIO MAJIBACOA

EDUCATIONAL INTERVENTION FOR THE ATTENTION TO THE ALCOHOLIC PATIENT CMF 26 OF LAS PARRAS MUNICIPALITY MAJIBACOA

Mariela Yero Pupo yudy1291@nauta.cu

Lourdes Quiala Barroso

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa en el consultorio #26 de Las Parras del policlínico 7 de noviembre, municipio Majibacoa provincia Tunas, en el periodo de noviembre 2017 - mayo 2018, con el objetivo de incrementar el conocimiento del alcoholismo y las consecuencias del mismo. El universo de estudio estuvo conformado por los pacientes alcohólicos mayores de 20 años, se seleccionaron los obtenidos mediante los criterios de inclusión y exclusión.El estudio se realizó en tres etapas; una diagnóstica, de intervención y una de evaluación. Uno de los resultados más significativos fue el predominio de edades de 35 a 49 años. El bajo nivel escolar constituye un factor de riesgo en estos pacientes y se logró una gran mejoría en el nivel de conocimiento finalizada la intervención obteniendo resultados satisfactorios.Para la realización de esta investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos internacionales basados en la beneficencia y la no maleficencia.

PALABRAS CLAVES: intervención educativa, alcoholismo, factor de riesgo.

ABSTRACT

Is made a study of educational intervention in the CMF 26 of Las Parras belonging to the policlinic 7 of november, municipality Majibacoa province Tunas, in the period of november 2017 - may 2018, with the objective of to increase the knowledge on the alcoholism and the consequences. The universe of study was shaped for the alcoholics patients more of 20 years, of the which is selected for the obtained through the criteria of inclusion and exclusion. The study is made in three stages, a diagnosed, a of intervention and evaluation. The results more significant were the predominance of the groups of ages 35 to 49. The under level school constitutes a risk factor present in these patients and is archived a great improviment in the level of knowledge completed the intervention obtaining results satisfactory. The implementation of this research is had in account the principles ethical international based in the beneficence and the not maleficence.

KEY WORDS: educational intervention, alcoholism, risk factor.

INTRODUCCIÓN

En búsqueda desmedida de satisfacer sus necesidades el hombre desde su existencia ha cultivado prácticas que desde el punto de vista médico pueden ser perjudiciales si son excesivas o descontroladas, tal es el caso de las bebidas alcohólicas. Según estudios recientes,

> (…) el alcohol es la droga psicoactiva de mayor consumo a nivel mundial, estimándose que existe un gran número de bebedores de riesgo y no en menos medida bebedores

> abusivos y pacientes dependientes de alcohol. Representa una puerta de entrada al consumo de otras drogas, además de ser un factor causante y/o desencadenante de múltiples enfermedades ya siendo considerado su empleo como tal. Se cree que el término alcohol proviene del árabe “Alkuke” que significa esencia o espíritu. La ingestión inicial, con finalidades religiosa dio paso a su consumo colectivo en ocasiones muy especiales, hasta que alcanzó potencialidad dañina cuando su utilización dependió de la decisión personal. Las bebidas más antiguas conocidas son el vino y la cerveza. (Jellenek, 2015, p.295.)

Ya desde el siglo XIX se consideraba al alcoholismo una enfermedad y en 1819 Brulh Cramer le denomina dipsomanía, también fue llamada monomanía de la embriaguez. A pesar de todo, el término de alcoholismo no se utiliza hasta el año1849 gracias al médico Magnus Huss, estudiando su empleo lo definió como una enfermedad capaz de producir daños psíquicos, físicos y sociales.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define como alcoholismo “al trastorno de la conducta crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol excesivas respecto a las normas dietéticas y sociales que acaban interfiriendo en la salud y las funciones económicas y sociales de los consumidores” (Horwitz, Marcone, 2017, p.53).

Es una enfermedad multifactorial que conlleva a la aparición progresiva de afectaciones médicas, psiquiátricas y adictivas que propician que esta se convierta en un padecimiento crónico. Cursa con períodos de remisión y recaídas. Su edad de inicio suele estar entre los 18 y 25 años y tiene mayor incidencia en el sexo masculino aunque en los últimos años se describe una tendencia al incremento de este consumo en las mujeres.

El término alcoholismo incluye el trastorno por dependencia de alcohol y el trastorno por abuso de alcohol. Actualmente no se conoce una causa de esta adicción aunque sí de varios factores que pueden desempeñar un papel importante en su desarrollo. Se atribuyen a la habituación alcohólica causas relacionadas con el estrés, que provocan alteraciones en la relación social, familiar y económica de los sujetos expuestos a este riesgo, asociado con trastornos de la personalidad, rechazo al medio, evasión de conflictos, inmadurez emocional.

El alcoholismo se encuentra entre las primeras causas de muerte en varios países como en España y en los Estados Unidos .Las serias complicaciones de los alcohólicos pueden evitarse con el tratamiento oportuno y adecuado. Se considera que existe un incremento de consumo de alcohol de alrededor del 30 % en los países desarrollados durante los últimos 20 años.

El alcohol como germen solapado influye en la vida familiar: desintegra la familia y afecta a sus ingresos, causa de ausentismo, desempleo y favorece los traumas emocionales en los hijos.

El alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud (tanto para la aparición de enfermedades como para la muerte prematura) más importante, detrás del consumo de tabaco y la hipertensión arterial. Investigaciones demuestran que a partir de los años 90 hay un incremento en el consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes y adolescentes cubanos, conocemos que a pesar de que este hábito no se considera un

problema social, más del 50% de la población mayor de 15 años consume bebidas alcohólicas.

En Las Tunas también se ha observado un aumento del consumo de alcohol reportándose un aumento de los pacientes atendidos en los cuerpos de guardia, relacionados con este consumo. En nuestro municipio esa cifra también ha ido ascendiendo con respecto al año pasado y ahora en el área del CMF #26 este dato también tiene un orden ascendente, reportándose un aumento considerable de pacientes alcohólicos llegando a un total de 76 pacientes.

El alcoholismo ha sido identificado desde hace siglos como un problema social y de salud. Una de las primeras referencias aparece en la Biblia al mencionar a Noé como víctima de ese terrible tóxico.

Según informes publicados por la Asociación Civil Luchemos por la Vida de Argentina y el estudio Perfil de conductores de la región metropolitana de Chile arrojaron que el alcohol es el factor determinante de las muertes ocasionadas en el tránsito estando entre un 40%_50%.

Se estima que entre los pacientes de la atención primaria hay de un 4% a un 29% de bebedores de riesgo, de un 0.3 a un 10% de bebedores abusivos y de un 2% a un9% de pacientes con dependencia de alcohol.

El incremento del alcoholismo como fenómeno social en Cuba se debe principalmente a que se ha llegado a integrar como estilo de vida de grupos socioculturales existentes en nuestro país. Nuestra población es muy propensa a asumir una conducta alcohólica ya que existen muchos bebedores sociales, cabe además señalar que realizamos un sin número de celebraciones dígase cumpleaños, fechas conmemorativas, graduaciones y otras que aunque no sean de vital importancia no dejan de tener como principal invitado el alcohol. Es en estos eventos donde nacen los futuros bebedores ocasionales, sociales, de riesgo y también los que llegan a ser dependientes.

Asimismo expone el Dr. Méndez González que a diferencia del café y el tabaco, el alcohol modifica la personalidad de quien lo ingiere en grandes cantidades y afecta también la conciencia porque tras su efecto sobre el sistema nervioso, lo primero que deprime son los centros que están a cargo del comportamiento social y la conducta.

En el año 1995 se realizaron encuestas en nuestro país que demostraron que al menos una vez en su vida las personas mayores de 15 años han ingerido bebidas alcohólicas lo que incidió en un 45.8% incrementándose en provincias como Las Tunas donde sobrepasaba el 50%. En el 2008 otro estudio efectuado reportó que en algunas comunidades cubanas el 80% de las personas ingieren alcohol y aproximadamente el 25% es alcohólica. Aun así es muy difícil determinar términos estadísticos exactos para esta enfermedad ya que la mayoría de las personas involucradas permanecen en el anonimato.

Desde el año 1985 el Ministerio de Salud Pública en Cuba ha trabajado en el Programa de Prevención de Alcoholismo que a pesar de ir pasando por varias modificaciones para su actualización aún se mantiene vigente , según el mismo, se reorienta la psiquiatría a la atención primaria de salud para la realización de acciones de salud mental en la comunidad, debiendo jugar un papel fundamental el médico y la enfermera

de la familia, dispensarizando y tratando adecuadamente a los pacientes con tendencia al consumo excesivo de alcohol. En el año 2003 se crea el Grupo Operativo de Salud Mental y Adicciones (GOSMA). A pesar de que este programa se rige por los principios básicos de la medicina: prevención, promoción, curación y rehabilitación, la mayoría de los pacientes atendidos por este son casos crónicos que acuden para su tratamiento y principalmente desintoxicación, esto conllevó que en determinado momento algunas provincias del país incluyendo Las Tunas manifestara la falta de un servicio más completo para el tratamiento de esta enfermedad.

Según datos que recoge la dispensarización de los consultorios del médico de la familia, las consultas de psiquiatría y los casos atendidos por rehabilitación, en nuestra provincia existe un alto número de consumidores de riesgo y se estima que este dato esté muy por debajo de la realidad.

Para tener una idea más completa de lo que aún falta por abarcar en cuanto esta drogadicción basta señalar que solo la minoría de estos pacientes son clasificados como consumidores de riesgo, sin numerar que no son muchos los clasificados como perjudiciales o alcohol dependientes que se están recuperando ya sea con ayuda de los diferentes grupos de apoyo que pudieran estar al alcance de ellos para combatir de una forma u otra su enfermedad.

Otro de los aspectos importantes es que casi toda la labor que se hace en las áreas de salud está dirigido a los pacientes alcohólicos establecidos y muy poco respecto a los consumidores sociales y los consumidores de riesgo y de realizarse no se le da la profundidad requerida ni el seguimiento ya sea por el médico y la enfermera o por los trabajadores sociales y promotores de salud. Para ello sería importante en primer lugar hacer una clasificación adecuada de los consumidores para poder determinar el comportamiento de estos ante el tóxico y establecer una estrategia para una adecuada atención médica.

Entre las personas que han recibido tratamiento para el alcoholismo, aproximadamente el 70% refiere una reducción del número de días de consumo y una mejoría de su salud a los seis meses. La mayoría tienen por lo menos un episodio de recaída durante el primer año de tratamiento sin embargo beben con menor frecuencia y toman una menor cantidad que al inicio del tratamiento, pasando a estar abstinentes en el 70 a 90%de los días.

La química del alcohol afecta casi todas las células del cuerpo incluyendo las del sistema nervioso central. Normalmente los alcoholes que se consumen son metabolizados con rapidez, el 90% es degradado por los tejidos del organismo, fundamentalmente del hígado, el resto es eliminado por la vía urinaria y por la respiración de forma pura. Si el alcohol llega a una concentración del 0.05% en sangre aparecen trastornos en el ámbito afectivo, con el 0.1% aparecen daños en la actividad motora, con el 0.2% hay signos de ebriedad y con un 0.5% se puede llegar al coma e incluso la muerte. (5-10)

Existen comportamientos normales y anormales frente a las bebidas alcohólicas: entre los primeros se encuentran la abstinencia y el consumo social. La abstinencia es la ausencia del consumo de alcohol, esta a su vez puede ser histórica cuando ha durado toda la vida o la actual cuando ha sido en los últimos seis meses; en cuanto al consumo

social este se ajusta a normas de cantidad, frecuencia y momentos de gestión adecuada, incluye el consumo de cantidades muy reducidas: uno o dos tragos en ocasiones excepcionales, que no son más de cinco veces en el año y que no se llega a la embriaguez; y el consumo moderado en el que el consumo es mayor pero no pasa ¼ de una botella de ron, no es más de dos veces por semana ni pasa más de un estado de embriaguez ligero.

Los comportamientos anormales están representados por un continuo ascenso que inicia con el consumo dañino o perjudicial y concluye con la dependencia alcohólica, en esta última se encuentran tres etapas:

- Sin complicaciones.
- Complicada.
- En fase terminal.

Las dos modalidades anormales del alcoholismo son a su vez las formas clínicas de este y están precedidas por una categoría intermedia: el consumo de riesgo cuya detección temprana impide el paso a las más severas.

Según especialistas del tema el consumo dañino es identificado por la presencia de efectos nocivos biológicos, psicológicos o sociales asociados fuertemente al consumo de alcohol; mientras que el alcohol dependencia se expresa por la pérdida de la libertad del consumidor ante el tóxico el cual lo llega a dominar.

Existen criterios operativos que se utilizan para identificar los comportamientos anormales ante el alcohol: estos están dados por patrones de consumo, sin tener en cuenta los que duran menos de dos meses y que responden a situaciones transitorias que lógicamente no son válidos. Los criterios son estos:

- Cantidad y frecuencia: este se cumple cuando el paciente consume tres o más veces en la semana el equivalente a un cuarto de botella de una bebida fuerte, dígase ron, coñac etc. Una botella de vino o cinco medias botellas de cerveza, cantidades que representan unos 90 a 100 gramos de alcohol en cada día de consumo o cuando excede 12 estados de embriaguez ligera en un año.
- Nocividad: conocido también como tóxico este se cumple cuando se establecen los efectos dañinos del alcohol ya sea en lo biológico (gastritis, hepatitis, pancreatitis, polineuritis), en el psicológico (depresión, ansiedad, euforia) o en el social (desempleo, divorcio, abandono).
- Esclavitud: se cumple cuando el individuo pierde de forma progresiva su libertad de decidir ante el consumo de alcohol, es decir, si quiere o no beber y de hacerlo hasta cuándo y cuánto puede tomar. De forma práctica la pérdida de esta capacidad se manifiesta de tres formas básicas:

Pérdida del control: no se puede detener una vez que inicia el consumo.

Incapacidad de abstinencia: no puede pasar más de dos días sin beber.

Necesidad cotidiana de alcohol: precisa la ingestión del tóxico para desarrollar sus actividades y responsabilidades.

- Etiquetado: este criterio es de escasa utilidad clínica porque expresa juicios de valor muy modificables por factores subjetivos, sería “ponerle el cartelito” y tiene en la práctica dos modalidades:
- Al etiquetado: es más frecuente y es cuando el patrón de consumo es valorado por familiares y amigos.
- El auto etiquetado: aunque menos frecuentes es de más valor por expresar crítica de enfermedad, aspecto muy importante en las primeras etapas de la toxicomanía.

Para utilizar estos criterios debemos valorar que en los comportamientos normales ante las bebidas alcohólicas no se evidencian ninguno de ellos a no ser en algunos casos que por parte de un familiar podría encontrarse el etiquetado.

En cuanto al consumo de riesgo como etapa de transición al alcoholismo el criterio que se cumple es el primero (cantidad y frecuencia) y en ocasiones el cuarto (al etiquetado). En el consumo dañino se cumplen el primero y segundo criterio (cantidad, frecuencia y nocividad) y algunas veces el cuarto (etiquetado). En el síndrome de dependencia se cumplen todos los criterios incluyendo el cuarto que por lo general está presente. La aparición de complicaciones y finalmente la evidencia del deterioro marcado de la personalidad, sumados a criterios expresados, delimitan parte avanzada de la dependencia, que conducen al alcohólico vagabundo.

No debe olvidarse que cuando se establecen los comportamientos anormales ante el tóxico el objetivo de la atención médica, que ya no tiene mucho por hacer, es lograr la abstinencia total y definitiva y la rehabilitación. Lo ideal es prevenir la enfermedad desde sus inicios con las orientaciones adecuadas para lograr un patrón de consumo normal y evitar la progresión hacia el alcoholismo.

En nuestro país más del 40% de la población consume alcohol, con un índice de prevalencia en el año 1999 en un 6.6% que lo sitúa en los más bajos de América Latina, aunque se ha observado un aumento en los últimos años. Aproximadamente un 25% de las muertes violentas y un 30% de los hechos delictivos se vinculan con el consumo de alcohol. Según resultados de la segunda encuesta nacional de factores de riesgo del alcoholismo, el 44% de la población es alcohólica y en la población tunera un 59.1% ingiere esta bebida y un 4% se define como alcohólica.

Anterior a esto en nuestra provincia en el período especial se había detectado que el 54.8% de la población mayor de 15 años había ingerido alcohol lo que constituye aún un problema de estudio ya que esta enfermedad mantiene gran incidencia y prevalencia.

En el municipio Majibacoa se registran consumidores de riesgo y enfermos por consumo de alcohol, en el Grupo Básico de Trabajo #2 existen 38 pacientes de riesgo y 461 pacientes enfermos por dicho consumo predominando el sexo masculino significativamente, solo se reportó un caso nuevo lo que demuestra una vez más que estos pacientes permanecen en el anonimato y merecen un mejor seguimiento desde inicios de la enfermedad.

En el CMF # 26 se manifiesta el incremento de las bebidas alcohólicas y sus consecuencias ya que se han dado situaciones como escándalos públicos, maltratos

físicos y psíquicos de los que derivan otros problemas de gran afectación para familiares, vecinos y amigos de estos pacientes.

En esta investigación se utilizaron los siguientes métodos.

Del nivel teórico:

- El histórico-lógico para determinar los antecedentes y comportamiento en el tiempo del objeto de la investigación.
- El análisis-síntesis para analizar y sintetizar los materiales bibliográficos consultados para llevar a cabo el diseño de la investigación.
- El inductivo-deductivo para establecer generalizaciones sobre la base del estudio y análisis de los resultados, permitiendo confirmar la validez de los aspectos teóricos que sustentaron la investigación.

Del nivel empírico:

Encuestas: Consiste en un cuestionario de preguntas que se aplica a escala masiva a sujetos seleccionados para obtener información directa de determinados aspectos, hechos, opiniones y opiniones sociales.

Para dar cumplimiento a los objetivos se aplicó un cuestionario elaborado por la autora, previo consentimiento informado (Anexo I).

Durante la intervención se realizaron diferentes técnicas participativas para lograr un mejor resultado y entusiasmar a los participantes de manera que aumentara la seguridad y confianza entre ellos y tuvieran una mejor relación.

Técnicas y procedimientos.

La información fue recogida utilizando como fuente de recolección de datos las historias clínicas de salud familiar e individual, además se realizó de forma activa a través de una encuesta elaborada por el autor, que se aplicó de forma anónima y auto administrada (anexo 1), la cual se volvió a utilizar para evaluar los cambios posteriores a la aplicación de la estrategia de intervención,dichas encuestas fueron revisadas y aprobadas por un comité de expertos, las cuales se aplicaron previo consentimiento informado, con la privacidad requerida, empleando un lenguaje claro y asequible según el nivel cultural de los pacientes.. Se hizo uso de las técnicas investigativas cualitativas y cuantitativas, expresadas en el sistema de métodos teóricos y empíricos que permitieron la metodológica de la información obtenida.

Procesamiento de los datos y análisis estadístico

Los datos obtenidos se procesaron por el método manual simple y se empleó una computadora VIT P2413. Para el procesamiento estadístico de la información fueron utilizados accesorios de cálculos tales como calculadoras. El informe se redactó con la herramienta informativa Word 10.

Para el análisis se diseñaron cuadros estadísticos y se utilizó el por ciento como unidad de resumen de variables cualitativas como: edad, ocupación, estado civil y escolaridad.

Consideraciones éticas

Para desarrollar esta investigación se solicitó el aval del cliente, en este caso del Policlínico 7 de noviembre (Consentimiento de la institución para la aplicación de este proyecto) quedando Mariela Yero Pupo bajo compromiso de la utilización de los resultados obtenidos como parte de su estrategia de trabajo. Nuestro estudio se realizó cumpliendo con los principios enunciados en la declaración de Helsinki como norma ética de la Asociación Médica Mundial y con las Buenas Prácticas Clínicas. Se desarrolló bajo las condiciones de respeto a los derechos fundamentales de las personas y a los postulados éticos de las investigaciones biomédicas en seres humanos, basados en la declaración de Helsinki por la 52 Asamblea General en Edimburgo, Escocia y sus posteriores actualizaciones.

Análisis y discusión de los resultados

La estrategia de Intervención Educativa fue aplicada y evaluada durante el periodo comprendido entre noviembre del 2017 y mayo del 2018.Los resultados obtenidos mediante las diferentes estrategias de intervención comunitaria realizadas con los pacientes alcohólicos en el estudio, permitieron concluir los altos porcentajes de alcoholismo en la comunidad atendida por el CMF#26 de Las Parras y lograron cambios significativos en el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, lo que permitió demostrar que con una estrategia adecuada se puede llegar con más fuerzas a estos grupos de riesgo, evitando así que se conviertan en un problema para la comunidad y la sociedad en su conjunto por lo que se realizaron recomendaciones para un trabajo futuro.

CONCLUSIONES

Al realizar este estudio de intervención educativa se pudo concluir que el número de edades que predominó fue entre 35 y 49 años, según la ocupación la mayoría de los pacientes son trabajadores, seguidos de los desocupados, el mayor número de pacientes son casados y el bajo nivel escolar constituye un factor de riesgo presente en estos pacientes. Se logró una gran mejoría en el nivel de conocimiento obteniendo resultados satisfactorios luego de finalizada la investigación por lo que se puede afirmar que se cumplieron los objetivos de la misma.

REFERENCIAS

Álvarez, S. (2015) Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas.

Anuario Estadístico de Salud. (2016).

Arez, P. (2019). Grandes cambios para la familia. *PartiRcu Sexología y Sociedad (14*): 17-19.

Brands, B. y col. (2018*). Manayement of alcohol. Tobacoa and de odersdrogsproblems. A Physicians Manual*. CAMH Toronto: Harcowrt. 12-68.

Burs, M. y Porter, R. (2018). *Manual Merck*. NJ:WhilihauseStation.

González, R. (2016). *Cómo enfrentar el peligro de las drogas*. Santiago de Cuba: Oriente.

Horwitz, J., Marcone, C. (2017). Base de la epidemiología dl Alcoholismo en América Latina. Ed. Acta. Fondo para la Salud Mental.

Jellenek, EM. (2015). The Discase Concept Alcoholism New Brunnswick. NJ: HillHocese puss.

Martínez, C. (2015). Para que la familia funcione bien. La Habana: Científico-Técnico.

ACTUALIZACIÓN DE LA OPERACIÓN CESÁREA. UN RETO PARA LA OBSTETRICIA MODERNA

UPGRADE OF THE CAESAREAN OPERATION. A CHALLENGE FOR THE MODERN OBSTETRICS

Marisbel Hidalgo Peña

Jorge Luis Rodríguez Utria

Eloisa María Corría Salgado

RESUMEN

La cesárea es el procedimiento quirúrgico más realizado en mujeres de todo el mundo. La decisión sobre la vía de nacimiento depende de los factores maternos biológicos, práctica obstétrica, los sociales, los institucionales y las demandas legales frente a la práctica obstétrica dando lugar a un alto número de cesáreas con las complicaciones asociadas. Se realizó un estudio referativo para actualizar los referentes sobre la operación cesárea y considerar los retos en la práctica obstétrica moderna a través de fuentes bibliográficas de la base de datos EBESCOhost, Scielo, Medline. La sistematización reveló que la operación cesárea es una intervención de alto riesgo en la práctica obstétrica moderna donde no se pueden desestimar las complicaciones inmediatas, mediatas y tardías, su éxito dependerá de la experiencia del especialista, de las condiciones maternos-fetales y de las condiciones estructurales que garanticen el cumplimiento de normas higiénico-epidemiológicas para la optimización de la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVES: cesárea, complicaciones, indicaciones

ABSTRACT

The Caesarean operation is the surgical procedure more carried out from all over the world in women. The decision on the road from birth depends on the biological maternal factors, obstetric practice, the social ones, the institutional ones and the legal demands in front of the obstetric practice giving place to a high number of Caesarean with the associate complications. He/she was carried out a bibliographical study to upgrade the relating ones on the Caesarean operation and to consider the challenges in the modern obstetric practice through bibliographical sources of the database EBESCOhost, Scielo, Medline. The systematizing revealed that the Caesarean operation is an intervention of high risk in the modern obstetric practice where the immediate, mediate and late complications cannot be underrated, its success will depend on the specialist's experience, of the maternal-fetal conditions and of the structural conditions that guarantee the execution of hygienic-epidemic norms for the optimization of the patient's security.

KEY WORDS: caesarean operation, complications, indications.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es el término ginecobstétrico que caracteriza a la intervención quirúrgica que tiene como objeto extraer el feto vivo a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. (Basku y col, 2005).

Durante 30 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha mencionado que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor del 10-15%. Sin embargo, varios factores han contribuido al aumento global de las tasas de cesáreas, tales como mejores técnicas anestésicas y quirúrgicas, menor riesgo de complicaciones postoperatorias a corto plazo, factores demográficos y nutricionales, y la percepción de la seguridad del procedimiento por parte de las pacientes; tanto en países desarrollados como en no desarrollados. (Chelmow, 1997).

Los estudios llevados a cabo por la OMS demostraron que, a medida que las tasas de cesárea aumentan hasta un 10%, ajustando por factores socioeconómicos, se reduce la mortalidad materna y neonatal de forma proporcional. Sin embargo, a medida que las cifras aumentan por encima del 10% hasta el 30%, no se llega a observar ningún efecto sobre mortalidad.

Como cualquier otra cirugía, la cesárea se relaciona con riesgos de morbilidad y mortalidad materna, ya que eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario posterior y anterior, con ello mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y en consecuencia mayor riesgo de muerte materna, además, de los riesgos quirúrgicos y anestésicos intrínsecos del procedimiento médico.

Asimismo, se ha comprobado que la disminución de la tasa de cesáreas no ha reducido la morbimortalidad perinatal, ni ha disminuido los problemas neurológicos infantiles, como la parálisis cerebral y las convulsiones.

Sin embargo, cuando la cesárea está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Por lo tanto, la OMS recomienda que debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten, en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada (cesárea pertinente y segura) (Robson, 2009).

Nuestro país no ha estado ajeno a la situación mundial con respecto a la operación cesárea. Las causas no han sido completamente claras: por una parte la introducción de nuevas tecnologías, pruebas diagnósticas e indicaciones y por otra parte las presiones de tipo administrativo, unidas a una mayor liberalidad en las indicaciones del procedimiento, han contribuido que las tasas hayan aumentado casi el doble en alrededor de 15 años. En 1990 el índice de cesáreas fue de 19.45 % y en 2004 un índice de 34.5%

El Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna no está exento de esta tendencia global y nacional. Aunque no existen estudios ni trabajos anteriores que den referencia en la institución al comportamiento de la cesárea el trabajo sostenido del departamento de estadística demuestra la tendencia general de este proceder en años anteriores al estudio. En el año 1990 el hospital tenía un índice de cesáreas primitivas de 12.5% y un índice de cesáreas globales de 21.3%, en el año 2004 el índice de cesáreas primitivas fue de 25.6% y de cesáreas globales de 40.5%, en el año 2014 el índice de cesáreas primitivas fue de 34.3% y el índice de cesáreas globales ascendió al 58.7% evidenciándose la tendencia al ascenso durante 25 años. Luego de la implementación de protocolos nacionales y los estándares auditables a los comités de cesárea provinciales el índice de cesáreas tanto primitivas como globales ha tendido al descenso.

Estos datos estadísticos infieren que los costos al Sistema Nacional de Salud Pública se incrementaron de forma exponencial, el uso y abuso de terapias antibióticas, de indicaciones no descritas en los protocolos nacionales, así como las indicaciones no obstétricas sobre todo las oftalmológicas incidieron en estos números.

La tasa de ingresos prolongados, índice de bajo peso al nacer asociado a la cesárea, los ingresos por complicaciones respiratorias, los ingresos tardíos así como las complicaciones infecciosas, anestésicas e inherentes a la cirugía han convertido al proceder más que en una solución al Obstetra en un problema médico legal, social, y de presión familiar, administrativa y asistencial provocando la disminución de las tasas de natalidad bruta, confiriendo a la mujer solo a la posibilidad de tres embarazos que puedan llegar al término ya que en nuestro país no está protocolizado el parto transpelviano luego de una cesárea. Así como las complicaciones postoperatorias a largo plazo.

Motivados por lo anteriormente expuesto se realiza la presente casuística donde se pretende actualizar los referentes sobre la operación cesárea y considerar los retos en la práctica obstétrica moderna.

Breve referencia histórica a la evolución de la cesárea

La cesárea se considera la más antigua y a la vez la moderna de las operaciones obstétricas, pues de todas las cirugías es la que más tardíamente ha alcanzado el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica. (Chelmow y col, 2002).

Etimológicamente, el nacimiento de una criatura por el corte de la pared abdominal proviene de los verbos latinos caedere y secare, que significan cortar. En la Roma Imperial a los recién nacidos por esa vía se les llamaba caesons o caesares. Sin embargo, el verdadero origen de su nombre ha sido objeto de múltiples y discutibles versiones. La más popular se desprende del nacimiento de Julio César, quien según Plinio el Viejo, vino al mundo y llevó su nombre por el útero escindido de su madre, caesus, que quiere decir cortado. Basku y autores (2005). Otro posible origen deriva de las leyes romanas de Numa Pompilio, soberano de Roma entre los años 672 y 715 a.C.; ley que bajo los Césares habría tenido el apelativo de cesárea, y que imponía la extracción abdominal post mortem para salvar al feto. Sin embargo, en la época de Numa Pompilio no se consideraba humano al feto por nacer, y en el texto de esta ley se dice: “La Lex Regia prohíbe enterrar a una mujer, que ha muerto durante el embarazo, antes de extraerle el fruto por escisión del abdomen. Quien obra en contra de esto, destruye evidentemente la esperanza de un ser viviente”. La obvia influencia del cristianismo, ha atribuido esta ley a Justiniano.

La primera referencia a una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por el castrador de cerdos suizo Jacob Nufer quien la ejecutó en su esposa con buen éxito para madre e hijo en el año 1500. Sin embargo, el primer caso de operación cesárea en una mujer viva, aceptado históricamente sin objeción, ocurrió en el año de 1610, realizada en Alemania por los cirujanos Trautmann y Seest en la esposa de un tonelero, que al final de su embarazo fue gravemente herida por un arco que al saltar la alcanzó en el vientre, produciéndole una ruptura del útero. El niño logró sobrevivir, pero la madre falleció a los 25 días por sepsis.

En el siglo XVII los más importantes obstetras como el alemán Cornelio Solingen (1641-1687) y el francés Francois Mauriceau (1637-1709) condenaron la operación cesárea en mujeres vivas, debido al desenlace mortal para la madre.

En la Nueva España se tomó la disposición en noviembre de 1772 para realizar la operación cesárea en las mujeres encintas inmediatamente después de la muerte, con el fin de extraer el feto, vivo o no, para proceder a su bautismo. La primera cesárea post mortem en la Nueva España se realizó en el año de 1795 en Chiautla de la Sal.

En 1793 se realizó la primera cesárea con éxito en Inglaterra y un año después en los Estados Unidos de América. En1820, el médico español Alfonso Ruiz Moreno realizó en Venezuela la primera cesárea abdominal in vitam en Latinoamérica, la paciente murió dos días después de la operación, pero el niño logró sobrevivir.

No fue sino hasta septiembre de 1877 cuando se practicó la primera cesárea en una mujer viva en México, realizada en Monterrey, Nuevo León, por J.B. Meras y J.H. Meras, en una mujer con exostosis del sacro y producto muerto sometido previamente a una craneotomía. La madre se restableció y caminó a los veinticinco días.

Para el desarrollo de la operación cesárea fue necesario encontrar solución a dos problemas clave: el alivio del dolor durante las intervenciones quirúrgicas y la prevención y tratamiento de las infecciones. Los pilares de este progreso llegan los nombres de James Young Simpson (1811-1870) quien introdujo el uso del cloroformo en la obstetricia; IgnazSemmelweis (1818-1865) el primero en reconocer la causa de la fiebre puerperal; Louis Pasteur (1802-1895) quien probó la existencia de las bacterias y vislumbró su participación en las infecciones, cuestión que probara Robert Koch (1843-1910); y Joseph Lister (1827-1912) quien introdujo el tratamiento aséptico del campo operatorio. (Baksu, 2005 y Cheimow, 2002).

Considerando que las principales causas de mortalidad materna asociada a una operación cesárea eran la hemorragia y la infección, ambas de origen uterino, resultaba necesario excluir al útero, lo que marcó en 1876 una nueva era en la operación cesárea, cuando el cirujano italiano Edoardo Porro (1842-1902) describió la primera cesárea seguida de histerectomía subtotal con éxito para la madre y el niño.

En México, el doctor Juan María Rodríguez (1828-1894) realizó en 1884 la primera operación de Porro, el niño sobrevivió pero la madre murió en el posoperatorio.

Otro de los temas controversiales asociados a la operación cesárea fue desde 1581 la sutura de la incisión uterina. En el año de 1882 los ginecólogos alemanes Ferdinand Adolf Kehrer (1837-1914) y Max Sänger (1853-1903) introducen conéxito la sutura de plata y seda para cerrar el útero luego deuna operación cesárea. La técnica de Sänger consistía en incidir longitudinalmente el cuerpo del útero en su cara anterior erigiéndose como la operación clásica. Kehrer por su parte, practicó con éxito la incisión transversa en el segmento inferior del útero.

En el año 1921, el inglés J. Munro-Kerr redescubre la técnica de Kehrer, e introduce en 1926 la incisión transversal o semilunar en el útero en lugar de la incisión vertical en la línea media. La operación cesárea del segmento inferior, se convirtió en la técnica ideal de histerotomía en el siglo XX. Durante el periodo comprendido de 1930 a 1960, la

introducción de las transfusiones sanguíneas, los antibióticos y la anestesia segura, permitieron disminuir dramáticamente la tasa de mortalidad materna.

Epidemiología.

La confiabilidad en el mejoramiento de las técnicas quirúrgicas, anestésicas preoperatorias, postoperatorias y en el cuidado de la sépsis y las complicaciones tromboembólicas. A comienzos de la década de los noventa, las tasas elevadas de cesáreas eran un fenómeno propio de los países latinoamericanos. En los países estudiados, las tasas de cesáreas realizadas fluctuaban entre 16.8 y 40 %. Hoy en día, esta “epidemia” parece haberse extendido al mundo entero. En las últimas décadas ha aumentado la realización de esta cirugía. Por ejemplo, en Italia pasó de 6.0 % en 1974 a 29.0 % en 1986; en Estados Unidos de América entre 1965 y 1986 aumentó de 4.5 a 24.1 %, y en Escocia de 7.1 % en 1980 a 10.7 % en 1996. Es importante señalar que el incremento observado en el uso de la cesárea no ha sido un fenómeno exclusivo de países desarrollados.

Existen diversas razones para este hecho, como la disminución de la mortalidad con la llegada de los antibióticos, la mejoría de las técnicas anestésicas y quirúrgicas, la disponibilidad de bancos de sangre y unidades de cuidados intensivos materno y neonatal. La tecnología actual nos permite monitorizar de forma estrecha el bienestar fetal y han aparecido nuevas indicaciones de cesárea.

En América Latina nacen cerca de 11 millones de niños cada año. Se ha observado un aumento de la tasa de cesárea de un 15 al 35 % en los últimos años, lo que representa 2 millones de cesáreas adicionales por año. En países desarrollados y en vías de desarrollo para cada aumento del 1 % en la tasa de cesáreas, hay incremento en gastos de 9.5 millones de dólares.

Medidas preoperatorias.

Una vez decidida la cesárea y conociendo los aspectos anatómicos del útero y la pared abdominal anterior así como las diferentes técnicas quirúrgicas que existen, deberá explicarse a la paciente la necesidad del procedimiento y se procede a obtener el correspondiente consentimiento informado, previa información de los riesgos y beneficios. En casos de cesárea electiva, ésta debe programarse cuando la paciente complete las 39 semanas de gestación o haya evidencia de madurez pulmonar. Las tasas de resultados respiratorios adversos, la ventilaciónmecánica, la sepsis neonatal, la hipoglicemia, la admisión a unidad de cuidado intensivo neonatal y la hospitalización por más de 5 días, comparados con el nacimiento electivo a las 39 semanas, son de 1,8 a 4,2 veces para los nacidos a las 37 semanas y de 1,3 a 2,1 veces para los nacimientos electivos por cesárea a las 38 semanas. (Cunningham y col, 2001).

La paciente deberá recibir en el preoperatorio inmediato las siguientes medidas:

Si se trata de una cesárea electiva, ha de tener un ayuno de por lo menos 8 horas.

Canalizar al menos con un sitio de venopunción que se realizaráen uno de los antebrazos, con un catéter intravenoso número 18 o 16. Se requiere asegurar un goteo rápido para infundir líquidos a la paciente en caso necesario.

Hidratación con por lo menos 1.000 ml de cristaloides (Ringer-lactato, solución salina normal) como premedicación al acto anestésico.

La paciente será desprovista de su ropa y conservará únicamente un camisón suministrado por enfermería. Se cubrirá su cabeza con un gorro quirúrgico y sus pies con polainas.

La cesárea es una cirugía limpia-contaminada en la que se ha demostrado claramente el beneficio de aplicar antibiótico profiláctico para la mujer, aunque persisten dudas en cuanto a las consecuencias sobre el recién nacido. El uso de antibiótico profiláctico reduce en casi un 60% la endometritis poscesárea, al igual que la infección del sitio operatorio. Esta reducción del riesgo es similar tanto en las cesáreas electivas (sin trabajo de parto y con membranas íntegras) como en las no electivas (con trabajo de parto o con membranas rotas.

La ampicilina y las cefalosporinas de primera generación han mostrado eficacia similar en reducir la endometritis posoperatoria. No parece haber mayor beneficio al utilizar antibióticos de mayor espectro o esquemas de dosis múltiples. Dodd y autores (2008),

El esquema antibiótico más recomendado es de dos 2 g de una cefalosporina de primera generación (cefalotina, cefazolina, etc.), intravenosos (IV), en dosis única, que deben aplicarse a toda paciente que vaya a ser sometida a cesárea. De no ser posible la aplicación de la cefalosporina se considerará alternativamente la de ampicilina, 2 g IV en dosis única, o ampicilina-sulbactam 750 mg IV en dosis única.

El momento adecuado para aplicar el antibiótico profiláctico es antes de la incisión de la piel. Un metaanálisis encontró que el antibiótico colocado antes de la cirugía produjo una reducción del riesgo de endometritis y de la morbilidad infecciosa total (comparado con la aplicación al momento del pinzamiento del cordón umbilical) (Hass, 2010).

La tricotomía debe practicarse sólo del vello púbico del monte de Venus inmediatamente antes del traslado a la sala de cirugía. El tiempo transcurrido desde la tricotomía a la cesárea se ha asociado con aumento de la infección de la herida quirúrgica. El lavado preoperatorio de la pared abdominal y de la cavidad vaginal debe realizarse para disminuir la infección postoperatoria. Una revisión sistemática demostró que la preparación vaginal con yodo-povidona, inmediatamente antes de la cesárea, reduce significativamente el riesgo de endometritis, del 9,4% en el grupo control al 5,2% en el de limpieza vaginal (RR: 0,57, IC 95% 0,38-0,87), y ésta reducción es aún mayor en pacientes con membranas rotas. Luego del lavado genital se debe cateterizar la vejiga con sonda vesical, la cual debe permanecer in situ hasta que la paciente recupere la movilidad o hasta 12 horas después de aplicada la última dosis de anestesia regional. (Dodd y col, 2008),

Técnicas quirúrgicas.

Cesárea Segmentaria Transperitoneal.

Es la técnica utilizada en la mayoría de las situaciones obstétricas antes descritas y también la más usada alrededor del mundo. De relativa simplicidad, permite un rápido acceso a la cavidad uterina y por ello es el método de elección. El sangrado de la pared uterina es menor gracias a la formación del segmento uterino.

Para realizar este procedimiento se realiza una laparotomía. En la actualidad se prefiere la incisión tipo Pfannenstiel, en la cual se incide la piel y el tejido celular subcutáneo por medio de una incisión transversa suprapúbica, dos dedos por encima del pubis hasta la fascia muscular.

La incisión abdominal de Joel-Cohen consiste en realizar una incisión transversa en piel a 3 cm por debajo del nivel de las espinas ilíacas superiores anteriores (más elevada que la incisión Pfannenstiel). El tejido celular subcutáneo se abre 3 cm en el centro. Se efectúa una incisión en la fascia de forma transversal en la línea media y luego se extiende lateralmente con una disección roma con los dedos. La disección del dedo se utiliza para separar los músculos rectos de forma vertical y abrir el peritoneo. Todas las capas de la pared abdominal se estiran manualmente con el fin de extender la incisión de la pared. (Hass, 2010).

La incisión de Joel-Cohen tiene ventajas comparada con la de Pfannenstiel: menor frecuencia de fiebre, de dolor y de requerimientos analgésicos. Sin embargo, los estudios no dan información sobre la morbilidad a largo plazo. (Hutton, 2007).

En la presentación cefálica pueden emplearse instrumentos (fórceps o espátulas) para facilitar la extracción o el deslizamiento de la presentación a través de la incisión uterina. El ayudante ejerce presión sobre el fondo uterino para asistir al cirujano en la extracción fetal.

Una vez obtenida la extracción fetal y realizado el secado y estimulación del recién nacido, se pinza y liga el cordón umbilical, siguiendo los criterios establecidos para ello según la condición clínica del neonato y de la patología médica materna. Se procede al alumbramiento dirigido, con tracción sostenida del cordón umbilical y masaje uterino externo para obtener la placenta. Existe evidencia de que el alumbramiento manual incrementa la pérdida sanguínea y el riesgo de endometritis poscesárea (15,2%) comparado con el alumbramiento dirigido (5,7%). Se verifica la extracción completa de la placenta, se limpia la cavidad uterina con una compresa y se procede a practicar la histerorrafia promoviendo la contracción uterina con una infusión de diez unidades de oxitocina. (Monterrosa y col, 2007).

La evidencia actual ha encontrado que el cierre del útero en una capa, comparada con el cierre en dos capas, se asocia con una reducción pequeña pero significativa en pérdida sanguínea y en el tiempo quirúrgico. Sin embargo, no hay evidencia suficiente acerca de sus consecuencias a largo plazo, por lo que se recomienda el cierre del útero en dos planos.

Una revisión sistemática halló que con respecto al cierre del peritoneo, omitir este paso reduce el tiempo operatorio si uno o ambos peritoneos (visceral y parietal) no se suturan. También se constató reducción en la presencia de fiebre en el posoperatorio, en el número de dosis analgésicas y en la estancia hospitalaria. Un estudio de seguimiento examinó la formación de adherencias con relación al manejo previo del peritoneo. Los autores evidenciaron más adherencias en mujeres cuyos peritoneos al cierre de peritoneo visceral o parietal o ambos. Faltan más estudios a largo plazo para dar una conclusión definitiva con respecto al cierre o no de los peritoneo, pero en la actualidad algunas guías recomiendan no efectuar el cierre de ninguno de los

La técnica Misgav-Ladach, utiliza la incisión abdominal de Joel-Cohen excepto para la fascia que se abre, por debajo de la grasa, con la punta de la tijera levemente abierta. El útero se abre como con el método Joel-Cohen (bisturí en la línea media y disección roma para ampliar lateralmente). Luego de la extracción fetal se realiza la remoción manual de la placenta. El útero se extrae de la cavidad abdominal y la incisión del miometrio se cierra con una sutura continua cruzada de una sola capa sin suturar las capas peritoneales; la fascia también se cierra con una sutura continua, y la piel, con dos o tres suturas de colchonero. Entre estas suturas se acercan los bordes de la piel con pinzas de Allis, que se dejan en el lugar durante cinco minutos mientras se retiran los campos operatorios. Las ventajas reportadas por los autores incluyen tiempo de operación menor, menos uso de material de sutura, menos pérdida de sangre intraoperatoria, menor dolor postoperatorio, menos infección de la herida y menores adherencias en la repetición de la cirugía. (Robson, 2009).

Cesárea clásica (corporal).

En este tipo de cesárea el acceso en pared abdominal es el mismo. Sin embargo, la incisión a nivel uterino se realiza longitudinalmente a nivel de la cara anterior del cuerpo uterino. Tiene la ventaja de permitir una rápida extracción fetal. Como desventajas, se refiere que la pérdida sanguínea suele ser mayor, es más difícil de reparar, origina más adherencias y tiene mayor riesgo de ruptura en un posterior embarazo, por lo cual se contraindica un subsecuente parto vaginal.

Sus indicaciones son:

Segmento con mioma o tumor.

Vejiga adherida sobre el segmento.

Carcinoma invasivo de cérvix.

Placenta previa anterior.

Situación transversa fetal.

Estandarización de las indicaciones.

Las cesáreas urgentes se clasificarán en cinco grupos con criterios específicos:

Grupo 1. Riesgo de pérdida del bienestar fetal o estado fetal intranquilizante.

Grupo 2. Fracaso de inducción.

Grupo 3. Detención en el progreso del trabajo de parto.

Grupo 4. Desproporción cefalopélvica.

Grupo 5. Misceláneas.

Indicaciones de cesáreas programadas electivas.

Situación transversa.

Pelviana, sino existe guía de actuación ante el parto transpelviano.

Placenta previa oclusiva total o marginal a menos de 30 mm del orificio cervical interno.

Portadoras de virus de inmunodeficiencia humana.

Condilomas acuminados que se comporten como tumor previo o que sean extensos.

Una cesárea anterior o más.

Infección genital activa por herpes genital menos de seis semanas antes del parto.

Embarazadas sometidas a cirugía uterina previo a que se haya abierto la cavidad endometrial.

Gestaciones gemelares en las que el primer feto no se encuentre en cefálica.

Compromiso fetal demostrado y contraindicación de inducción del parto, Doppler patológico, oligoamnios y cardiotocografía anteparto patológica.

Feto macrosómico: peso fetal estimado superior a 4200 gramos, la estimación del peso fetal debe de estar de acuerdo con por lo menos entre dos observadores, la recomendación alcanza mayor grado de recomendación en pacientes con diabetes gestacional. Robson (2009).

Complicaciones de la operación cesárea.

Durante el acto quirúrgico:

Generales:

Dependientes de la anestesia.

Dependientes del acto quirúrgico.

Inherentes a la cesárea.

Postoperatorio.

- Inmediatas (menos de 24 horas).
  - Generales.
  - Inherentes al acto quirúrgico.
- Mediatas (1-7 días).
  - Generales
  - Inherentes al acto quirúrgico.
- Tardías.
  - Generales.
  - Inherentes al acto quirúrgico.

Generales durante el acto quirúrgico:

- Hemorragia aguda por lesión de un vaso de la pared abdominal (rara).
- Lesión de asas intestinales delgadas o gruesas
- Lesión de vejiga o uréter.
- Hipotensión oligohémica.

Anestésicas:

De la madre:

- Respiratorias.
  - Hipoventilación.
  - Hiperventilación.
  - Depresión respiratoria.
  - Edema laríngeo.
  - Broncoaspiración y broncoconstricción.
  - Apnea.
  - Paro respiratorio.
  - Torax leñoso.
- Cardiovasculares.
  - Hipertensión.
  - Taquicardia.
  - Bradicardia
  - Arritmia y paro cardíaco.
- Otras.
  - Enclavamiento amigdalino.
  - Ascenso del nivel anestésico.

Del feto.

- Depresión del feto, recién nacido o ambos.

Complicaciones transoperatorias inherentes a la cesárea.

- Prolongación de la histerotomía o lesión de un vaso uterino.
- Lesión de vejiga o uréteres.
- Hemorragia del ligamento ancho.
- Embolismo de líquido amniótico.
- Íleo precoz Robson (2009).

CONCLUSIONES

La operación cesárea es una intervención de alto riesgo en la práctica obstétrica moderna en la cual no se pueden desestimar las complicaciones inmediatas, mediatas y tardías, su éxito dependerá en gran medida de la experiencia del especialista, de las condiciones maternos-fetales y de las condiciones estructurales que garanticen el cumplimiento de normas higiénico-epidemiológicas para la optimización de la seguridad del paciente.

REFERENCIAS

Baksu, A., Kalan, A., Ozkan, A., Baksu, B., Tekelioğlu, M., Goker, N. (2005) The effect oplacental removal method and site of uterine repairon postcesarean endometritis and operative bloodloss. *Acta Obstet Gynecol Scand; 84*(3): 266-269.

Bamigboyeaa, HofmeyrGj. (2003). *Closure versus non-closure of theperitoneum atcaesareansection*. The Cochrane Database of SystematicReviews, Issue 4.Art. No.: CD000163. DOI: 10.1002/ 14651858.CD000163.

CA (2014). *Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento*. La Habana: Ciencias Médicas. pág. 528-548.

Chelmow d, Huang E, Strohbehn K.(2002). Closure of thesubcutaneousdeadspace and wounddisruptionafterCesareandelivery. *J Matern Fetal Neonatal Med; 11*: 403-408.

Colectivo de autores (2007). Guías de actuación en las enfermedades obstétricas más frecuentes. Editorial Ciencias Médicas.

HaasdM, Morgan al, darei S, Contreras K. (2010). Vaginal preparationwith anti-septic solution before cesarean section for preventing postoperative infections.The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3. Art. No.: CD007892.DOI: 10.1002/14651858.CD007892.pub2.

Hutton EK, Hassan ES. (2007). Late vs earlyclamping of the umbilical cord in full-termneonates: systematicreview and meta-analysisof controlledtrials. *JAM. 297*(11): 1241-1252.

Monterrosa, A., Arias, M. (2007). Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005. Hospital de maternidad “RafaelCalvo”, Cartagena (Colombia). *Rev Col Obstet Ginecol; 58:* 108-115.

RobsonSj, tan WS, adeyemi a, dear KBG.(2009). Estimating the Rate of Cesarean Sectionby Maternal Request Anony mous Survey of Obstetricians in Australia. *Birth; 36:* 208-212.

FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN ADULTOS MAYORES

FACTORS OF RISK OF THE CANCER OF PROSTATE IN ADULT ELDERS

Marisela Campo Suárez marisela93 @nauta.cu

Alfredo Ávila Jomarrón alfredojomarron1976@gmail.com

Rosmary Aguero Cuenca

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención en los adultos mayores del CMF# 7 del Área de Salud de Vázquez, de septiembre de 2018 a abril de 2019, con el objetivo de elevar su nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de próstata. La población estuvo constituida por los 119 adultos mayores de esta comunidad y la muestra por 50 pacientes elegidos a través de un muestreo aleatorio simple. Se aplicó una encuesta donde se incluyeron variables de interés determinando la necesidad de aprendizaje. Se elaboró un programa de capacitación sobre el tema. El análisis de los resultados se realizó mediante el método estadístico del porciento para compararlos antes y después de la intervención. Al inicio del estudio, el conocimiento sobre los factores de riesgo de la enfermedad era pobre. El programa de intervención modificó los resultados iniciales demostrando su impacto positivo y logrando el objetivo propuesto.

PALABRAS CLAVES: intervención educativa, cáncer de próstata, adulto mayor.

ABSTRACT

Carried out a study of intervention in the bigger adults in the Family Doctor's Office # 7 of Vázquez Health of September 2018 to April 2019, with the objective to raise your level of knowledge on the factors of risk of the cancer of prostate. The population was constituted for the 119 bigger adults of this community and the sample for 50 patient elects through a random simple sampling. Applied an inquiry in which it is included variable of interest by deciding the need of apprenticeship. Elaborated a program of training on the topic. The analysis of the results was carried out by means of the statistical method of the by the hundreds to compare the before and after the intervention. To the start-up of the study, the knowledge on the factors of risk of the illness was poor. The intervention program modified the initial results by demonstrating your positive impact and by achieving the proposed objective.

KEY WORDS: educational intervention, prostate cancer, bigger adult.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que, a pesar de todo el avance en el campo científico, no logra ser controlada. Es un problema de salud mundial, cuyas tasas de incidencia y mortalidad varían de país en país. En el sexo masculino dicha enfermedad maligna más común se localiza en la próstata. (Barrios, Perera, Carvajal y Pérez, 2012).

El cáncer de próstata es una neoplasia hormono-dependiente que constituye la segunda causa de muerte en el hombre a nivel mundial y ocupa el quinto lugar de las causas por esta afección, con un estimado de 330 000 casos nuevos por años en el mundo. (Ruiz, Pérez, Cruz y González, 2017).

En Estados Unidos, en el año 2013 se diagnosticaron casi 238 590 casos de cáncer de próstata y 29 720 varones fallecieron por ello. El número absoluto de muertes por cáncer de próstata ha disminuido en los últimos cinco años, lo que se ha atribuido al uso amplio de las estrategias de detección con PSA. En 2015 se diagnosticó cáncer prostático a 220 800 varones en este país, una incidencia comparable a la del cáncer mamario. Cerca de 27 540 murieron a causa de este tumor en ese mismo año. (Harrison, 2016)

El carcinoma prostático es un tumor maligno que deriva del epitelio acinar y ductal de la próstata, que puede variar considerablemente en su diferenciación glandular, anaplasia, comportamiento, patrones metastásicos y respuestas a la terapéutica. Los patólogos determinan el grado de los cánceres de próstata utilizando el sistema Gleason. Cuanto mayor sea su puntuación Gleason, mayor es la probabilidad de que el cáncer crezca y se propague rápidamente. (Ruiz y col, 2017)

Los cálculos actuales demuestran que casi 40% de los cánceres prostáticos de inicio reciente y 5 a 10% de todos los cánceres prostáticos son hereditarios. El cáncer de próstata afecta de manera diferente a los grupos étnicos. Los varones de edad comparable de raza negra tienen una incidencia más elevada de cáncer prostático y tumores más grandes y características histológicas más preocupantes que los varones caucásicos. (Harrison, 2016).

“Se han establecido algunos factores para desarrollar esta enfermedad: la edad, la raza, la nacionalidad, la dieta, la inactividad física y obesidad, la historia familiar, el centro laboral, los agentes infecciosos, la actividad sexual y el tabaquismo” (Álvarez, 2014, p.14).

Esta enfermedad cobra importancia por dos motivos principales: por un lado está su frecuente aparición en todo el mundo, con tendencia a afectar a individuos mayores de 50 años, proceso de envejecimiento que seguirá profundizándose de manera acelerada en los próximos años. Según estimaciones, para el año 2025 nuestro país será el más envejecido de la región latinoamericana, y para el 2050 se convertirá en uno de los más envejecidos del mundo, con más de 11 millones de habitantes y 19 % con 60 años y más. (González, y Cardentey, 2016) Por otro lado, la ausencia de síntomas en su fase inicial, que unido al crecimiento lento del tumor, hace que pase inadvertido para el paciente, por lo que su diagnóstico se realiza cuando ya se ha propagado fuera de la glándula y esto disminuye marcadamente las posibilidades de una evolución hacia la regresión tumoral.

Es considerada una *enfermedad silenciosa*, pues mientras las células se transforman y se incrementan pueden pasar hasta 10 años sin que se presenten síntomas. La verdadera causa del carcinoma prostático se desconoce, pero está bien claro que su crecimiento está influido por las hormonas sexuales. Es común que los síntomas del carcinoma prostático aparezcan en la fase tardía de su evolución y se deben habitualmente a la infiltración local obstructiva, a las metástasis a distancia y a la infección urinaria condicionada por la estasis crónica.

Para el diagnóstico de esta enfermedad se realiza un examen físico general que está destinado a detectar la presencia del tumor y su repercusión en el resto del organismo. Para su detección se emplea el tacto rectal y la prueba sérica del antígeno prostático específico (PSA). La ecografía transrectal (ETR) puede ayudar al diagnóstico de

tumores no palpables y es el método de elección para realizar la biopsia de áreas intraprostáticas sospechosas. (Ruiz y col, 2017)

Cuba ha buscado sistemáticamente una respuesta a este problema de salud con la creación de la Unidad Nacional para el Control del Cáncer, que tiene como objetivo dirigir el Programa Integral de Control del Cáncer, y como misión integrar en un programa estratégico nacional de salud la acción y colaboración intersectorial y de la población, para generar una respuesta coordinada y sistemática de toda la sociedad, con la finalidad de disminuir la mortalidad por cáncer, contribuir al aumento de la esperanza de vida con calidad de la población cubana y reducir la tasa ajustada de mortalidad por cáncer en un 15 %. (Cobos, Martínez y Vázquez, 2015). En Cuba, cuando la cifra se refiere a la categoría hombres la mortalidad por cáncer de próstata es de 52,4 por cada 100 000 hombres. (Sagué, Franco y Doimeadios, 2017)

En nuestro país, la estrategia para el control del cáncer debe integrar los esfuerzos para la educación y promoción de acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, aptitudes y prácticas saludables en la población, la detección y la prevención de factores de riesgo a nivel poblacional desde la atención primaria de salud, con la introducción de nuevos equipos y terapéuticas, creadas en el país, así como el pesquisaje activo y sistemático de las principales causas de incidencia/mortalidad por cáncer. (Cobos y col, 2015)

Las Tunas como provincia no escapa a este fenómeno. En el 2017 la provincia reportó en el sexo masculino que el cáncer de próstata ocupó el tercer lugar de incidencia, respectivamente, de ahí que el programa de control de la enfermedad intensifique el trabajo con acciones educativas y la introducción de nuevos equipos y terapéuticas, creadas en el país. Si logramos descubrirla en etapas más tempranas, la conducta sería muy diferente y la tasa de mortalidad por esta causa disminuiría.

Nos encontramos ante un problema a escala mundial, que afecta también a nuestra Área de Salud. Transmitir a los adultos mayores el conocimiento adecuado sobre las características del cáncer de próstata, sus numerosos factores de riesgo, educarlos en mantener un estilo de vida favorable que les permita prevenir la enfermedad, nos impulsó a realizar este trabajo. Tiene la finalidad de incrementar su nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de próstata.

Se realizó un estudio de intervención educativa en los adultos mayores del Consultorio Médico de Familia # 7 perteneciente al Área de Salud de Vázquez, en el período comprendido entre septiembre de 2018 y abril de 2019. La población estuvo constituida por los 119 adultos mayores de la comunidad y la muestra quedó conformada por 50 pacientes elegidos a través de un muestreo aleatorio simple de acuerdo a los criterios de inclusión.

La investigación se desarrolló en tres etapas:

Diagnóstico del nivel de conocimiento al inicio del estudio: se realizó una encuesta, previo consentimiento informado de los pacientes, donde se identificó el nivel de conocimientos antes de la intervención.

Etapa de intervención educativa: se elaboró un Programa de Capacitación para los pacientes sobre el tema objeto de estudio en el que se realizaron diferentes actividades educativas distribuidas en varias sesiones de trabajo.

Evaluación del nivel de conocimiento sobre el tema después de la intervención: se aplicó nuevamente la encuesta inicial con el fin de comparar los resultados y evaluar la efectividad de la intervención educativa.

Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y matemáticos. Para el procesamiento y análisis de los datos se empleó la estadística descriptiva utilizando como medidas de resumen fundamentales las frecuencias absoluta y relativa. Los datos se presentaron en tablas de distribución de frecuencias para su mejor ilustración y comprensión.

Los resultados obtenidos se describieron e interpretaron empleando la literatura internacional actualizada para su discusión, lo que permitió arribar a conclusiones y emitir recomendaciones.

Análisis y discusión de los resultados

En la tabla # 1 podemos observar que de la muestra estudiada el 50% estaban en edades comprendidas entre 50 y 59 años, el menor grupo estuvo en las edades de 80 y más. Se evidencia que la población fue decreciendo con la edad. La muestra estuvo integrada por más pacientes blancos que negros, es válido destacar que la mayor parte de la población es de raza blanca. Sin embargo hay 14 adultos mayores negros lo que representa el 28 % del total. Cuando se habla de cáncer de próstata, podemos ver que el riesgo aumenta con la edad, y se estima que al llegar a los 50 años, uno de cada cuatro hombres tiene células cancerosas en la glándula prostática. (Cobos, y col, 2015).

Tabla # 1. Distribución de los pacientes por edad y raza.

Grupos de edades	Raza blanca		Raza negra		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
50 - 59	19	38	6	12	25	50
60 - 69	11	22	5	10	16	32
70 - 79	4	8	1	2	5	10
De 80 y más	2	4	2	4	4	8
Total	36	72	14	28	50	100

Fuente: Historias de Salud Familiar

Al revisar la literatura encontramos que en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila fue la tercera causa de muerte por tumor en varones mayores de 50 años. El grupo de edad que más se vio afectado fue el de los mayores de 65 años de edad, detectándose la enfermedad por lo general en etapas avanzadas. A partir de 51 años de edad la frecuencia de pacientes con sospecha del cáncer se incrementó proporcionalmente, predominaron los pacientes con edad entre 60 y 69 años con 27 casos para un 51.92%, seguidos por los pacientes con edad entre 70 y 79 años con 17 casos para un 32.69 %.

En cuanto al color de la piel existió un mayor número de pacientes con color de la piel negra con 25 casos para un 48.08%. (Vázquez, Dornes, Fernández y Abreu, 2013)

Tabla # 2. Distribución de los adultos mayores según sus Antecedentes Patológicos Personales.

Antecedentes Patológicos Personales	**No**	**%**
Con antecedentes	50	100
Sin antecedentes	-	-
Total	**50**	**100**

Fuente: Historias de Salud Familiar

La tabla # 2 evidencia que los 50 adultos mayores objeto de estudio, presentan antecedentes patológicos personales significativos, lo que representa el 100 %.

Tabla # 3. Distribución de los adultos mayores según sus Antecedentes Patológicos Familiares de cáncer

Antecedentes Patológicos Familiares de Cáncer	**No**	**%**
Con antecedentes	13	26
Sin antecedentes	37	74
Total	**50**	**100**

Fuente: Encuesta

Como muestra la tabla # 3, del total de pacientes, 13 de ellos para un 26 %, refieren antecedentes patológicos familiares de cáncer en parentesco de primera línea. Este dato demuestra que en esta comunidad, existen adultos mayores que no se encuentran exentos de adquirir la enfermedad.

Cuando se analizan los antecedentes familiares los resultados no distan mucho de lo encontrado en la bibliografía, donde se informa que cerca del 9% de los casos tiene historia familiar de esta enfermedad, aunque en hombres menores de 55 años la relación puede observarse hasta en un 43%; en otros estudios se plantea hasta un 40.4% de hombres con historia familiar de cáncer de próstata. (Pérez, Rodríguez, Gallo y Pérez, 2013)

Tabla # 4. Nivel de conocimiento de los 50 pacientes sobre las características del cáncer de próstata, antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento sobre:	**Calificación**	**Antes**		**Después**	
		No	%	No	%
Definición de cáncer de próstata	Alto	7	14	41	82
	Bajo	43	86	9	18
Síntomas	Alto	-	-	32	64
	Medio	7	14	18	36
	Bajo	43	86	-	-
Factores de riesgo	Alto	-	-	41	82
	Medio	19	38	9	18
	Bajo	31	62	-	-
Etapas clínicas	Alto	-	-	37	74
	Medio	18	36	13	26
	Bajo	32	64	-	-
Hábitos dietéticos	Alto	38	76	50	100
	Bajo	12	24	-	-
Medios diagnósticos	Alto	-	-	40	80
	Medio	11	22	10	20
	Bajo	39	78	-	-
Prevención	Alto	9	18	40	80
	Medio	29	58	8	16
	Bajo	12	24	2	4

Fuente: Encuesta

En la tabla # 4 podemos observar el comportamiento del nivel de conocimiento de los pacientes en el transcurso del estudio. En la encuesta inicial 43 pacientes para un 86 %

poseía un bajo conocimiento sobre la definición de la enfermedad y la misma cifra al hablar de los síntomas, sobre los factores de riesgo existían 31 pacientes para un 62 % que desconocían el tema.

La certeza de que más del 80% de los cánceres pueden atribuirse a conductas riesgosas tales como el hábito de fumar y las dietas ricas en grasas animales, supone orientar políticas de salud hacia la promoción de una vida saludable. Sin embargo se necesita tiempo para erradicar los elementos relacionados con la producción del cáncer como es el hábito de fumar y el ron que forman parte del folclor nacional. (Sagué y col, 2017).

En las etapas clínicas con bajo conocimiento 32 pacientes para un 64 %, los hábitos dietéticos 12 pacientes para un 24 %, los medios diagnósticos 39 pacientes para un 78 % y en la prevención 12 pacientes para un 24 %.

Al aplicar la intervención educativa se modifican estos resultados logrando cambios significativos en su nivel de conocimiento, alcanzando un alto nivel en la definición de la enfermedad, con 41 pacientes para un 82 %, en los síntomas 32 pacientes para un 64 %, en los factores de riesgo 41 pacientes para un 82 %, en las etapas clínicas 37 pacientes para un 74 %, en los hábitos dietéticos el 100 % de los pacientes, en los medios diagnósticos 40 pacientes para un 80 % y en la prevención la misma cifra.

CONCLUSIONES

Lograremos un mayor control del cáncer solo si se concibe al individuo de forma integral y se aúnan los esfuerzos del paciente, la familia, la comunidad y el equipo de salud. En el estudio se observó que en los adultos mayores seleccionados, el 72 % resultó ser de raza blanca, dato significativo en esta población. Por el número de pacientes según grupos de edades se evidencia que la población va decreciendo con la edad. El 100 % de ellos refirió antecedentes patológicos personales y 13 pacientes para un 26 %, antecedentes patológicos familiares de cáncer en parentesco de primera línea, lo que demuestra que en esta comunidad, existen adultos mayores que no se encuentran exentos de adquirir la enfermedad. El conocimiento que poseían al inicio de la investigación resultó muy bajo, pocos pacientes conocían los factores de riesgo del cáncer de próstata y sus características principales: definición, síntomas, etapas clínicas, hábito dietético, medios diagnósticos y su prevención. La aplicación de la intervención educativa permitió modificar los resultados obtenidos inicialmente, los pacientes mostraron el conocimiento adquirido en el cuestionario final, lográndose el cumplimiento del objetivo propuesto.

REFERENCIAS

Álvarez, R. (2014). Medicina General Integral. 3ra ed. Vol 4. La Habana: ECIMED.

Barrios, Y., Perera, F., Carvajal, I. y Pérez, A. (2012). Pesquisa de cáncer de próstata en 8 áreas de salud de la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN 16*(3): 376-382. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000300010&lng=es.

Cobos, D., Martínez, I. y Vázquez, M. (2015). Acción preventiva para evitar el cáncer de próstata y colon en los trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados de Holguín. *Revista Cubana de Salud y Trabajo. 16*(1): 25-7. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol16_1_15/rst04115.htm

González, R. y Cardentey, J. (2016). El envejecimiento social: presente y futuro. *Medicentro Electrónica 20*(3): 241-242. Recuperado de:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300015&lng=es.

Harrison, TR. (2016). *Harrison, Principios de medicina interna. Enfermedades benignas y malignas de la próstata*. T II. Cap. 115, 19na ed.

Pérez, L., Rodríguez, LL., Gallo, A. y Pérez, JM. (2013). Complicaciones del tratamiento radiante en el área sexual en el cáncer de próstata. *Acta Médica del Centro 7*(1). Recuperado de: http://www.actamedica.sld.cu/r1_13/prostata.htm.

Ruiz, AI., Pérez, JC., Cruz, Y. y González, LE. (2017). Actualización sobre cáncer de próstata. *CCM 21*(3): 876-887. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300021&lng=es

Sagué, JL., Franco, L. y Doimeadios, Z. (2017). Análisis de la mortalidad por cáncer de próstata en pacientes de la provincia de Holguín. *CCM 21*(1): 33-43. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100004&lng=es.

Vázquez, Y. Dornes, R., Fernández, YB., Abreu, N. (2013). Utilidad diagnóstica del ultrasonido en el cáncer de próstata en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila. *MEDICIEGO 19*(1). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/articulos/t-11.html

LECCIONES APRENDIDAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, MUNICIPIO JESÚS MENÉNDEZ, LAS TUNAS, CUBA

LEARNED LESSONS IN THE HEALTHY NET OF MUNICIPALITY, JESUS MENÉNDEZ, LAS TUNAS, CUBA

Maritza Ingran Calderón maritza61@infomed.sld.cu

Giselda Sanabria Ramos giselda@infomed.sld.cu

Omar Marrero Santo omarms@ult.edu.cu

RESUMEN

La agenda para la acción en Promoción de la salud se enriquece cada día más con la práctica en diferentes lugares y contextos a partir de la Carta de Ottawa haciendo énfasis en algunos de los elementos y enfoques que se consideran fundamentales con el objetivo de reconocer las acciones de la Promoción de la Salud. El municipio Jesús Menéndez, provincia Las Tunas, Cuba integrado desde 1994 a la Red de municipios por la salud, que instauró una lógica de transformación que, además de sanitaria y ambiental, es social, política e incluso productiva punto de partida para otras experiencias, previo pronunciamiento y solicitud de la Asamblea Municipal del Poder Popular. En términos conceptuales y metodológicos, la sistematización de experiencias fue concebida como un proceso orientado a la producción de conocimientos lecciones, aprendizajes a partir de lo sucedido durante las intervenciones desarrolladas en la red de municipios saludables. Empoderado el equipo intersectorial con articulación de saberes que evidencia buenas prácticas de educación y promoción de la salud en la Atención Primaria de Salud. Se potenció la creatividad e iniciativas de los sectores e instituciones, fortaleció la concepción de salubrista como fuente de desarrollo y el sentido político de su quehacer.

PALABRAS CLAVES: lecciones aprendidas, municipio saludable, promoción de la salud, intersectorial.

ABSTRACT

The calendar for the action in Promotion of the health gets richer every day with the practice in different places and contexts starting from the Letter of Ottawa making emphasis in some of the elements and focuses that are considered fundamental to recognize the actions of the PS. The municipality Jesus Menéndez, Las Tunas province, Cuba, integrated from 1994 to the Net of municipalities for the health that established a logic transformation that, besides sanitary and environmental, it is social, political and even productive starting point for other experiences, previous pronouncement and application of the Municipal Assembly of the Poder Popular. In conceptual and methodological terms, the systematizing of experiences was conceived as a process guided to the production of knowledge lessons, learnings starting from that happened during the interventions developed in the net of municipalities and healthy cities.

KEY WORDS: learned lessons, healthy municipality, and promotion of the health, intersector.

INTRODUCCIÓN

El movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCCS) se considera una de las principales oportunidades estratégicas, para la aplicación práctica de los principios y valores de la promoción de la salud a nivel local, con el fin de impulsar políticas públicas hacia el desarrollo de los territorios. Este movimiento existe en los países y municipios de las Américas desde hace más de 30 años y tiene el potencial, a través del trabajo intersectorial y participativo, de contribuir al cumplimiento de los ODS. (OPS/OMS lineamiento orientador)

La relación de salud pública, la salud comunitaria, la atención primaria en salud, el acceso universal a la salud, la cobertura de salud universal y los ODSs. Creo que la salud de la comunidad se refiere a varias cosas: la integralidad de la atención, determinantes sociales, y la relevancia para definir las comunidades que deben basarse en experiencias compartidas. Los grupos de la comunidad deben estar capacitados para asumir la responsabilidad para el diagnóstico de su situación, para la definición de sus necesidades, y para asegurar la acción para hacer frente a estas necesidades. (Carissa, 2017)

En la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, organizada conjuntamente por el Gobierno de la República Popular China y la Organización Mundial de la Salud, para configurar el futuro de la promoción de la salud y reivindicar con determinación su carácter fundamental para el cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2016-2030 (Shanghái, 2016).

La política de movimiento saludable aporta un proceso continuo de liderazgo, dedicación a la salud, compromisos y creatividad; presupone, inicialmente la valoración de las condiciones y determinaciones de objetivos y metas que se propone alcanzar, reorientándose en el contexto de las cuatro vertientes conceptuales que definen la política y estrategia de salud en la década actual, que son Equidad, Salud y Desarrollo, Promoción de salud y Descentralización del sector sanitario. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

El proyecto "*Gestión participativa comunitaria en la Atención Primaria Ambiental"* aplicó el método Investigación-acción-participativa, conducido por el grupo gestor del proyecto y el Médico de la Familia, los grupos de trabajo comunitario junto al delegado del poder popular a través del Análisis de la Situación de Salud (ASS), lo cual permitió no solo identificar los problemas de salud sino participar activamente en la solución de los mismos. En la ejecución de las actividades basadas en la teoría de promover y educar la población a cambios deseados en los comportamientos relacionados con la calidad de vida y el medio ambiente, dependiendo de su propia iniciativa, la ayuda mutua y aumentar su eficacia, eficiencia, coordinación y evaluación de sus resultados e impactos. (Ingran, 2014).

En el proceso de diagnóstico social participativo, se aborda integralmente el problema en el contexto, se realiza la planificación con líneas de base sobre la situación de salud; como promoción de la salud, el desarrollo de recursos humanos, la vigilancia epidemiológica. El enfoque continuo, progresivo y flexible se organiza por fases y los

planes se ajustan con arreglo a la información obtenida como resultado del diagnóstico. (Ingran, 2017).

Herramienta metodológica para la promoción de la salud, los determinantes sociales de salud y la intersectorialidad

El análisis de la situación de salud (ASS) representa un instrumento científico-metodológico aplicativo para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios. Este se sustenta en lo aportado por (Martínez, 2006).

Se fortaleció en la red de municipios por la salud, el proceso de evaluación de los componentes de acción intersectorial, comunitaria, político. La necesidad de perfeccionar las actividades de análisis epidemiológico que posibilite identificar los problemas de salud y sus condicionantes sociales en el marco conceptual por niveles. En la “figura” se muestran los niveles Micro, Meso y Macro

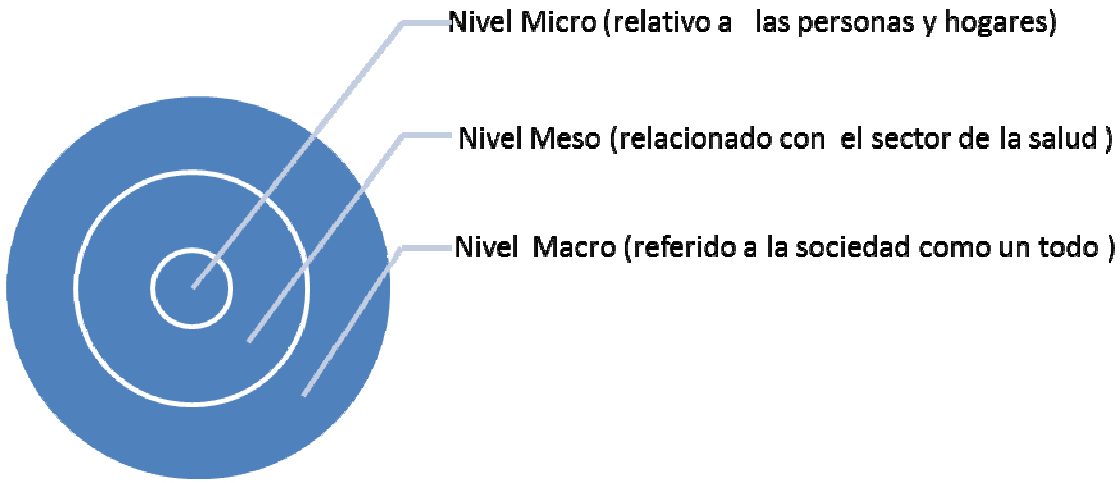


Figura. *Elaboración propia de la autora*

El propósito es potenciar, fortalecer la capacidad de gestión del conocimiento, de la comunicación para la salud y la investigación. Desarrollar la incidencia política y abogacía, propone, asesora, monitorea y evalúa las políticas públicas, para contribuir a mejorar la salud de la población con enfoque de los determinantes sociales. Dicho análisis incluyó los tres niveles para el desarrollo de planes, programas de capacitación en pregrado y postgrados, en el diseño de proyectos y estrategias de desarrollo local. (Ingran 2014).

La ejecución y seguimiento la realizó el grupo gestor integrado por veintinueve profesores de las diferentes sedes universitarias. Para el mejor desempeño de nuestras acciones en el municipio, consideramos importante la estratificación por consejos populares y estratos sociales: 5 consejos populares, 10 consultorios del médico y de la enfermera (CMF) y el mismo universo de circunscripciones del área de salud.

El monitoreo y evaluación que se aplicó mediante indicadores cuantitativos y cualitativos implementados en las diferentes modalidades del movimiento por la salud al inicio de la intervención- acción - participativa, para poder establecer que cambios se

produjeron o no en la línea del tiempo de la intervención y mediante la evaluación establecer por qué, qué, cómo, quienes, el alcance del cambio y su sostenibilidad en la red de municipios saludables. (Ingran, 2017).

Se destacan por su significación la determinación de un sistema de componentes fundamentales de herramientas para compartir lecciones aprendidas de la red de municipio saludable como experiencia obtenida por los autores en el período (2000-2017) y sistematizada en posteriores investigaciones la intersectorialidad como enfoque tecnológico en la práctica social, a partir de la fortaleza del gobierno local, logrando alianzas con las direcciones municipales de Educación, Deporte, Trabajo, Cultura, Emisora, Comunales, Acueducto, Sede Universitaria, Organizaciones sociales y de masas. Favorecen la habilidad de entender la promoción de la salud como un enfoque estratégico para contribuir al cumplimiento de los ODS.

Se logró crear una cultura en la gestión de proyectos para optimizar y movilizar sus propios recursos a nivel local en función de los principios y políticas sobre la base de una correcta identificación de los problemas del territorio. Se ejecutaron ochos proyectos con liderazgo del sector sanitario. Lograr que la capacitación tuviera un enfoque integral y sistémico de prevención, promoción y educación para la salud.

El trabajo del grupo gestor con enfoque de promoción de la salud en la atención primaria ambiental

Consistió en el desarrollo de reuniones de trabajo mediante el desarrollo de técnicas grupales, que contribuyeron al flujo de ideas, opiniones útiles y eficaces en la identificación, de riesgos, vulnerabilidad e impacto, la priorización y solución de problemas que afectan la salud y la calidad de vida. La realización de la práctica de campo con algunos de los miembros del grupo y estudiantes por los estratos sociales estratificados en la investigación.

La focalización de los principales problemas, fueron visualizados en video para realizar debates, análisis participativo con los sectores de la economía y la sociedad; con la participación de las mujeres en cada uno de los escenarios. El impacto se evaluó a partir del monitoreo evaluación por parte del grupo gestor, expertos/as en las diferentes etapas del proceso continuo de compromisos y responsabilidades compartidas se trabajó para mejorar y conservar la salud de la población. Participando como beneficiarios en diferentes investigaciones a través de:

- Proyecto Guía Práctica para el Manejo Alimentario Nutricional de Grupos Vulnerables en situaciones de Emergencias. Norte de la provincia de Las Tunas. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiologia y Microbiología. UNICEF
- Proyecto Intervención nutricional para mejorar el estado de vitamina A en niños menores de 5 años. INHEM. 2016
- Proyecto metodológico para la aplicación de los Indicadores de Género para Medios de Comunicación en las radios municipales de Las Tunas. UNESCO. 2016
- Proyecto Alfabetización en el sistema de salud. ENSAP.2015 -2017

- Proyecto Institucional. Formación del profesional universitario para la gestión del desarrollo local sostenible en la universidad de Las Tunas. 2016

Permitió un incremento de la capacitación de los recursos humanos a través de talleres 89, conferencias 102, realización de eventos científicos técnicos. Jornadas científicas 8. Simposio 4. Publicaciones 34. Socialización en evento científico carácter nacional e internacional 9. Dentro del movimiento se declararon por la salud escuelas, círculo infantil, mercado agropecuario, consejo popular.

Formación de capacidades Diplomados 38 profesionales, técnicos, delegados como facilitadores del Desarrollo Rural Comunitario y 18 en Promoción de la Salud impartido en nuestro municipio. Formación de 46 promotores de salud escolar por centros educacionales. 556 en las comunidades y centros laborales.

Nuevas alianzas académicas de cooperación técnica a través de: La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) .Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), Centro Nacional de Educación Sexual (CENSEX), Directora de la Editorial de la Mujer y la Revista Mujeres de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades (ProSalud). Instituto Nacional de Nutrición (INHEN), Programa Mundial de Alimento (PMA).

Buenas prácticas en la red de municipio saludables

Este se sustenta en lo aportado por Ingran (2017), en relación con: La participación social de intervención se caracterizó por estar todos los actores al mismo nivel, se trabajaron las problemáticas reales de las comunidades lo que facilitó el trabajo en equipo y el empoderamiento de las comunidades de los líderes formales y no formales, se potencio el trabajo de pares.

Se estableció un compromiso con los diferentes sectores en el entendimiento que ellos no eran los responsables de la identificación, jerarquización y caracterización de los problemas dentro del plan de actividades cada sector asume una responsabilidad se establece una coordinación con el propósito de no duplicar esfuerzos.

Fortalecida la motivación y el empoderamiento por el autocuidado individual y familiar y la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles con una adecuada vigilancia epidemiológica de higiene ambiental y comunal. Lo que nos ha permitido conocer el avance del cuadro de salud del municipio al no presentar focalidad de Aedes Aegyptis.

La comunicación de riesgos ambientales y epidemiológicos con enfoque de prevención y promoción de salud, a través de la emisora comunitaria Radio Chaparra, la voz de la comunidad con la participación de especialistas de salud de forma sistemática, en diferentes programas de orientación a la mujer y la familia.

La estrategia pedagógica de Educación ambiental mediante la ejecución de proyectos comunitarios, en correspondencia con las prioridades del Programa Científico Técnico de Salud, Ciencias Sociales - Humanística y el programa de Nuevas Tecnologías de la Información, el desarrollo de investigaciones multidisciplinarias e intersectorial la capacitación con enfoque integral y sistémico de prevención, promoción y educación en salud.

Elaboración de 18 programas educativos de promoción de la salud dando respuestas a los problemas organizativos con el método PRECEDE en los policlínicos de Puerto Padre y Menéndez en los departamentos de estomatología, nutrición, psicología, hogar de ancianos, casa de abuelo, Politécnico de Delicia, casa de abuelo y departamento de farmacia y óptica.

Se creó una Red de gestión de comunicación e información a nivel local que permite dar a conocer: convocatorias de eventos, maestrías, cursos de superación de pregrado y postgrados con otros centros de Educación Superior e instituciones.

Reconocimientos obtenidos como buenas prácticas

- Premio CITMA. Resultado Científico: Gestión participativa comunitaria en la atención primaria ambiental. Municipio Jesús Menéndez, Las Tunas 2018.
- Premio: Iniciativa seleccionada en el Concurso realizado por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) de Experiencias Significativas en Promoción de la Salud en la Región de las Américas. Ámbito: Municipios/Ciudades. Categoría: Intersectorialidad. Título: Gestión participativa comunitaria en la atención primaria ambiental. País: Cuba. 2017
- Sala de Análisis de situación de salud y calidad de vida. México 2007. Porque el sistema nacional de salud en Cuba ofrece el sistema Estadística Nacional y de vigilancia integrado de salud.
- 2do Premio PETROBRAS Interamericano de Salud Ambiental 2005. Concejo Científico del Congreso Salud y Medio Ambiente. Proyecto de Desarrollo Municipal y su contribución al bienestar de la población.

Lecciones aprendidas

En el orden científico la contribución teórica consiste en la relación que se establece en el desarrollo de la dimensión política-educativa de estudiantes, profesores y la comunidad debido a que ésta proporciona elementos para descubrir las causas de los problemas a través del Análisis de la Situación de Salud (ASS) y los Determinantes de la Salud (DSS) que permiten avanzar en aproximaciones sucesivas hacia una acción transformadora y científica.

El aporte práctico está dado por una herramienta teórica metodológica que incluye la investigación cualitativa que permite vincular permanentemente la teoría con la práctica, considerando la investigación como un proceso metodológico de mediación, para involucrar a todos los actores sociales y lograr su compromiso, el de abogacía, con la causas de interés en las políticas públicas y la información y comunicación social que hacen posible fortalecer los procesos de la promoción de salud a nivel local con las acciones de los estudiantes en las diferentes carreras de Ciencias Médicas, Comunicación Social, Socioculturales y ciencias Pedagógica.

La gestión del desarrollo local desde las perspectivas de salud, prepara adecuadamente a los sistemas locales de salud para la descentralización, la articulación intersectorial y la promoción de la salud, contenidas en los lineamientos de la política económica y social del partido y la Revolución.

Empoderado el territorio donde se evidencias buenas prácticas de la promoción de salud en los sistemas locales de salud (SILOS). La realización de cuatro Simposio Nacional de Promoción de la Salud Soberanía Alimentaria y Desarrollo Local y Salud Sexual Reproductiva. Jesús Menéndez, Las Tunas. Con el objetivo de propiciar el intercambio de diversas ciencias cuyo objeto es la población, la familia y el individuo a través de la promoción de salud para lograr la concertación con el sector sanitario a nivel local, fortalecer las potencialidades existentes en el país.

CONCLUSIONES

En sentido general, se concluye que: como proceso social, incide sobre los valores, la sociedad estimulando principalmente el marco de la Descentralización, la responsabilidad social, la participación de personas, comunidades intersectoriales en búsqueda permanente de equidad en salud. Obteniendo un impacto práctico, teórico, metodológico. En lo político con los lineamientos del 7mo Congreso del Partido Comunista de Cuba y las prioridades del Sistema Nacional de salud pública contribuyeron a mejorar el estado de salud de la población a través de acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Perfeccionó la política de movimiento municipio saludable aporta un proceso continuo de liderazgo, dedicación, compromisos y creatividad; presupone, inicialmente la valoración de las condiciones y determinaciones de objetivos y metas que se propone alcanzar, reorientándose el contexto de las cuatro vertientes conceptuales que definen la política y estrategia de salud en la década actual, que son Equidad, Salud Desarrollo, Promoción de salud y Descentralización del sector sanitario.

Las actividades con carácter de Innovación + Desarrollo continua, su introducción de resultados al proceso tecnológico con una complejidad mayor, ya que las acciones desarrolladas van más allá de las condiciones reales de las que cuenta nuestra Dirección Municipal de Salud y el Policlínico Docente Dr. Mario Pozo Ochoa, Dirección Provincia de la Salud.

Es importante señalar que el espacio para esta sistematización no permite describir ni comentar los ochos proyectos integrales ejecutados. Es por esta razón que se tomaron los resultados más innovadores en las lecciones aprendidas y las buenas prácticas.



Mesas de diálogo con enfoque integral del desarrollo local con competencia innovadora, con un sistema de habilidades comunicativa considerando las tres funciones principales de las Universidades y Tecnológicos: docencia, investigación y extensión, esta experiencia con perspectivas de género es una manera distinta de mirar al territorio y consistió en el reconocimiento de los diferentes roles y necesidades de mujeres y hombres, el acceso y control con respecto a los recursos y las inequidades que resultan de ahí, un tema de acción con el fin de superar tales inequidades que perjudican a uno u otro de los sexos.

Consolidado el espacio de discusión científica para la sistematización e intercambio de experiencias que permitió la socialización y visualización de las buenas prácticas intersectoriales, la innovación de un sitio donde tienen un espacio interdisciplinario varias ciencias: Único de su tipo en el país cuenta con cuatro ediciones. Simposio de Promoción de Salud, Desarrollo Local, Soberanía Alimentaria y Salud Sexual y Reproductiva.

REFERENCIAS

Acerca de Municipios Saludables. Washington, *DC.PE 1(*2). [publicación periódica en línea]; Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php

Carissa F, (2017). *Reunión de Expertos en Salud Comunitaria. Acta 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana*. En F Carissa (presidencia), Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php

Ingran, M, Rodríguez, Z., y Santo O (2014) *Experiencia de la gestión participativa en promoción de la salud Jesús Menéndez, Las Tunas* Simposio en la II Conferencia de Educación Médica para el Siglo XXI, II Conferencia Internacional de Educación Médica para el Siglo XXI La Habana, Cuba.

Ingran, M. (2014) *En el Interjuego de la invisibilidad* (1rd ed) Editorial [CD-ROM].La Habana: CENESEX.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2017) *Gestión participativa comunitaria en la atención primaria ambiental.* Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com

Organización Mundial de la Salud (2016). *Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.* Recuperado de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/about/es

Retrepo, E., Málaga, H. (2002). *Promoción de la Salud: Cómo construir vida Saludable*. Bogotá: Editorial Médica Internacional.

[Fotografía Manolo]. (Mesa de diálogo intersectorial. 2017).IV Simposio de promoción de la Salud, Desarrollo local, Soberanía Alimentaria y Salud Sexual Reproductiva. Biblioteca Departamento Policlínico Dr. Mario Pozo Ochoa, Jesús Menéndez, Las Tunas.

PROYECTO GESTIÓN PARTICIPATIVA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA CONTRIBUIR AL DESARROLLO LOCAL. MUNICIPIO JESÚS MENÉNDEZ

PROYECT ADMINISTRATION PARTICIPATIVA IN THE PRIMARY ATTENTION OF HEALTH. CONTRIBUTION TO THE LOCAL DEVELOPMENT. JESÚS MENÉNDEZ

Maritza Ingran Calderón maritza61@infomed.sld.cu

Giselda Sanabria Ramos giselda@infomed.sld.cu

Omar Marrero Santos

RESUMEN

Se presentan los resultados del proyecto Gestión participativa en la atención primaria de salud para contribuir al desarrollo municipal. Jesús Menéndez 2011-2018.Los objetivos: ejecutar acciones a partir del diagnóstico de la situación de salud al inicio del proyecto, con un abordaje integral e intersectorial (sectores de la cultura, emisora comunitaria, comunales, acueducto, centro universitario municipal, organizaciones sociales y de masas), –conocer el entorno social y comunitario y construir un proyecto comunitario con una visión viable. Utiliza el enfoque de marco lógico y la metodología investigación-acción-participativa. Como resultado se logró impulsar el liderazgo local con un enfoque epistemológico de causa-efecto,el posicionamiento de las cuatro vertientes conceptuales que definen la política y estrategia de salud en la década actual, dígase equidad, salud y desarrollo, promoción de salud y descentralización del sector sanitario. Posicionar el enfoque de intersectorialidad a partir de los niveles información, coordinación, cooperación e integración en el sistema de salud, que derivó un conjunto de acciones concatenadas para mejorar el bienestar de la población. La conclusión fundamental haber logrado obtener resultados mancomunados que permitieron generaren el municipio políticas de gobierno y sectoriales, con beneficio de los pobladores.

PALABRAS CLAVES: gestión participativa, Atención Primara de Salud, promoción de la salud, intersectorialidad.

ABSTRACT

The results of the project Administration participativa are presented in the primary attention of health to contribute to the municipal development. Jesus Menéndez 2011-2018.Los objectives: to execute actions starting from the diagnosis from the situation of health to the beginning of the project, with an integral and intersector boarding (sectors of the culture, community, communal radio station, aqueduct, municipal university center, social organizations and of masses), to know the social and community environment and to build a community project with a viable vision. It uses the focus of logical mark and the methodology investigation-action-participativa. As a result it was possible to impel the local leadership with a focus cause-effect epistemológico, the positioning of the four conceptual slopes that you/they define the politics and strategy of health in the current decade, say you justness, health and development, promotion of health and decentralization of the sanitary sector.

KEY WORDS: administration participativa, attention prevailed of health, promotion of the health, intersectorialidad.

INTRODUCCIÓN

Con las Conferencias de Atención Primaria de Salud en Alma Atayla de Promoción de la Salud en Ottawa, así como las subsecuentes, hasta Shanghái, no hay dudas de la influencia que ellas hanejercido en las estrategias de la Organización Mundial de la Salud [OMS]en particular “Salud para Todos en el Año 2000”, “Salud en todas las políticas” y más recientemente la “Agenda 2030 para el desarrollo sostenible”.

Con respecto a esta última la directora de la OPS expresó:

> (…) es innegable la relación de salud pública, la salud comunitaria, la atención primaria en salud, el acceso universal a la salud, la cobertura de salud universal y los ODSs. Creo que la salud de la comunidad se refiere a varias cosas: la integralidad de la atención, determinantes sociales, y la relevancia para definir las comunidades que deben basarse en experiencias compartidas. Los grupos de la comunidad deben estar capacitados para asumir la responsabilidad para el diagnóstico de su situación, para la definición de sus necesidades, y para asegurar la acción que permita hacer frente a estas necesidades. (Carissa, 2017,p.15)

En Cuba, un proyecto invaluable para garantizar un pueblo saludable es derivado del sistema nacional de salud (SNS), que luego de la concepción del policlínico integral y el comunitario; en 1984implantó el modelo de Atención Primaria de Salud basado en el Programa del Médico y la Enfermera de a Familia, como eje que comprende un conjunto de acciones, en particular las de promoción de la salud, prevención de enfermedades y riesgos, curación de afecciones y rehabilitación del enfermo, todas dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio en que viven y se desarrollan. (Capote y Haddad, 1998)

La OMS definió la promoción de la salud en la carta de Ottawa desde la visión de empoderar a individuos y comunidades para que sean capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La promoción de la salud tiene el más alto impacto potencial sobre causas estructurales que afectan la posibilidad de disfrutar o no una buena salud desde un concepto amplio; implica reconocer la salud como recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida.(OMS, 1986)

Es relevante destacar como los Organismo de Salud Pública de Canadá y OMS, recrean esa máxima al expresar que: “en la literatura especializada se sugiere que la acción multisectorial (Multi Sectorial Action, MSA) para la salud es un proceso que rara vez ocurre de forma natural y que se necesitan herramientas para ayudar a facilitar y sostener el proceso.*(*OPS/OMS, 2015).

Las consideraciones antes descrita motivó a desarrollar investigaciones concatenadas, con enfoques de corte pedagógico, epidemiológico y sociológicovinculados a la red de municipios por la salud, sustentadas en los principios de la salud pública y la acción local.Se partió un diagnóstico participativo, identificando como problemáticas: insuficiente producción de bienes materiales, estilos de vida inadecuados, bajo saneamiento y protección del medio ambiente, así como inadecuada infraestructura e insuficientes acciones de resolutividad y nivel científico-técnico en la Atención Primaria de Salud.

La política de movimiento de municipios saludables aportóel enfoque que promueve el proceso continuo de liderazgo, dedicación a la salud, compromisos y creatividad; presupone, inicialmente la valoración de las condiciones y determinaciones de objetivos y metas que se propone alcanzar, reorientándose en el contexto de las cuatro vertientes conceptuales que definen la política y estrategia de salud en la década actual, que son:equidad, salud y desarrollo, promoción de salud y descentralización del sector sanitario.

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 (OPS y OMS, 2015).

La experta latinoamericana Soler (2015) destaca que:

> (…) La acción intersectorial es un tema recurrente en la gestión de la salud pública. Sin embargo, hay muy poca documentación y sistematización acerca de la forma en que se practica, sobre todo en el campo de la salud. Tampoco existe una teoría explícita sobre la manera de construir un marco desde el ámbito de la salud para el análisis de los tipos de acciones intersectoriales factibles en diferentes escenarios, ni acerca del tipo de acción intersectorial que se necesita para abordar los determinantes sociales de la salud y reducir las inequidades en salud (OPS y OMS, 2015, p. 3).

Por su parte Ingran, (2012) refiere que la proyección estratégica de salud con visión 2020, deviene un valioso instrumento estratégico y programático del camino a seguir pues define no sólo los propósitos y metas a alcanzar, sino que precisa la organización y funcionamiento, basado en las prioridades del sistema. Hay que tener en consideración tres grandes escenarios donde se desarrollarán las acciones:

El demográfico

El de la salud

El socioeconómico

La autora afirma que a partir de su experiencia y de exploraciones previas, existen dificultades internas yexternas en el proceso de creación, diseño, implementación, ejecución de la Gestión participativa en la atención primaria de salud para contribuir al desarrollo municipal.

- En lo interno por una inadecuada visión de los directivos para la solución de las problemáticas en la toma de decisiones sobre el quehacer local, que presentaron niveles de complejidad en la perspectiva de salud.
- En lo externo, por la ruptura frecuente de los procesos de desarrollo local, en los cambios de mandato, entre otras razones por falta de trabajo en equipo. En los planes, programas y estrategias sectoriales no está implícita la promoción de salud.

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo en la práctica social con el enfoque técnico de la Investigación-acción-participativa, en el policlínico Docente Dr. Mario Pozo Ochoa del Municipio Jesús Menéndez, Las Tunas, Cuba, en el período comprendido de 2016 al 2018. La meta es que la comunidad devenga autogestora del proceso de

desarrollo y solución de problemas, apropiándose de él y adquiera un control operativo (saber hacer), lógico (entender) y crítico (juzgar) el resultado.

El municipio Jesús Menéndez, en provincia Las Tunas, Cuba, está integrado desde 1994 a la Red de municipios por la salud; instauró una lógica de transformación que, además de sanitaria y ambiental, es social, política e incluso productiva lo que constituyó un punto de partida para otras experiencias, previo pronunciamiento y solicitud de la Asamblea Municipal del Poder Popular

Se utilizó la metodología de marco lógico (causa-efecto), para la elaboración de los programas y proyectos que definieron el momento táctico-operativo en la investigación; los objetivos emanaron de la elaboración del árbol de problemas genéricos. El análisis de la situación de salud (ASS) como instrumento científico-metodológico aplicativo para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios en la atención primaria de salud.

El universo comprendió al grupo gestor del municipio, integrado por 29 representantes de las diferentes sedes universitarias municipales (SUM), además de 13 sectores institucionales y políticos integrados. Para el mejor desempeño de las acciones de gestión de la construcción del desarrollo organizacional y social de determinado entorno local, se consideró importante la estratificación por consejos populares y estratos sociales: 5 consejos populares, 10 consultorios del médico y de la enfermera de la familia (CMF) y el mismo universo de circunscripciones del área de salud.

La gestión promueve la cooperación intersectorial y los procesos de toma de decisión participativos en desarrollo local

El monitoreo y evaluación se basó en indicadores cuantitativos y cualitativos implementados en las diferentes modalidades del movimiento por la salud, al inicio de la intervención- acción - participativa, para poder establecer que cambios se produjeron o no en la línea del tiempo de la intervención y mediante la evaluación establecer por qué, qué, cómo, quienes, el alcance del cambio y su sostenibilidad en la red de municipios saludables. (Ingran, 2017).

El trabajo del grupo gestor con enfoque de promoción de la salud en la atención primaria ambiental, se enfocó inicialmente en el desarrollo de reuniones de trabajo mediante el desarrollo de técnicas grupales, que contribuyeron al flujo de ideas, opiniones útiles y eficaces en la identificación de riesgos, vulnerabilidad e impacto, la priorización y solución de problemas que afectan la salud y la calidad de vida de la población. Para el trabajo de campo se incorporaron algunos de los miembros del grupo gestor y estudiantes de medicina.

La focalización de los principales problemas, fueron visualizados en video para realizar debates, análisis participativo con los sectores de la economía y la sociedad; con la intervención de las mujeres en cada uno de los escenarios. El impacto se obtuvo a partir del monitoreo evaluación por parte del grupo gestor, expertos en las diferentes etapas del proceso continuo de compromisos y responsabilidades compartidas que permitió trabajar para mejorar y conservar la salud de la población a partir de un conjunto de acciones.

- Proyecto Guía práctica para el manejo alimentario nutricional de grupos vulnerables en situaciones de emergencias. Con la participación del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiologia y Microbiología. (UNICEF 2015)
- Proyecto Intervención nutricional para mejorar el estado de vitamina A en niños menores de 5 años. (INHEM. 2016)
- Proyecto metodológico para la aplicación de los Indicadores de Género para medios de comunicación en las radios municipales de Las Tunas. (UNESCO. 2016)
- Proyecto Formación del profesional universitario para la gestión del desarrollo local sostenible en la universidad de Las Tunas. 2016. Dentro del movimiento se declararon por la salud escuelas, círculo infantil, mercado agropecuario, consejo popular.
- De igual forma la construcción de capacidades a partir de Diplomados en los que participaron 38 profesionales, técnicosy delegados como facilitadores del Desarrollo Rural Comunitario yotros 18 en Diplomado de Promoción de la Salud impartido en el municipio. La formación de 46 promotores de salud escolar por centros educacionales, con alcance en las comunidades y centros laborales.
- Se establecieron nuevas alianzas académicas de cooperación técnica con las representaciones en el país de las oficinas de:OPS/OMS, El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), el Centro Nacional de Educación Sexual (CENSEX), la Editorial de la Mujer de la Revista Mujeres y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), El Instituto Nacional de Nutrición (INHEN) y además el Programa Mundial de Alimento (PMA).

Indicador para medir el nivel de cooperación intersectorial en la Red de municipio por la salud

La intersectorialidad, se evaluó a partir de indicadores para medir el nivel de cooperación entre los sectores alcanzados por el equipo de trabajo intersectorial, con compromisos convertidos en acciones, orientadas a los problemas priorizados.

Las respuestas a las preguntas evaluativas se clasifican de acuerdo al porcentaje de avance en una escala Likert con 3 categorías (nunca, ocasionalmente, siempre) destacando las razones o motivos por los cuales se ha considerado marcar ese porcentaje. En el apartado de comentarios, se explica el porcentaje por afirmación.

Uno de los resultados fue la validación de un instrumento elaborado por la autora con las medias de las 8 variables que permitió el cálculo del índice general de intersectorialidad en el municipio saludable.

Las respuestas determinaron el nivel de integración entre los sectores siendo el valor mínimo el 70% con relación a la afirmación de acuerdo con la participación en el diseño, en la ejecución y en la evaluación para el cumplimiento de estrategia de desarrollo local, el programa de Calidad de vida, así como la realización del GOPEL, la participación comunitaria de las organizaciones sociales y de masas. Que agrupan a todos los organismos sobre el plan de trabajo integrando con otros sectores gubernamentales,

considerando los niveles de información, cooperación, coordinación, integración que contribuya a la gestión de políticas públicas, enfocadas en los determinantes sociales de la salud y en la equidad.

Otra cuestión en la cual insiste es la descentralización del proceso dando participación a todos los elementos e instituciones de la sociedad, lo que determina su carácter intersectorial si partimos de la premisa de que la salud trasciende la idea de formas de vida sana y se concibe como desarrollo de potencialidades. La salud es entonces, una dimensión social que precisa de un abordaje integral. (Ingran 2012).

De igual forma la relación de la salud y el medio ambiente se encuentra en el punto de mira en todos estos eventos internacionales recientemente la (OMS, Shanghái, 2016) precisan una acción colectiva mundial.

> (…) si no queremos dejar a nadie atrás, debemos adoptar medidas decididas a favor de los derechos de las mujeres, de las poblaciones que se desplazan y del creciente número de personas afectadas por crisis humanitarias y ambientales. Priorizaremos la buena gobernanza, la acción local a través de las ciudades y comunidades y el empoderamiento de las personas mediante la promoción de los conocimientos sanitarios. (OMS, 2016).

Proceso de diagnóstico social participativo a nivel local

Se abordó integralmente el problema en el contexto, se realizó la planificación con líneas de base sobre la situación de salud; como promoción de la salud, el desarrollo de recursos humanos, la vigilancia epidemiológica. El enfoque continuo, progresivo y flexible se organiza por fases y los planes se ajustan con arreglo a la información obtenida como resultado del diagnóstico.

El proceso de acción social promueve la participación, la información, educación y comunicación social, fortalece las redes de formación de promotores de salud, con acciones comunicativas de promoción de salud. Comprometidos con una visión y una acción transformadora de las personas, en la sociedad con dimensión política de las intervenciones sociales. Su impacto social promueve consensos sectoriales, políticos e institucionales lo que permite lograr una fusión entre las personas, el ambiente y los estilos de vida.

Asumo a Sanabria, 2001,porquese posesiona más elementos en la participación social. El enfoque sistémico trata de resolver los problemas considerándolos parte de un problema mayor, no desarticulándolo en sus partes componentes. Bajo este prisma la participación social y comunitaria puede considerarse un insumo, tanto de los sistemas más pequeños o subsistemas como de los suprasistemas.

Evaluación del proyecto gestión participativa en la atención primaria de salud para contribuir al desarrollo municipal

La investigación realizada por la autora se puede constar en el territorio consolidada la intersectorialidad en la práctica social, utiliza la antropología sociocultural, epidemiología, ecología favoreciendo la relación hombre-naturaleza, en alianzas con las direcciones municipales dela agricultura, Educación, Deporte, Trabajo y Seguridad Social, Cultura, Emisora Comunitaria, Servicios Comunales, Acueducto, PNR,

planificación, Comercio y gastronomía, Transporte, Iglesias, Sede Universitaria, Organizaciones Políticas y de Masas.

Este se sustenta en lo aportado por Ingran (2017), en relación con la participación social de intervención se caracterizó por estar todos los actores al mismo nivel, se trabajaron las problemáticas reales de las comunidades lo que facilitó el trabajo en equipo y el empoderamiento de las comunidades de los líderes formales y no formales, se potencio el trabajo de pares.

Se destacan por su significación la determinación de un sistema de componentes fundamentales de herramientas para compartir lecciones aprendidas de la red de municipio saludable como experiencia obtenida por los autores en el período (2000-2017) y sistematizada en posteriores investigaciones la intersectorialidad como enfoque tecnológico en la práctica social, a partir de la fortaleza del gobierno local. Favorecen la habilidad de entender la promoción de la salud como un enfoque estratégico para contribuir al cumplimiento de los ODS.

Se logró crear una cultura en la gestión de proyectos para optimizar y movilizar sus propios recursos a nivel local en función de los principios y políticas sobre la base de una correcta identificación de los problemas del territorio. Se ejecutaron ochos proyectos con liderazgo del sector sanitario. Lograr que la capacitación tuviera un enfoque integral y sistémico de prevención, promoción y educación para la salud.

Desde el gobierno local involucra a diferentes sectores y organismos en la definición de políticas y el cumplimiento de acciones que inciden en la salud de la población, contribuyen y apoyan al desarrollo de las estrategias de prevención, educación y promoción de la salud para mejorar los hábitos alimentarios, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, accidentes y otros riesgos derivados del medio ambiente como, lo relacionado con el mejoramiento de la calidad atmosférica, el ambiente laboral, cantidad y calidad del agua de consumo, disposición tratamiento de los residuales líquidos y sólidos.

El aporte práctico está dado por una herramienta teórica metodológica que incluye la investigación cualitativa y cuantitativa que permite vincular permanentemente la teoría con la práctica, considerando la investigación como un proceso metodológico de mediación, para involucrar a todos los actores sociales y lograr su compromiso, el de abogacía, con la causas de interés en las políticas públicas y la información y comunicación social que hacen posible fortalecer los procesos de la promoción de salud a nivel local con las acciones de los estudiantes en las diferentes carreras de Ciencias Médicas, Comunicación Social, Socioculturales y Ciencias Pedagógicas.

Fortaleció la capacidad de gestión participativa comunitaria, de promoción de la salud, desarrolla la incidencia política y abogacía, propone, asesora, monitorea y evalúa las políticas públicas, generando evidencias para contribuir a incrementar la salud de la población, con enfoque de los determinantes sociales y las redes de apoyo desde distintos sectores.

Fortalecida la motivación y el empoderamiento por el autocuidado individual y familiar y la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles con una adecuada vigilancia epidemiológica de higiene ambiental y comunal. Lo que nos ha permitido

conocer el avance del cuadro de salud del municipio al no presentar focalidad de Aedes Aegyptis.

Elaboración de 18 programas educativos de promoción de la salud dando respuestas a los problemas organizativos con el método PRECEDE en los policlínicos Docente del municipio de Puerto Padre y Menéndez implementados en los departamentos de estomatología, nutrición, psicología, Hogar de Ancianos, Casa de abuelo, Instituto Politécnico y departamento de farmacia y óptica.

La evaluación de proceso con la participación comunitaria permitió la coordinación entre los sectores, instituciones locales, las organizaciones sociales y de masas basadas en acciones de salud integral y del mejoramiento del medio ambiente, impulsó y facilitó los procesos de información, educación y comunicación necesario en la familia y comunidades para una adecuada defensa de la Calidad de vida y el Bienestar además constituyó una estrategia científica para mejorar el que hacer por la salud pública, tiene aporte pedagógico porque contribuyó a la gestión del conocimiento y aportó productos científicos y herramientas metodológica de trabajo para la promoción de la salud y educación para la salud con perspectiva de género, obtiene propiedad intelectual ya que la bibliografía que fundamenta el tema es actualizada y nos brinda una información amplia del mismo, además posee un impacto social porque se promueven consensos sectoriales, políticos e institucional para lograr una fusión entre las personas, el ambiente y los estilos de vida, se trabajó en las comunidades agrupadas por estratos sociales de riesgos a nivel local.

Los resultados obtenidos se resumen en un conjunto de reconocimientos obtenidos desde las perspectivas de Buenas prácticas

- Premio CITMA. Resultado Científico: Gestión participativa comunitaria en la atención primaria ambiental. Municipio Jesús Menéndez, Las Tunas 2018.
- Premio: En el Concurso realizado por OPS/OMS denominado “Experiencias Significativas en Promoción de la Salud en la Región de las Américas”. Ámbito: Municipios/Ciudades. Categoría: Intersectorialidad.

Lecciones aprendidas

La contribución consistente en la relación que se establece en el desarrollo de la dimensión política-educativa de estudiantes, profesores y la comunidad debido a que ésta proporciona elementos para descubrir las causas de los problemas a través del Análisis de la Situación de Salud (ASS) y los Determinantes de la Salud (DSS) que permiten avanzar en aproximaciones sucesivas hacia una acción transformadora y científica.

El perfeccionamiento continuo de la estrategia de municipio saludable aporta un proceso continuo de liderazgo, dedicación, compromisos y creatividad; presupone, inicialmente la valoración de las condiciones y determinaciones de objetivos y metas a alcanzar, reorientándose el contexto de las cuatro vertientes conceptuales que definen la política y estrategia de salud en la década actual, que son equidad, salud desarrollo, promoción de salud y descentralización del sector sanitario.

CONCLUSIONES

Las actividades con carácter de Innovación + Desarrollo continúa.Su introducción de resultados al proceso tecnológico con una complejidad mayor, ya que las acciones desarrolladas van más allá de las condiciones reales de las que cuenta el área delPoliclínico Docente Dr. Mario Pozo Ochoa. La gestión del desarrollo local desde las perspectivas de salud, prepara adecuadamente a los sistemas locales de salud para la descentralización, la articulación intersectorial y la promoción de la salud, contenidas en los lineamientos de la política económica y social del partido y la Revolución.

REFERENCIAS

Capote, R., Haddad, J. (1998). Evolución y concepciones de la política de salud. *Rev. Del Instituto Juan C. García. 8* (1-2):29-36

Carissa F. (2017). Reunión de Expertos en Salud Comunitaria. Acta 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Organización Panamericana de la Salud. http://www.paho.org/hq/index.php

Ingran, M, (2017).Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud. Washington D.C, E.U.:13 *Selected Experiences of the Contest in Health Promotion in the Region of the Americas*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13615:13-iniciativas-seleccionadas-en-el-concurso-de-experiencias-significativas-en-promocion-de-la-salud-en-la-region-de-las-americas&Itemid=39620&lang=en

Ingran, M, Rodríguez, Z., y Santo, O. (2012) Experiencias I+D en la Atención Primaria Ambiental en el nivel local de salud Jesús Menéndez, Las Tunas. En P. Castell Florit (Presidencia), *Convención Internacional de Salud Pública.* Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

Ingran, M, Rodríguez, Z., y Santo, O. (2014) *Experiencia de la gestión participativa en promoción de la salud Jesús Menéndez, Las Tunas* Simposio llevado a cabo en el II Conferencia de Educación Médica para el Siglo XXI, II Conferencia Internacional de Educación Médica para el Siglo XXI La Habana, Cuba.

OPS/OMS. (1986) Primera Conferencia Mundial de Promoción de la salud. Carta de Ottawa. http://www.who.org.Promoción-de-salud/conferencias

OPS/OMS. (2015). Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington, DC: https://www.paho.org/hq/.../2015/HiAP-Intersectorialidad-y-Equidad-SPA-2015.pdf

OPS/OMS. (2015).*Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica.* Washington, DC. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/.../2015/HiAP-Intersectorialidad-y-Equidad-SPA-2015.pdf

Sanabria, G.(2001). Participación social y comunitaria. Reflexiones. *Revista Cubana de Salud Pública,* 27(2), pp. 89-95. Recuperado de http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=21427202

CARACTERIZACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EDAD PEDIÁTRICA. HOSPITAL "RAYMUNDO CASTRO" PUERTO PADRE

CHARACTERIZATION OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PEDIATRIC AGE. HOSPITAL "RAYMUNDO CASTRO" PUERTO PADRE

Martha Dailenys Leyva López winka@nauta.cu

Esther B Gutiérrez Favier estherg@ltu.sld.cu

Yoenia Jorge Pérez

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo y longitudinal, en el Hospital Pediátrico Raymundo Castro del Municipio Puerto Padre, Las Tunas, en el período comprendido desde el 1ro de enero del 2016 hasta el 31 de diciembre del 2018. La población estuvo constituida por 50 pacientes que ingresaron en el Hospital Pediátrico de Puerto Padre con diagnóstico de Hipertensión Arterial. Resultando que es en la adolescencia donde existe mayor prevalencia de hipertensos en el grupo de edad de 15 a 18 años, es en el estadío 1 donde existe mayor cantidad de pacientes, la hipertensión primaria es la que se destaca, sobre valoración nutricional y niveles de Hipertensión Arterial predominó el grupo de sobre peso y obeso, sobre los factores de Riesgo y niveles de HTA se observan que los pacientes con APF de HTA son los que predominan.

PALABRAS CLAVES: hipertensión, pediatría, caracterización

ABSTRACT

A descriptive and longitudinal observational study was conducted at the Raymundo Castro Pediatric Hospital of the Puerto Padre Municipality, Las Tunas, in the period from January 1, 2016 to December 31, 2018. The population consisted of 50 patients who They were admitted to the Pediatric Hospital of Puerto Padre with a diagnosis of Arterial Hypertension. It turns out that it is in adolescence where there is a higher prevalence of hypertensive patients in the age group of 15 to 18 years, it is in stage 1 where there is a greater number of patients, primary hypertension is the one that stands out, on nutritional assessment and levels of Arterial hypertension predominated the group of overweight and obese, on the risk factors and levels of AHT it is observed that patients with APF of HTN are the predominant ones.

KEY WORDS: hypertension, pediatrics, characterization

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades crónicas más frecuentes y de mayor importancia son las enfermedades cardiovasculares -incluida la hipertensión- el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, y la diabetes. La hipertensión arterial (HTA) representa, actualmente y a nivel mundial, uno de los mayores problemas de salud pública. Para el2025, se pronostica que el 29 % de la población adulta será hipertensa.

Debido a las diferencias en el acceso a la atención en salud -entre otros motivos- la prevalencia es menor (35 %) en los países de altos ingresos en relación con aquellos de ingresos bajos y medios (40 %).

En Argentina, una revisión actual muestra que la prevalencia varía entre el 29 y 40 %, sin haber sufrido cambios sustanciales en la región, durante los últimos 25 años. Asimismo, sugiere que se debe mejorar el nivel de prevención primaria y el acceso a la medicación antihipertensiva, con un bajo grado de conocimiento, control, y eficacia en el tratamiento. (Ofman, 2016).

La hipertensión arterial constituye un excelente modelo de incorporación de sistemas preventivos de enfermedades cardiovasculares del adulto en el ejercicio diario del pediatra", por esto después del año 1970 se comenzó a tomar particular interés, mundialmente, en la Hipertensión arterial Infantil. (CNICM, 2017).

En 1977 se publicaron las tablas de valores de tensión arterial (TA), para los niños por la TaskForce, en Estados Unidos, como parte de un programa de estudio sobre el manejo de hipertensión arterial (HTA) en la infancia, así como la influencia de los valores de TA durante esta etapa de la vida sobre los valores de la misma en la edad adulta.

El estudio sistemático de las cifras tensionales en niños y adolescentes llevado a cabo en Estados Unidos por la TaskForce, permitió detectar un grupo de pacientes que tenían cifras tensionales por encima del percentil 90, correlacionando estas cifras con la edad, peso y talla. Posteriores investigaciones han podido ahondar más en la dimensión de la hipertensión arterial en niños y adolescentes, habiendo demostrado que las cifras tensionales altas guardan relación con lo que sucede en la edad adulta. (Vázquez, 1999).

La hipertensión arterial es una situación poco común en pediatría. Su prevalencia nunca se ha estudiado con precisión en numerosos países, pero es probable que sólo afecte a un número limitado de pacientes. Por comparación, en Francia, los datos disponibles en adultos permiten estimar que afecta a alrededor de 8 millones de personas (42%) de la población general de 35-64 años. Es probable que esta diferencia cuantitativa entre estas dos edades de la vida explique que la medición sistemática de la presión arterial durante todas las exploraciones físicas pediátricas no se haya incorporado ampliamente a la práctica habitual a pesar de la gravedad de sus complicaciones vasculares. Una vez confirmada la hipertensión arterial, la especificidad del problema que se plantea al pediatra es la búsqueda de una causa curable cuya eliminación permita obtener una normalización definitiva de la presión arterial, mientras que más del 95% de los pacientes de 35-64 años tienen una hipertensión arterial esencial. (Díaz, 1999).

Los niños hipertensos, aunque suelen estar asintomáticos, ya manifiestan signos de lesiones en determinados órganos. Hasta un 40% de los niños hipertensos desarrollan hipertrofia del ventrículo izquierdo y además tienen aumentado el grosor de la capa íntima y media de la arteria carótida, lo cual constituye un marcador de ateroesclerosis precoz. La hipertensión primaria durante la infancia sigue su trayectoria hasta la edad adulta. Los niños con una PA por encima del percentil 90 tienen 2,4 veces más riesgo de padecer hipertensión cuando se hacen adultos. Del mismo modo, casi la mitad de los adultos hipertensos tenía una PA por encima del percentil 90 cuando eran niños. También existe una asociación entre la hipertensión durante la infancia y la ateroesclerosis en los primeros años de la edad adulta.

La hipertensión es infrecuente en los lactantes y en los niños pequeños, con una prevalencia menor del 1%, pero cuando existe, suele ser indicativa de una enfermedad subyacente (hipertensión secundaria).La hipertensión grave y sintomática en los niños suele deberse a hipertensión secundaria. Por el contrario, la prevalencia de hipertensión esencial primaria, sobre todo en niños mayores en edad escolar y en adolescentes, ha aumentado en paralelo con la epidemia de obesidad infantil. Los estudios de cribado escolar muestran que aproximadamente el 10% del total de la juventud estadounidense presenta valores de prehipertensión y el 2,5% padece hipertensión. La influencia de la obesidad sobre la elevación de la PA está clara en los niños a partir de los 2-5 años de vida. Aproximadamente el 20% de la juventud estadounidense es obesa y hasta un 10% de la juventud obesa padece hipertensión.

La prevalencia de la HTA infantil no está claramente definida, se publican cifras entre 2 a 3% de la población menor de 18 años. Al igual que en los adultos, la HTA se clasifica en esencial o secundaria, y aguda o crónica. La mayoría tienen un aumento moderado de la presión arterial y se los ubica como HTA esencial. El 10% presenta presión arterial más elevada y caen en el grupo de HTA secundaria. En este grupo, el 80 a 90% de los niños tienen como causa una enfermedad renal, un 10% renovascular y un 5% coartación aórtica. Mientras más pequeño es el niño, mayor es la probabilidad que su HTA sea secundaria. (García, 2004).

Actuar tempranamente a través del diagnóstico y manejo temprano de la enfermedad y sobre los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares tanto en el ámbito personal como el familiar, incluyendo la modificación de estilo de vida, garantizará el control de la enfermedad y evitará complicaciones o afectación sobre los órganos diana.

Teniendo en cuenta la alta incidencia de esta patología en los pacientes en edad pediátrica decidimos realizar esta investigación con el objetivo de caracterizar la Hipertensión arterial en la edad pediátrica en el período comprendido desde enero de 2013 a diciembre de 2018 en el Hospital Pediátrico “Raymundo Castro Morales” del municipio Puerto Padre.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla No 1. Distribución de los pacientes según grupo de edad y sexo

Edad	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
0-4	3	11.54	2	8.33	5	10
5-9	8	30.77	6	25.0	14	28
10-14	5	19.23	9	37.5	14	28

15-18	10	38.46	7	29.17	17	34
TOTAL	26	100	24	100	50	100

Fuente. Historia clínica.

En la tabla 1 se aprecia que es en la adolescencia donde existe mayor prevalencia de hipertensos en el grupo de edad de 15 a 18 años con 17 pacientes para un 34 % y el sexo masculino con 10 pacientes para un 38.46 %.

La prevalencia de hipertensión esencial primaria, sobre todo en niños mayores en edad escolar y en adolescentes, ha aumentado en paralelo con la epidemia de obesidad infantil. Los estudios de cribado escolar muestran que aproximadamente el 10% del total de la juventud estadounidense presenta valores de prehipertensión y el 2,5% padece hipertensión. (Lande, 2016).

Tabla 2: Grupo de edad y niveles de HTA

Grupo de Edad	0-4		5 – 9		10 – 14		15 – 18		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Pre-Hipertenso	---	---	1	7.14	2	14.29	2	11.76	5	10
Estadio 1	3	60	9	64.29	7	50.00	5	29.41	24	48
Estadio 2	2	40	4	28.57	5	35.71	10	58.83	21	42
Total	5	100	14	100	14	100	17	100	50	100

Fuente. Historia clínica.

En la tabla 2 se puede apreciar que en el estadío 1 existe mayor cantidad de pacientes con 24 para un 48 % y en grupo de edad de 5-9 años con 9 pacientes para un 64.29 %

Tabla 3: Grupo de edad y etiología de la HTA

Grupo de edad	Etiología				TOTAL	
	Primaria		Secundaria			
	No	%	No	%	No	%
0-4	1	3.03	4	23.53	5	10
5-9	5	15.15	9	52.94	14	28
10-14	10	30.30	4	23.53	14	28
15-18	17	51.56	---	---	17	34

TOTAL	33	66	17	100	50	100

Fuente. Historia clínica.

En la tabla no 3 se aprecia que es la hipertensión primaria la que se destaca con 33 casos para un 66 %, en el grupo de edad de la adolescencia con 17 pacientes para un 51.56 %.

En los niños en edad escolar y en los adolescentes, la hipertensión esencial es cada vez más frecuente. (Lande MB, 2016)

Tabla 4: Valoración nutricional y niveles de Hipertensión Arterial

Valoración Nutricional	Pre-Hipertenso		Estadio 1		Estadio 2		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Sobrepeso--Obeso	4	80	15	62.5	17	80.95	36	72
Normopeso	1	20	9	37.5	4	19.05	14	28
Total	5	100	24	100	21	100	50	100

Fuente. Historia clínica.

En la tabla No 4 sobre valoración nutricional y niveles de Hipertensión Arterial predominó el grupo de sobre peso y obeso con 36 pacientes para un 72 %.

Coincidiendo con nuestro estudio González Sánchez plantea que “La hipertensión arterial (HTA) en la edad pediátrica se ha incrementado en los últimos años debido al incremento del sobrepeso y la obesidad. Se estima una prevalencia aproximada de 3 a 5 % en los Estados Unidos de América, que puede ser mayor en determinados grupos étnicos como los afronorteamericanos, mexicanos e hispanos. Algunas áreas geográficas aisladas han reportado hasta 10 %, y en los obesos puede llegar hasta 11 %. (González, 2017).

Tabla 5: Factores de Riesgo y niveles de HTA

Factores de Riesgo	Pre-Hipertenso		Estadio 1		Estadio 2	
	No	%	No	%	No	%
Colesterol Mayor 4 mol/L	3	33.33	10	22.22	15	30.61
Fumador Pasivo	4	44.45	12	26.67	10	20.41
Consumo exagerado de sal	---	---	---	---	---	---
Raza Negra	---	---	2	4.44	4	8.16

APF de HTA	2	22.22	21	46.67	20	40.82

Fuente. Historia clínica.

En la tabla Nro 5 sobre los factores de Riesgo y niveles de HTA se observan los pacentes con APF de HTA son los que predominan con 20 pacientes para un 40.82 %.

La hipertensión arterial primaria o esencial es la forma más frecuente de hipertensión en los adultos. En los niños aumenta su frecuencia a medida que se incrementa la edad, y está asociada a historia familiar de hipertensión, obesidad y otros factores de riesgo relacionados con los estilos de vida. (González, 2016).

En estudio realizado en Cuba se encontró también poca percepción de riesgo por parte de la familia. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de promoción y educación dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a esta enfermedad. Por otra parte, es necesaria una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que padecen de hipertensión arterial o tienen alta probabilidad de padecerla. En diversos estudios se demuestran que los valores sistólicos/diastólicos se elevan desde el nacimiento a la adolescencia y mucho más rápidamente en la edad pre púber. Los factores de obesidad e ingesta de sodio son predominantes. (Prieto, 2018)

REFERENCIAS

Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. (2017). Biblioteca Médica Nacional. Hipertensión. Estadísticas Mundiales. **Factográfico salud 3**(4): Recuperado de: http://files.sld.cu/bmn/files/2017/04/factografico-de-salud-abril-20171.pdf

Díaz, MJ., Rey, GC., Málaga, GS.(1999) Hipertensión arterial en la adolescencia. *RevEspPediatr 55*(1): 47-52.

García, L., Latorre, J., Avivar, C., García, ME., Gracía, F., Miró, J., Soria, A. (2004) ¿Es el sobrepeso en edad escolar un indicador de hipertensión futura? *Hipertensión 21*(7):398.

García, MC.(1999). Tratamientos de la hipertensión arterial en niños. *RevEspPediatr; 55*(1):40-46

González, R., Llapur, R. (2017).Tratamiento de la hipertensión arterial en niños y adolescentes. *Rev Cubana Pediatr 89*(3). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000300009&lng=es

González, R., Llapur, R., Fernández, JE., Bacallao, J. (2016). Evolución de la hipertensión arterial en el niño según tratamiento y presencia de hipertrofia ventricular izquierda. *Rev Cubana de Pediatría; 88*(3):292-309 Disponible en: http://scielo.sld.cu

Lande, MB. (2016). Hipertensión arterial. En: *Nelson Tratado de pediatría* .20 Ed; T I. Elsevier.

Ofman, DS., Pereyra, CI., Cófreces, P., Stefani, D. (2016). Invariancia de la categoría de género en las diferencias conductuales en salud en hipertensos. *Revista Cubana de Salud Pública; 42*(2):261-275

Prieto, A., Portilla, R., Duque, Á., Prieto, CJ., Trujillo, M. (2018). Prevención y control de la hipertensión arterial en estudiantes de la escuela “Antonio Rodríguez”. Colón 2016. *Rev.Med.Electrón. 40*(2) : 311-320. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200008&lng=es.

Vázquez, MM. (1999). Metodología Diagnóstico de la Hipertensión Arterial en la edad pediátrica. *RevEspPediatr 55*(1):35-9.

CARACTERIZACIÓN DE LA APENDICITIS AGUDA DURANTE EL EMBARAZO EN LA PROVINCIA DE LAS TUNAS

CHARACTERIZATION OF ACUTE APPENDICITIS DURING PREGNANCY IN THE PROVINCE OF LAS TUNAS

Martha Rosa Martínez Torres martharosa@ltu.sld.cu

Tomás Díaz Llaudy drdiazllaudy@gmail.com

Yunisleydis Bárzaga Quintero yunibq@nauta.cu

RESUMEN

La apendicitis aguda durante la gestación constituye uno de los mayores desafíos a los que se presenta un galeno, pues su tratamiento es inminentemente quirúrgico, lo que trae consigo el riesgo para la vida del binomio madre-feto. Se realizó un trabajo con el objetivo de caracterizar la apendicitis aguda durante la etapa gestacional en el Hospital General “Dr. Ernesto Guevara” en el período de enero de 2016 a diciembre de 2018, mediante un estudio descriptivo transversal donde se estudiaron 1 pacientes. La investigación arrojó que en edades tempranas es más frecuente la entidad, así como en el segundo trimestre, prevaleciendo las fases catarral y flegmonosa y realizándose mayormente la apendicectomía convencional con un bajo índice de complicaciones relativas al acto operatorio. La apendicitis aguda constituye la urgencia quirúrgica no obstétrica más frecuente en el embarazo que para su manejo requiere de cirujanos que la diagnostiquen oportunamente.

PALABRAS CLAVES: Apendicitis Aguda, embarazo, apendicectomía, apendicitis en el embarazo.

ABSTRACT

Acute appendicitis during pregnancy is one of the biggest challenges to which a doctor presents itself, since its treatment is imminently surgical, which brings with it the risk to the life of the mother-fetus binomial. A work was carried out with the objective of characterizing acute appendicitis during the gestational stage in the General Hospital “Dr. Ernesto Guevara ” in the period from January 2016 to December 2018, through a descriptive cross-sectional study where 1 patients were studied. The investigation showed that the entity is more frequent at an early age, as well as in the second trimester, with the catarrhal and phlegmonous phases prevailing and the conventional appendectomy being performed mostly with a low rate of complications related to the operative act. Acute appendicitis constitutes the most frequent non-obstetric surgical emergency in pregnancy that requires surgeons to diagnose it in a timely manner.

KEY WORDS: acute appendicitis, pregnancy, appendectomy, appendicitis in pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda comienza como un proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal, es la afección quirúrgica urgente más frecuente, constituye alrededor del 60 % de los cuadros del abdomen agudo quirúrgico. Las primeras referencias fueron en la época

medieval con la descripción de una terrible enfermedad caracterizada por un tumor grande con pus denominada "Fosa Ilíaca" (Sánchez, 2018).

El término apendicitis fue propuesto en 1886 por el patólogo Reginald Fitz en su notable "Inflamación perforante del apéndice vermiforme". En 1887 T.G. Morton hizo la primera apendicectomía exitosa por ruptura del apéndice y a partir de entonces la operación de la apendicitis se hizo común. En 1889 Charles McBurney describió su famoso punto doloroso y defendió el diagnóstico temprano (Wu y col, 2015).

La mujer durante la gestación no está exenta de presentar alguna de las enfermedades quirúrgicas que pueden ocurrir en la mujer no grávida y la urgencia de una apendicitis aguda no es una excepción (Basurto, Martínez, Olmos, Buitron, 2014).

La apendicitis aguda en el embarazo fue descrita por primera vez por Hancok citado por Inca en 1848, como una complicación en la etapa gestacional. Se define como la inflamación del apéndice cecal que obedece a diferentes causas, independientemente del embarazo (Laffita, 2014).

Lucas, Robinson y Nel (2014) afirman que:

> (…) el apéndice conforme va creciendo el útero sufre variaciones de posición. Se produce un desplazamiento hacia arriba y lateral, al sexto mes está al nivel de la cresta ilíaca y al término de la gestación en el cuadrante superior derecho, aunque esto puede variar en dependencia de la fijación del ciego a la pared posterior (Lucas y col, 2014, p.41).

Es variada la incidencia en las diferentes latitudes geográficas, según Inca, se presenta con una frecuencia de un caso cada 1 500 gestantes, Brant la señala en 0,06 % y Taylor 1 cada 704 casos citado por Te Linde. En Cuba tiene una incidencia de 2,1 por cada 1000 y en nuestra provincia 0,8 por cada 1 000 embarazos (Balestena, 2015).

La presentación de apendicitis aguda durante la gestación constituye hoy día uno de los mayores desafíos a los que se presenta un galeno, pues su tratamiento es inminentemente quirúrgico, lo que trae consigo el riesgo para la vida del binomio madre-feto o le imposibilita el desenlace feliz de la gestación (Sánchez, 2018).

A lo largo de los años la postura de la mayoría de los cirujanos que se enfrentaban a este problema era conservadora, sobre todo por temor a causar algún tipo de injuria a la madre y/o su producto, en muchas ocasiones era necesario modificar esta postura, debido al deterioro clínico progresivo de las pacientes, ya para ese entonces con el doble de riesgos, enfrentarse a un proceder quirúrgico que no terminaba con resultados alentadores para ninguna de las partes (Laffita, 2017).

Por suerte esta forma de ver el problema ha ido revolucionándose, y hoy día se ha optado por una conducta agresiva, por así decirlo, lo cual significa no perder tiempo en realizar tratamiento quirúrgico ante la más mínima sospecha o hallazgo físico, a lo que ha contribuido el desarrollo vertiginoso de las tecnologías aplicadas a la salud (Balestena, 2015).

Por lo anterior expuesto es imprescindible la colaboración de un equipo multidisciplinario integrado por obstetras, cirujanos, clínicos, anestesiólogos e intensivistas para realizar un diagnóstico etiológico precoz, y asegurar el éxito posterior, minimizando a toda costa las complicaciones y secuelas de la afección. Por esto, en

nuestro país existe el Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI), que traza las estrategias necesarias para garantizar la mejor atención al binomio madre-feto.

Motivados por observar el incremento de gestantes que requieren el concurso del servicio de cirugía general, y sabiendo que es un trabajo sin precedentes, se decidió hacer este estudio, con el objetivo de caracterizar la apendicitis aguda en este tipo de pacientes, en el Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna de Las Tunas, en el periodo comprendido entre enero de 2016 a diciembre de 2018.

Metodología utilizada en la investigación

Se realizó una investigación descriptiva transversal en el Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" en Las Tunas, en el periodo comprendido entre enero 2016 y diciembre del 2018. Para la conformación de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico donde se tuvo en cuenta las pacientes en estado gestacional con diagnóstico clínico de apendicitis aguda atendidas en el servicio de urgencias del Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de La Serna".

Se registraron las variables: edad, tiempo gestacional, síntomas y signos más frecuentes y fase de evolución de la apendicitis aguda. Se le dio salida a cada objetivo y los resultados se presentaron en forma de texto y tablas según el volumen de información. Para el tratamiento de la información se recopiló y tabuló en una base de datos, se procesó por el método estadístico porcentual y se representó en forma de cuadros de contingencia procediendo al análisis y la asociación estadística de las variables.

La confidencialidad de los datos obtenidos en la presente investigación fue respetada; así como los resultados de la información obtenida, conservando en todo momento la ética hacia los pacientes, los médicos actuantes, no reconociendo identidad alguna.

Procesamiento y análisis de los resultados de la investigación

Durante en el período comprendido del 1ro de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2018, fueron atendidas en el Hospital General "Dr. Ernesto Guevara", 166 gestantes diagnosticadas con apendicitis aguda. El promedio de edad de fue de 22 ±4,9 (19-40) y la edad gestacional promedio fue de 26 semanas ±7,9, (Tabla 1).

Tabla # 1: Trimestre de la gestación en el que se diagnosticaron más pacientes con apendicitis aguda.

Trimestre de la gestación	Pacientes	%
Primer trimestre	56	33.7
Segundo trimestre	92	55.4
Tercer trimestre	18	10.9
TOTAL	166	100

La distribución de las gestantes según grupo de edad, es variado en dependencia de las diferentes zonas geográficas. Sánchez, M (2018) en un hospital estatal de Costa Rica, observó con mayor frecuencia en mujeres con edad promedio de 29 años, en Taiwán la edad promedio reportada por Wu, y col, (2015) fue de 25 años, también coincide con el estudio realizado por Balestena (2015) en Cuba, con un promedio de 26 años y con Morales (2015) donde la edad promedio reportada fue de 27 años, no así con el estudio realizado por Basurto (2017), donde el promedio fue de 30 años y se presentó con más frecuencia en el rango de 3034 años. Sin embargo, ambos rangos se encuentran dentro de las edades en las cuales la mujer tiene mayor actividad sexual, lo que coincide con el estudio de Wilson (2014) en Burkina Fasso, África.

En la distribución de gestantes con apendicitis aguda según el trimestre del embarazo, se observa que se presentó con mayor frecuencia en el segundo, representado por 92 pacientes que constituyeron el 55.4%, seguido por el primero y tercer trimestre con 56 y 18 pacientes para el 33.7 y 10.9% respectivamente. Estos datos coinciden con la literatura revisada de lo cual dan fe Hodjati y Kazerooni (2017), en su serie con un promedio de prevalencia en la semana 15, de un rango de la 6 a la 33. De ellos, 5 pacientes (25%) en el primer trimestre, 12 (60%) en el segundo y 3 (15%) en su tercer trimestre. Estos datos son de vital interés pues fortifican nuestro pensamiento científico, aportando un bagaje teórico necesario para el ejercicio diagnóstico.

Aunque los signos y síntomas de la apendicitis aguda son similares en la paciente no embarazada, los cambios normales del embarazo pueden producir confusión. El dolor en el cuadrante inferior derecho es el síntoma más frecuente, independientemente de la edad gestacional o estado anatomopatológico del apéndice (Izquierdo y col, 2014).

El cuadro clínico se caracterizó por dolor abdominal en la mayoría de las pacientes: 96 pacientes (57,8%) localizado en flanco derecho; asociado a náuseas y vómitos 105 (63,2%), fiebre en 26 (15,7%). En cuanto a los signos peritoneales, sólo se describió la presencia de reacción peritoneal en 84 (50,6%) (Tabla 2).

Tabla # 2: Síntomas y signos más frecuentes presentados por gestantes con apendicitis aguda.

Síntomas y signos	Pacientes	%
Dolor en Fosa ilíaca derecha	8	4.8
Dolor en Flanco derecho	96	57.8
Dolor en Hipocondrio derecho	3	1.8
Dolor en epigastrio	57	34.4
Dolor difuso	2	1.2
Náuseas y vómitos	105	63.2
Neutrofilia	36	21.7

Reacción peritoneal	84	50.6
Fiebre	26	15.7

Las náuseas y los vómitos a pesar de presentarse con mucha frecuencia, no son específicos para el diagnóstico de apendicitis aguda y son de dudoso valor, pues son habituales durante el embarazo, especialmente en el 1er. Trimestre (Laffita, W. 2017). Después de este período cobran valor ya que en el primero puede confundir con una hiperémesis gravídica, por lo que el cirujano lo debe tener en cuenta a la hora de evaluar estos síntomas (Yilmaz y col, 2017).

El apéndice conforme va creciendo el útero sufre variaciones de posición. Se produce un desplazamiento hacia arriba y lateral, al sexto mes está al nivel de la cresta ilíaca y al término de la gestación en el cuadrante superior derecho, aunque esto puede variar en dependencia de la fijación del ciego a la pared posterior (Izquierdo y col, 2014).

Durante el 1er. trimestre, el apéndice conserva su posición anatómica normal, por lo que el dolor se localiza en fosa ilíaca derecha. A las 24 sem de gestación, el apéndice se moviliza hacia arriba, por encima de la cresta ilíaca derecha, y su punta rota medialmente hacia el útero, por lo que el dolor se localiza en flanco derecho. Al final del embarazo, el apéndice puede estar más próximo a la vesícula biliar que al punto de McBurney y en ocasiones en el hipocondrio derecho, por lo que el dolor se localiza en flanco e hipocondrio derecho (Basurto, Martínez, Olmos, Buitron, 2014).

Algunos autores como Yilmaz y col, (2017) defienden que la hipersensibilidad de rebote y contractura no son específicos, dada la gran laxitud de la pared abdominal conforme el útero aumenta de tamaño, el cual separa esta de los otros órganos abdominales y es difícil encontrar una contractura manifiesta o una hipersensibilidad de rebote de manera clásica, sobre todo si el apéndice se encuentra por detrás del útero grávido o en posición retrocecal. Encontrarlas dependerá en gran medida de la experiencia del examinador y de la sospecha del diagnóstico, así como del tiempo de evolución del cuadro clínico (Lucas, Robinson, Nel, 2014).

Autores como Laffita, (2014) no consideran la fiebre como un signo para el diagnóstico de apendicitis aguda, refieren que la fiebre y la taquicardia, se presentan en cuadros apendiculares complicados con perforación o absceso apendicular, aunque en algunos casos pueden estar ausentes, y dan gran valor a la contractura abdominal. En la serie estudiada la fiebre y la taquicardia se presentaron tanto en pacientes complicadas como en pacientes no complicadas.

De las 166 pacientes en que se realizó laparotomía, en 164 la laparotomía evidenció cambios inflamatorios del apéndice. Sólo en dos de las pacientes se encontró el apéndice perforado en la exploración quirúrgica (Tabla 3).

Tabla # 3: Fase de evolución de la apendicitis aguda en las gestantes.

Fases	Pacientes	%
Catarral	100	60.2

Flegmonosa	59	35.5
Supurada	5	3.1
Gangrenada con peritonitis localizada	1	0.6
Gangrenada con peritonitis generalizada	1	0.6
TOTAL:	166	100

En las fases de evolución de las apendicitis agudas en nuestro estudio resultó ser más frecuente en la fase catarral constituyendo el 60.2 %, afirmando el criterio de un diagnóstico temprano en nuestros centros, diferentes a otras bibliografías donde predominó la fase supurada y la flemonosa.

La sepsis de la herida quirúrgica fue la complicación más frecuente (en tres para un 1.8%) precisamente una de las ventajas en la técnica video-laparoscópica, es que el apéndice infestada no contamina la pared abdominal, porque se extrae dentro del trocar de trabajo o en una bolsa de extracción y se evita de esta forma la complicación, tan peligrosa para estas pacientes, además, que prolongan su recuperación e incorporación social que tanto necesitan para el término satisfactorio de su embarazo (Hodjati, Kazerooni, 2017).

La mortalidad materna es una complicación rara, que se incrementa a mayor edad gestacional y está relacionada con la gravedad de la infección y la peritonitis resultante de un diagnóstico tardío4,7 en el periodo de estudio en el Hospital General Docente Dr. “Ernesto Guevara de la Serna.” 2016-2018 no hubo mortalidad materna lo que constituye un logro para el centro.

CONCLUSIONES

La apendicitis aguda en el embarazo constituye una entidad nosológica con una alta recurrencia en los últimos años comportándose como la urgencia quirúrgica no obstétrica más frecuente en el embarazo que para su manejo requiere de la competencia de cirujanos que diagnostiquen la misma oportunamente para evitar lamentables complicaciones tanto maternas como del futuro bebé. Con los resultados obtenidos, pretendemos garantizar una atención de excelencia a las gestantes en nuestra provincia, y dejar abierto el camino para continuar investigando sobre este tema tan importante.

REFERENCIAS

Balestena, SJ. (2015). Apendicitis aguda durante la gestación. *Rev Cubana Obstet Ginecol: 28* 24-8.

Basurto, E., Martínez, O., Olmos, G., Buitron, R. (2014). Apendicitis y embarazo. Experiencia en el Hospital Ángeles México. *Revista Médica México 70*:20-5.

Hodjati, H., Kazerooni, T. (2017). Location of the appendix in the gravid patient: a reevaluation of the established concept. *Int J Gynecol Obstet; 81.* .

Izquierdo, E. y col (2014). Abdomen agudo durante la gestación y el puerperio. *Clin.Invest.GinObst*. http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2014.02.003

Laffita, W. (2017). Abdomen agudo quirúrgico en el embarazo. *Revista Información Científica 53*(1).

Laffita, W. (2014). *Abdomen agudo quirúrgico en la embarazada*. La Habana: Ciencias Médicas.

Lucas, DN., Robinson, PN., Nel, MR. (2014). Sepsis in obstetrics and the role of the anaesthetist. *Int J Obstet Anesth;21*: 56-67

Morales, GR., Vargas, LF, Rosabal, IF., Cendán, RM. (2017). Apendicitis aguda durante el embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol 28*: 29-33.

Sánchez, M. (2018). Perfil de presentación de la apendicitis aguda en la paciente embarazada: mejorando la exactitud diagnóstica en un hospital general. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica 2*(1):1-8.

Wu, JM., Chen, KH., Lin, HF., Tseng, LM., Tseng, SH., Huang, SH. (2015). Laparoscopi appendectomy in pregnancy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A 15*: 447-50.

Yilmaz, HG., Akgun, Y., Bac, B, y col (2017). Acute appendicitis in pregnancy-risk factors associated with principal outcomes: a case control study. *Int J Surg. 5*(3)192-9.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER. POLICLÍNICO GUILLERMO TEJAS SILVA

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH LOW BIRTH WEIGHT. POLICLINIC GUILLERMO TEJAS SILVA

Mercedes Suarez Orama, mercysoqltu.sld.cu

Yordanis Pupo Pérez

Jorge Luis Pérez Manzano

RESUMEN

El bajo peso al nacer representa un indicador importante por la morbimortalidad como consecuencia, así como las complicaciones futuras para un recién nacido, que se mide en el desarrollo de un país. Con el objetivo de Determinar los factores de riesgo asociados al bajo peso al naceren el Policlínico "Guillermo Tejas Silva", 2018, se realizó un estudio observacional descriptivo. El universo estuvo constituido por 441 nacimientos durante el período de estudio y la muestra por 37 bajo peso al nacer, con un peso inferior a 2500 gramos Las variables a estudiar fueron: edad de la madre, tipo de bajo peso, según clasificación y causas, los resultados obtenidos fueron un ascenso del bajo peso al nacer con, 37 bajo peso para 8,3 %, el peso del recién nacido bajo peso que predominó fue 2000 a 2500 gramos con 14, la edad materna fue de 20 a 35 años exhibió la mayor frecuencia con 70,27 %, y se precisó que fueron los pretérminos con un 56, 7%. Las causas que se relacionaron con el bajo peso fueron la hipertensión y el síndrome de flujo vaginal con 18,6% por lo que e concluye que el bajo peso al nacer mantiene una tendencia ascendente, la edad de la madre que aportó bajo peso fue la edad reproductiva óptima.

PALABRAS CLAVES: Recién nacido, bajo peso al nacer, índice de bajo peso al nacer

ABSTRACT

The low birth weight represent for the development of the country one of the most important indicator to the infant morbid- mortality, .at the same time for the future complications possibility in it. Them, with the objective to determinate the Risk factors associated with low birth weight. Policlinic Guillermo Tejas Silva, 2018, an observational descriptive research was carried out including all the new born children in Guillermo Tejas Policlinic. A sample of 37 low weights was taken from a universe of 441 new born children. The data was collected from the birth register files. As a result, There was a tendency to an increase in the number of low bird weights with 37 case for 8, 3 % the average weight was 2,000 g to 2500 g and mean gestational age were of 20 to 35 years old with 70, 27% and . Low birth weight was influenced by prematurity 56,7 %, and present in pregnant patients suffering high risks such as blood hypertension, and vaginal infections syndrome18,6 %. The Conclusions ares: The achieved results of low bird weights increase in this period and the Gestational age were the best age for normal delivery.

KEY WORDS: newborn, low birth weight, underweight index

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define «bajo peso al nacer» (BPN) como un peso al nacer inferior a 2500 g. El bajo peso al nacer sigue siendo un problema significativo de salud pública en todo el mundo y está asociado a una serie de consecuencias a corto y largo plazo. “En total, se estima que entre un 15% y un 20% de los niños nacidos en todo el mundo presentan bajo peso al nacer, lo que supone más de 20 millones de neonatos cada año. El objetivo para 2025 es reducir un 30% el número de niños con un peso al nacer inferior a 2500 g” (Ministerio de Salud Pública. 2012; Resolución WHA65.6. 2012).

> (…) un factor de riesgo materno infantil se define como aquel que, directa o indirectamente, contribuye a que se modifiquen el desarrollo normal del feto y el estado materno, o ambos, y su importancia radica en que según se avance en su conocimiento permite acciones preventivas eficaces -así los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia- que permitirán mejor salud y felicidad para la madre, el niño y la familia. (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Se ha comprobado que el bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil. Producto del trabajo sistemático del Programa Nacional de Atención a la Madre y al Niño, en Cuba se obtienen índices estables desde hace varios años, pero no deja de ser un indicador que debe ser reducido. (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Un adecuado peso al nacer es sinónimo de bienestar de salud, vinculado también con el nivel socioeconómico de la población. Como indicador de la maduración biológica del recién nacido, constituye un parámetro importante que se debe tener en consideración, pues cuando se encuentra por debajo de los 2500 g, se producen alteraciones en los elementos que determinan el estado de salud, es decir, el desarrollo físico, la morbilidad, la mortalidad y la invalidez. (Robaina, 2017).

Esto supondría una reducción anual del 3% entre 2012 y 2025, con lo que el número anual de niños con bajo peso al nacer pasaría de unos 20 millones a unos 14 millones. “El nacimiento prematuro es la causa directa de mortalidad neonatal más frecuente” (Robaina 2017, p.13). Cada año, 1,1 millones de neonatos fallecen por las complicaciones asociadas al nacimiento prematuro.

El bajo peso al nacer no solo constituye un importante predictor de morbimortalidad prenatal; además, estudios recientes han hallado que también aumenta el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, en etapas posteriores de la vida (Larroque, Bertrais, Czernichow, Leger, 2001) y Risnes, Vatten, Baker, Jameson, Sovio, y otros (2011). Los porcentajes regionales estimados de bajo peso al nacer son del 28% en Asia meridional, el 13% en el África subsahariana y el 9% en Latinoamérica (Tabla 1). Cabe destacar que se trata de porcentajes elevados a pesar de que los datos sobre bajo peso al nacer siguen siendo limitados o poco fiables porque muchos partos tienen lugar en el hogar o en clínicas pequeñas y no se registran en las cifras oficiales.

En Cuba el índice de BPN fue por debajo de 5, con una disminución progresiva; Múltiples son las investigaciones realizadas acerca de las causas que producen el BPN y las consecuencias que provoca de forma individual, pero bien escasas son las

investigaciones que buscan la frecuencia de estos daños y su variación geográfica, como expresión de la composición social de los grupos de población y por las propias condiciones de vida.

El área de salud materno-infantil requiere para la búsqueda de mejores resultados, un enfoque en sus determinantes, lo que permitiría aumentar el alcance estratégico de sus programas. Se necesitan añadir estrategias de carácter poblacional y multisectorial, enfocadas en lograr una mejor salud reproductiva y prevenir el bajo peso al nacer y algunas enfermedades relacionadas con el embarazo donde estudios de estratificación serian de vital importancia. Esta investigación persigue evaluar los factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer en el policlínico Guillermo Tejas Silva durante el año 2018.

Principales métodos empleados.

Se realizó un estudio observacional descriptivo, con el fin de evaluar factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer en el policlínico Docente Guillermo Tejas Silva, año 2018, según variables de interés.

El universo estuvo conformado por 441 recién nacidos, y la muestra quedó constituida por 37 recién nacidos con un peso inferior a 2500 gramos. Las variables a estudiar fueron: edad de la madre, tipo de bajo peso, según clasificación y causas

Los datos fueron recolectados manualmente de los archivos de registro de nacimientos, del departamento de estadística del Policlínico. Con los datos obtenidos se creó una base de datos en Microsoft Excel que permitió una rápida y continua actualización. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Para el análisis de los resultados se utilizó el programa estadístico para su mejor comprensión. Los resultados se compararon con la bibliografía revisada y se arribó a conclusiones.

Se cumplió el principio ético de confidencialidad de la información, no se divulgaron datos referentes a los pacientes sino resultados del estudio, además se contó con el consentimiento del Consejo Científico del municipio para realizar este trabajo.

Principales resultados

En la tabla 1, se muestra la incidencia del bajo peso al nacer en el policlínico Guillermo Tejas Silva. Del total de nacidos vivos fueron bajo peso 441, para un 8,3 %; en el año estudiado, pero resulta evidente en el comportamiento cronológico del bajo peso al nacer tiene una tendencia ascendente en cuatro años relacionado con una discreta disminución de los nacimientos que repercute en el indicador bajo peso al nacer.

Tabla 1. Incidencia del bajo peso desde el año 2014 al 2018. Policlínico Guillermo Tejas Silva. 2018

Categoría	2014	2015	2016	2017	2018
Nac Vivos	524	534	498	456	441
IBP	4,96	6,55	8,23	6,14	8,3

Tabla 2. Distribución de peso de los niños con bajo peso al nacer. Policlínico Guillermo Tejas Silva.

Peso al nacer(gramos)	2017	2018	DIFERENCIA
Menos de 500 gr	0	0	0
500 gr - 999 gr	0	1	1
1000 gr - 1499 gr	2	6	4
1500 gr - 1999 gr	10	5	-5
2000 gr - 2499 gr	14	25	11
Sub - Total	28	37	9

Fuente: Registro de Bajo peso al nacer.

Las madres de 20 a 34 años tuvieron una mayor incidencia de nacimientos bajo peso, con un 70, (27 %), seguidas de las de 15 a 19 años con un 24,3 %.

Tabla 3. Nacimientos bajo peso según edad materna. Policlínico Guillermo Tejas Silva. 2018.

Edad Materna	Número	%
De 15 a 19 años	9	24,3
20 -34 años	26	70,27
Más de 35 años	2	5,4
Total	37	100

Fuente: Registro de bajo peso al nacer.

El bajo peso se puede dividir en dos subgrupos: nacimiento pretérmino -recién nacido (RN) con menos de 37 semanas- y crecimiento intrauterino retardado (CIUR) -feto/RN con un peso menor al límite inferior de la tabla de peso según la edad gestacional, habitualmente el 10° o el 5° percentil, o dos desviaciones estándar por debajo de la media poblacional. Según se observa en la tabla 4 se comportó el bajo peso según subgrupos, se encontró que 21 de ellos fueron pretérmino con un 56,7% de la muestra y el 43,2 % CIUR.

Tabla 4. Bajo peso según clasificación. Policlínico Guillermo Tejas Silva. 2018.

Clasificación	Número	%
Pretérmino	21	56,7
CIUR	16	43,2
Total	37	100

Fuente: Registro de bajo peso al nacer

Dentro de las causas del bajo peso al nacer resultan determinantes en este estudio la hipertensión arterial, la enfermedad hipertensiva gravídica y la pre eclampsia con 18,6 % , al igual que el síndrome de flujo vaginal.

Tabla 5. Causa del bajo peso al nacer. Policlínico Guillermo Tejas Silva. 2018.

Causas	Número	%
HTA, EHG o Pre eclampsia grave	7	18,9
Síndrome de flujo vaginal	7	18,9
Gemelar	6	16,2
Ganancia Insuficiente de Peso	5	13,5
Pretérmino anterior	2	5,4
DPE materna	2	5,4
Diabetes Gestacional	1	2,7

Fuente: Historia Clínica obstétrica.

Análisis y discusión de los resultados

Los nacimientos de niños con bajo peso no mostraron cifras estables desde el 2014 al 2018 con ascenso variables de índices por encima del esperado a municipal y nacional.

En el año estudiado y el precedente predominaron los recién nacidos bajo peso con un peso entre 2000 y 2500 coincidiendo con otros estudios nacionales realizados que reportan…“el mayor número de neonatos tenía un peso por encima de los 2 000 g”. (Quintero, Pérez, Quintero, 2017, p.33).

En el presente estudio predominaron las madres en edades óptimas para parir. Otras investigaciones similares, coincide con este trabajo donde la edad materna en la que ocurre más bajo peso está entre los 20 y los 35 años, relacionando otros factores como el estado civil donde el mayor por ciento de ellas son casadas, trabajadoras y su escolaridad es de preuniversitario; los principales factores de riesgo asociados al bajo peso son la anemia y las enfermedades maternas crónicas y, con respecto al conocimiento sobre los factores de riesgo de bajo peso, las embarazadas no los conocen, lo que hace necesario trabajar sistemáticamente con ellas, para que sean capaces de interiorizar la importancia de la prevención del riesgo.

Otros autores no coinciden con estos resultados, planteando una relación marcada entre la edad materna y la incidencia del parto pretérmino, donde existe una mayor incidencia en mujeres por debajo de los 20 años y que las tasas aumentan sobre todo por debajo de 17 años,

> (…) esto puede deberse a un fallo del útero en el cambio de su forma esférica a elíptica, al hecho de ser su primer embarazo o que exista un desarrollo inadecuado del útero lo cual lleva a trastornos en la circulación feto placentaria" (Cuba, Ministerio de Salud Pública. 2010, s.p).

Es el pretérmino la forma clínica que predomino seguido por el crecimiento intrauterino, otros autores que plantean que la causa más frecuente a nivel mundial de bajo peso es la prematuridad. El nacimiento de un niño prematuro, bajo peso, es un hecho muy perturbador, que sacude el ideal familiar y social y transforma las expectativas de celebración en preocupación, debido a las inciertas posibilidades de sobrevida o complicaciones asociadas.

> (…) en este sentido varios investigadores han determinado que el control del riesgo preconcepcional y de factores modificables en el manejo anteparto, o sea, en la atención prenatal implementada por la atención primaria y su seguimiento posterior, pueden modificar la calidad de vida del binomio madre-hijo. (Cuba, Ministerio de Salud Pública. 2010; Alonso y col, 2018).
>
> (…) Los factores que mayormente se vieron asociados al bajo peso, fueron la hipertensión arterial, y la sepsis vaginal, enfermedades probadamente relacionadas con el bajo peso al nacer. La hipertensión arterial inducida produce alteraciones vasculares placentarias con disminución del riego útero-placentario, con envejecimiento precoz de la placenta y a veces asociación a toxemias que pueden llevar a consecuencias sumamente graves como eclampsia y desprendimiento de la placenta normo inserta, los cuales provocan la terminación del embarazo, en ocasiones pretérmino, con inminente peligro de muerte, o pesos incompatibles para su vida. Algunos autores encuentran un alto número de pacientes con hipertensión arterial durante el embarazo y que tuvieron neonatos bajos de peso". (Pérez; Lima; Perera, Borges, Vázquez, 2016 y Navarro, Cobas, Duvergel y Tordera, 2018)

Como enfermedad vascular hipertensiva sigue siendo la hipertensión arterial inducida por el embarazo otra de las complicaciones más frecuentes en las menores de 20 años. Resultados como los encontrados en la presente investigación se constatan en otros estudios realizados, describiéndose un mecanismo común que podría explicar diversas enfermedades propias del embarazo con mayor frecuencia en adolescentes. Se ha postulado un fallo en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria denominándose síndrome de mala adaptación circulatoria, cuya repercusión y

expresión clínica puede ser en la madre, en el feto o asociados entre sí. (Cuba, Ministerio de Salud Pública. 2010).

La pre eclampsia se considera una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatales; ella condiciona prematuridad, bajo peso al nacer y un incremento de muertes perinatales.

> (…) Es una enfermedad es un trastorno sistémico de etiología desconocida y constituye una de las razones más importantes de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el mundo, que afecta entre el 2 y el 7% de los embarazos en nulíparas sanas; por otra parte, en países donde los controles prenatales no tienen un adecuado seguimiento, la pre eclampsia-eclampsia representa entre el 40-80% de las muertes maternas" (Piloto 2010, p.17).

> (…) es indudable que cualquier infección vaginal presente es un factor de gran importancia en la génesis del parto pretérmino, ya sea por modificaciones precoces, la aparición de ruptura prematura de membranas o el desencadenamiento de la actividad uterina antes del término de la gestación, lo que trae consigo que el feto no logre su total crecimiento y madurez y se obtengan finalmente neonatos con peso inferior a los 2 500g. (Alonso; Fuster; Luna, 2005; Vélez, Barros, Echavarría, y Hormaza, 2006; y Garbey, Hernández, Lestapi, Gómez, y Orduñez, 2017).

CONCLUSIONES.

El bajo peso al nacer continúa siendo un problema de salud en el policlínico, es obvio que debe aspirarse a una atención prenatal de excelencia, al detalle, que logre diagnosticar precozmente y prevenir condiciones modificables y la necesidad de ahondar en investigaciones de corte cualitativo para profundizar en la esencia social del bajo peso al nacer, pues muchas interrogantes sobre su génesis aún no tienen respuesta.

Se concluye que el bajo peso al nacer es un problema de salud con una tendencia ascendente en los últimos cuatro años, el peso de recién nacido esta entre 2000 y 2500 gramos, la edad de la madre es la ideal para dar un niño con peso adecuado, el tipo clínico que más se presentó fue el pretérmino y las causa relacionadas fueron la hipertensión y el síndrome del flujo vaginal.

REFERENCIAS

Ginebra, Organización Mundial de la Salud, (2012). Resolución WHA65.6. Plan integral de aplicación sobre nutrición de la Madre, el lactante y el niño pequeño. En: 65. ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 21–26 de mayo de 2012. *Resoluciones y decisiones, anexos.* :12–13. http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_resolution_sp.pdf?ua=1.

Ministerio de Salud Pública. (2012) Anuario Estadístico de Salud. [Internet]. La Habana: Recuperado de: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/anuario_2016. pdf.

Robaina, GR. (2017) Bajo peso al nacer, prematuridad y enfermedades crónicas en la adultez. *Revista Cubana de Pediatría 89*(2):108–12. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123367427&lang=es&site=ehost-live

Risnes, K.R; Vatten, L.J; Baker, J.L; Jameson K; Sovio U; Kajantie, E. (2011) Birthweight and mortality in adulthood: a systematic review and meta analysis. Int J *Epidemiología.* *40*:647–61. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21324938 doi:10.1093/ije/dyq267

Larroque, B.; Bertrais, S; Czernichow, P; Leger, J. (2001) School difficulties in 20 year olds who were born small for gestational age at term in a regional cohort study. *Pediatrics* *108*:111-15 Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11433062

Kim, D., Saada, A. (2013) The social determinants of infant mortality and birth outcomes in western developed nations: *a cross country systematic review. Int J Environ Res Public Health* *10*(6):2296-335. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23739649 doi:10.3390/ ijerph10062296.

Quintero, P., Pérez, L., Quintero, J. (2017) Comportamiento del bajo peso al nacer en pacientes atendidos en el Policlínico Universitario “Pedro Borrás Astorga”, Pinar del Rio, Cuba. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* *43*(1):1–13. Disponible en:http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=124330571&lang=es&site=ehost-live

Selva, A; Bestard, I; Corría, N; Berenguer, C.M; Blanco, A. (2018) Competencia profesional como indicador de calidad en el programa de bajo peso al nacer. *MEDISAN* *22*(6):602–10. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=130675438&lang=es&site=ehost-live

Cuba, Ministerio de Salud Pública. (2010) Consenso de procederes diagnósticos y terapéuticos en Obstetricia y perinatología [CD-ROOM]. Ciudad de la Habana: MINSAP.

Alonso, R.M; Rodríguez, B; Yanes, CD; Isaac, EC. (2018) Caracterización del neonato bajo peso hijo de madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* *44*(1):1–10. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=132860981&lang=es&site=ehost-live

Navarro, M.B; Cobas, M.C; Duvergel, Y.C; Tordera, M.N. (2018) Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. *MEDISAN* *22*(7):578–99. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=131649132&lang=es&site=ehost-live

Pérez, R.H; Lima, E.L; Perera, L.S; Borges, F.R; Vázquez, J.L.(2016) Efectividad de intervención educativa en conocimientos de embarazadas sobre factores de riesgo maternos de bajo peso al nacer. *Revista Cubana de Enfermería* *32*(3):1. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=119187419&lang=es&site=ehost-live

Garbey, M.N; Hernández, N.B; Lestapi, Y.Á, Gómez, TC; Orduñez, D.F. (2017) Comportamiento de bajo peso al nacer en el Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones", *Revista Información Científica 96*(5):826–34. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126352673&lang=es&site=ehost-live

Alonso, V; Fuster V; Luna F. (2005) La evolución del peso al nacer en España (1981-2002) y su relación con las características de la reproducción. *Antropología. 10*:51-60. Recuperado de: http://www.didac.ehu.es/antropo/10/10-5/Alonso.pdf

Vélez, M., Barros, C; Echavarría, LG; Hormaza, MP. (2006) Prevalencia de bajo peso al nacer y factores maternos asociados: *Unidad de atención y Protección Materno Infantil de la Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol 57*(4): 264-270. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342006000400005&lng=en.

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS CON VIH/SIDA. LAS TUNAS

EPIDEMIOLOGIC CHARACTERIZATION OF THE PEOPLE OF 50 YEARS AND MORE WITH VIH/SIDA. LAS TUNAS

Migdalia Planas Mediaceja

Martha Odalis Cabrales León martacabrales@ltu.sld.cu

Mildre Dolores Pérez Ojeda mildre@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de caracterizar las personas diagnosticadas con VIH/sida con 50 años y más de edad, en la provincia Las Tunas en el periodo de Enero 2004 hasta diciembre del 2018, el universo y muestra fue de 76 pacientes. En el último quinquenio los notificados representan la cuarta parte del total de los casos, la epidemia es concentrada a razón de 4 hombres por cada mujer, la trasmisión fue sexual y la mayor parte en hombres que tuvieron relación con otros hombres lo que evidenció la existencia de prácticas sexuales de alto riesgo sin protección en ambos grupos. Los porcentajes obtenidos en el diagnóstico del VIH/sida a través del grupo de pesquisa captados, evidenció resultados favorables del Programa de Prevención y Control del VIH/sida en Las Tunas, sin embargo persisten brechas relacionadas con el debut clínico.

PALABRAS CLAVES: VIH/sida, epidemia, debut clínico,

ABSTRACT

A descriptive study was realized for the sake of characterizing the people diagnosed with VIH/Sida with 50 years came true and over age, in the provinces of Las Tunas in the period of January 2004 to December 2018. The universe and the sample were 76 patients**.** The end notified represents the fourth part of the total of the cases. The epidemic is concentrated at the rate of 4 men by each woman, in white men, in the latter five year period transmission was sexual and the majority in men that they had relation with another men that evidenced the existence of sexual practices of loud risk without protection in both groups. The percentages obtained in the diagnosis of the VIH/Sida through the group of investigation perceived, you evidenced favorable results of Preventions Program and Control of the VIH/Sida in Las Tunas; however breaches related with the clinical debut persist.

KEY WORDS: HIV/AIDS, epidemics, clinico debut.

INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una de las infecciones de trasmisión sexual emergentes más importantes para la salud a nivel mundial y una de las más temibles del presente siglo, se caracteriza por afectar el sistema inmunológico, donde se hospeda, altera su función y genera déficit en su respuesta, de modo que el organismo no puede responder de manera adecuada ante los agentes patógenos que le amenacen. (OMS, 2017).

En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. A finales de 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones. De acuerdo con los datos del 2016, en la Región de África de la OMS había 25,6 millones de personas infectadas. Esta Región es la más afectada y en ella se registran casi dos tercios de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo. En América la prevalencia de VIH es de 3'300,000 personas, y en México de 220,00 (200,000 – 240,000).

En la epidemia cubana (1986-2016), se ha logrado mantener una baja tasa de crecimiento de VIH/sida, constituyendo una excepción en el área del Caribe con una prevalencia en adultos por debajo de 0,1 %. La epidemia está caracterizada como concentrada de crecimiento lento y el nivel de incidencia de esta infección es mínimo en la población infantil, las estadísticas exponen un total de 26,361 casos de VIH reportados, 21,758 (82%) personas viviendo con VIH (PVV) y un total de 4,603 (18%) fallecidos. El sexo masculino el más afectado a lo largo de toda la historia de la epidemia VIH/sida en Cuba y representa más de las tres cuartas partes (80, 8%) Los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) representan el 72% de todos los casos diagnosticados y el 88,3% entre los del sexo masculino. Nacionalmente, por cada mujer se diagnostican 4 hombres. Las mujeres continúan representando alrededor del 20% aunque se han presentado incrementos en algunos municipios y localidades. Todo esto está reflejado en Epidemia de VIH/sida en Cuba: 30 años de experiencia Estruch (2016), OMS; (2016).

Los hombres que tienen sexo con otros hombre (HSH) representan el 70% del total de casos diagnosticados (19,921/28,302) y el 87% (19,921/22,880) entre los del sexo masculino. Se han diagnosticado 1,889 casos nuevos de VIH durante 2017 hasta el 31/10, contra 1,886 en igual período del 2016 (tres más). El 86% de los nuevos diagnósticos ya evaluados, han sido detectados precozmente. El 54,2% de los casos se encontraron en el pesquisaje en los grupos de captados, Terreno, ITS y Contactos de VIH. Lantero (2017) planteó estos datos en valoración de la situación del VIH/Sida.

A partir del 2009 se observó un incremento en la incidencia del sida en adultos mayores, y en el 2010 se diagnosticaron 14,038 pacientes con positividad del VIH, con predominio en el sexo masculino. El VIH/sida tiene un efecto devastador que se acentúa en el adulto mayor, quien presenta peculiaridades epidemiológicas y morbilidades asociadas, lo que trae consigo un retraso en el diagnóstico de la enfermedad. Aunque la preocupación se centra con los segmentos de la población más afectados, la infección por el VIH/SIDA en el anciano se configura en un problema de salud pública. En 2050 ese valor puede doblarse.

> (…) el perfil del SIDA en ancianos residentes en un estado del noroeste de Brasil ha experimentado un cambio a lo largo de los años, así como un considerable aumento del número de casos notificados. Características regionales, como la edad más acometida, prevalencia del sexo masculino, baja escolaridad, están presentes y deben ser consideradas al proponer medidas de prevención, control y acompañamiento (De Oliveira et al., 2017,p.5).

Se ha observado que las personas de 50 y más años hablan menos de sexualidad y de sus conductas, que pueden tener menor conocimiento sobre las infecciones de

transmisión sexual y que los síntomas pueden confundirse con otras situaciones de salud o con cambios atribuibles al envejecimiento fisiológico El virus afecta principalmente a los adultos jóvenes, pero también a las personas mayores de 50 años de edad; según el reporte de ONU SIDA en el 2013 , de los 35,3 millones de personas que viven con el VIH en el mundo, 3,6 millones tienen 50 años o una edad superior y la mayoría (2,9 millones) se encuentran en países de ingresos medios y bajos, con un porcentaje superior al 10%. En los países de ingresos altos, cerca de un tercio de los adultos que viven con el VIH tienen 50 años o más. En los Estados Unidos el 10% de los casos reportados de SIDA ocurren en personas mayores de 50 años, y de estos, la cuarta parte son personas mayores de 60 años.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA ya dieron la alerta: Las personas mayores de 50 años se están convirtiendo en un nuevo grupo de riesgo. En el 2015, la cifra de personas mayores de 50 años que vivían con el VIH ascendía a 5,8 millones. En la actualidad, la mitad de las personas que viven con VIH en el mundo son personas de 50 y más años de edad y cerca del 20% corresponden a nuevos diagnósticos. En 2030 se estima que el 73% de las personas PVV tendrá 50 años y más y cerca del 40% habrá cumplido los 65 años y más.

Está aumentando el VIH en personas de 50 y más años porque personas infectadas años atrás, conocen su diagnostico después los 50 años, por otro lado las nuevas infecciones en este grupo es porque algunas personas se consideran fuera de riesgo según plantea Cardona (2014) Riesgo invisible y silencioso: Virus de Inmunodeficiencia Humana en mayores de 50 años y Fong (2015) en su estudio Percepción de riesgo de sida en adultos mayores de un área de salud.

El envejecimiento de la población cubana es incuestionable, con un sistema social y de salud avanzada, la epidemia sigue creciendo, las personas de 50 años y más, infectadas por el VIH constituye un grupo en crecimiento y representan aproximadamente el 12.9 % del total de las Personas Viviendo con VIH diagnosticadas. Nuestra provincia no está exenta de esto, pues en los últimos años ha tenido una tendencia ascendente.

Todas estas reflexiones nos motivaron a realizar este estudio con el objetivo de caracterizar las personas diagnosticadas con VIH/sida que tengan 50 años y más de edad, desde el Enero 2004 hasta diciembre del año 2018 en la provincia Las Tunas

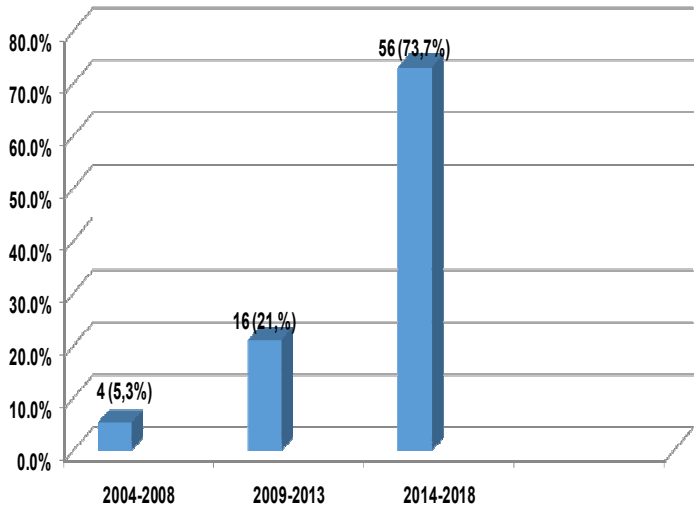
Se realizó una investigación epidemiológica, observacional, descriptiva. El universo estuvo constituido por 76 personas diagnosticadas con de 50 años y más de edad en la provincia de Las Tunas desde enero del 2004 a diciembre del 2018. La recolección de la información se realizó a través de las encuestas epidemiológicas y del registro informatizado de VIH/sida del Ministerio de Salud Pública. Se utilizaron medidas estadísticas de distribución de frecuencias absolutas, tasas y porcentajes. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos procesadas en Microsoft Excel XP 2007 y como procesador de texto se utilizó Microsoft Word XP 2007.

Comportamiento del VIH/Sida en personas mayores de 50 años, en Las Tunas, en el periodo del 2004 al 2018.

Como se observa en el gráfico 1 un aumento del número de notificaciones de VIH en personas de 50 años y más de edad, presentaron un crecimiento vertiginoso en el

transcurso de la serie histórica, principalmente en el quinquenio 2014-2018 que se reportaron 56 casos(73,7%).Estos resultados coinciden con el comportamiento a nivel de país donde se plantea que existen significativos incrementos en personas de mayor edad (55 a 59 años y 60 a 64 años en ese orden), también en el estudio de Taomara (2017) Perfil de mayores de 50 años con VIH en el municipio Plaza de la Revolución 1986 al 2015 que tiene una tendencia al incremento.

Gráfico 1. Personas con VIH/sida de 50 años y más de edad según años de estudio. Las Tunas 2004-2018



Fuente: Registro Informatizado de VIH/sida, MINSAP

Con relación a las personas con VIH/sida de 50 años y más de edad, según grupos de edades y sexo tabla # 1 se observa que predominó el grupo de edad de 50 a 59 años con el 73,7% y el sexo masculino con el 78,9 % de los casos. Estos resultados no coinciden del todo con lo encontrado por Besse (2018) en el estudio Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida de la provincia de Santiago de Cuba que predominó el grupo de 35 a 44 años con el 36,7% y si coincidió con el sexo que predominó el masculino con el 63,3%, Respecto a la edad, en Cuba la epidemia está mostrando una tendencia al incremento en edades mayores, en el cierre del año 2018, significativos incrementos en personas de mayor edad (55 a 59 años, 60 a 64 años y 35 a 39 años, en ese orden) y el sexo masculino representa el 80% de los casos según Lantero (2019). ITS, VIH/sida, resultados, brechas y acciones a desarrollar.

Tabla 1. Personas con VIH/sida de 50 años y más de edad según edad y sexo. Las Tunas 2004-2018

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
50-59 años	43	56,6	13	17,1	**56**	**73,7**

60-69 años	13	17,1	1	1,3	14	18,4
70 años y más	4	5,2	2	2,6	6	7,9
Total	**60**	**78,9**	16	21,1	76	100

Fuente: Registro Informatizado de VIH/sida, MINSAP

En la serie estudiada el 63,2% son homosexuales como orientación sexual predominante. Los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) representan el mayor porciento, resultados que coinciden con las características de la epidemia cubana (tabla 1). Como describe la literatura especializada las poblaciones clave tienen mayor probabilidad de exponerse al riesgo de infección por el VIH y a su vez transmitirlo por toda la vulnerabilidad epidemiológica, biológica, psicológica y social a que se exponen.

Existen países con graves epidemias entre las poblaciones clave como las personas que se inyectan drogas (Estonia, Grecia, Portugal, Letonia, Rumania) , hombres que tienen sexo con hombres (Chipre, República Checa, Hungría, Irlanda, Letonia, Eslovaquia, Eslovenia, Austria, Bélgica), en las trabajadoras del sexo (Bélgica, Alemania, Letonia, Portugal, España y en las poblaciones transgénero: Alemania, Países Bajos. (ONUSIDA, 2015).

Los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) representan el 74% de todos los casos diagnosticados y el 87,4% entre los del sexo masculino Como respuesta a la alta incidencia de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en la epidemia de VIH y siguiendo con la estrategia de involucrar a los grupos de población clave en la prevención de las mismas, el 7 de agosto del año 2000 se creó, bajo la tutela metodológica del Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida, el Proyecto de prevención de sida en hombres que tienen sexo con hombres ,colabora en la elaboración de las estrategias de trabajo aportando sus conocimientos acerca del grupo al que pertenece, sitios de encuentros, espacios de socialización, códigos de comunicación, inquietudes, necesidades y demandas de la población en materia de prevención. MINSAP (2019).Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS, el VIH y las hepatitis. 2019-2023.

Tabla 2. Personas con VIH/sida de 50 años y más de edad según grupos de edades y orientación sexual. Las Tunas 2004-2018

Grupos de edades	**Orientación sexual**							
	Heterosexual		**Homosexual**		**Bisexual**		**Total**	
	No.	**%**	**No.**	**%**	**No.**	**%**	**No.**	**%**
50-59	15	19,7	34	44,7	7	9,2	**56**	**73,7**

60-69	2	2,6	11	14,5	1	1,3	14	18,5
70 y más	2	2,6	3	3,9	1	1,3	6	7,9
Total	19	25	**48**	**63,2**	9	11,8	76	100

Fuente: Registro Informatizado de VIH/sida, MINSAP

Al analizar los resultados de la vigilancia epidemiológica con énfasis en los grupos de búsqueda activa de personas seropositivas, en la casuística se muestra un predominio del grupo captados ocupando el 39.5%, le siguen los contactos con 13.3% Estos grupos son atribuibles a la labor del personal de la salud en la búsqueda constante de nuevos diagnosticados donde la prevención es un factor fundamental. De singular importancia es la adecuada dispensarización en las áreas de salud de las personas con conducta sexual de riesgo y no menos importante el estudio de los contactos en aras de frenar la transmisión.

Estos resultados coinciden con los del país que al cierre del año 2018 el grupo de estudio con mayor positividad fue el de captados y con lo encontrado en Espinosa (2013) en su estudio .Caracterización de la epidemia de virus de inmunodeficiencia humana/sida en Cienfuegos. 2006-2010 que el grupo de los captados aportó mayor por ciento de personas detectadas (30,3 %), seguido por el grupo contacto con un 20 %.

El diagnóstico temprano de la infección y la introducción del tratamiento antirretroviral oportuno se logra el máximo beneficio inmunológico al paciente. Esta acción disminuye además el riesgo de transmisión del VIH entre la población. En los últimos años, se ha venido observando un discreto incremento en la incidencia de SIDA entre personas sin antecedentes conocidos de seropositividad al virus. Estas se han clasificado como debut clínico. Estos pacientes evolucionan de forma desfavorable, presentan más complicaciones y mueren en mayor proporción que el resto. En la investigación se encontró que el 15,8% de los casos tuvieron un debut clínico y pertenecen todos los casos pertenecen al sexo masculino.

Las características socio demográficas de los casos de debut clínico no difieren del resto de los pacientes con infección por VIH/sida, no obstante puede afirmarse que reúnen factores de mal pronóstico para la progresión de la enfermedad, lo que explica la alta letalidad de este grupo. Que sea observado en hombres no discrepa con las características de la epidemia en Cuba que existe un franco predominio de la infección en hombres y de ellos hombres que tienen sexo con otros hombres. Estos resultados coinciden con lo encontrado por Torres (2016) con la caracterización epidemiológica en personas de 50 años y más de edad afectados por el VIH/sida. La Habana, 2000-2014 donde predominó el sexo masculino y también por Puente (2016).

CONCLUSIONES

En el último quinquenio los notificados representan la cuarta parte del total de los casos, la epidemia es concentrada a razón de 4 hombres por cada mujer, la trasmisión fue sexual y la mayor parte en hombres que tuvieron relación con otros hombres lo que evidenció la existencia de prácticas sexuales de alto riesgo sin protección en ambos grupos. Los porcentajes obtenidos en el diagnóstico del VIH/sida a través del grupo de

pesquisa captados, evidenció resultados favorables del Programa de Prevención y Control del VIH/sida en Las Tunas, sin embargo persisten brechas relacionadas con el debut clínico.

REFERENCIAS

Besse, R., Puente, V., Martínez, L., Romero, LI, Minier, L. (2018). Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida de la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN, 22*(3). Recuperado de: http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1751

Cardona, Doris., Segura, Á., Garzón, M. (2014). Riesgo invisible y silencioso: Virus de inmunodeficiencia Humana en mayores de 50 años. Colombia, 1998-2009. *Investigaciones Andinas*. Recuperado de: https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/25/80/el-vih-y-los-adultos-mayores.

De Oliveira, LB., Queiroz, Artur, F., de Sousa, F.; de Araújo, TM., Moura, ME., Reis, RK. (2017). Epidemiología del VIH / SIDA en las personas mayores de un estado del noreste de Brasil: serie histórica 2007-2015. *Evidentia* (14). Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/311102028_Epidemiologia_del_VIH_SIDA_en_las_personas_mayores_de_un_estado_del_noreste_de_Brasil_serie_historica_2007-2015

Espinosa, I., Hernández, S., González, M., Álvarez, M. (2013). Caracterización de la epidemia de virus de inmunodeficiencia humana/sida en Cienfuegos. 2006-2010. *Medisur 11*(2), Recuperado de: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2300

Estruch, RL., Ochoa, SR., Villalón, OM. (2016). Epidemia de VIH/sida en Cuba: 30 años de experiencia. Santiago de Cuba: Oriente

Fong, J., Brook, O., Pullés, MC., Tabares, L., Oliva, J. (2015). Percepción de riesgo de sida en adultos mayores de un área de salud. *MEDISAN 19*(9), 1115-1120. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000900007&lng=es.

Lantero, M. (2017). Valoración de la situación del VIH/Sida. Datos hasta el 31 de octubre de 2017. En: *VI Seminario Internacional sobre la Infección por el VIH y el sida en Cuba 2017*; diciembre 5-8. La Habana: Palacio de las Convenciones. Recuperado de: http://microbiologia2017.sld.cu/index.php/microbiologia/2017/schedConf/presentations?track=

Ministerio de salud Pública. Dirección de Registros médicos y Estadística de salud. (2019). Anuario Estadístico de Salud 2018.La Habana.

OMS. (2017). VIH/sida. Nota descriptiva. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/.

ONUSIDA. (2013). Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2013. Ginebra. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2434_WorldAIDSday_results_es_1.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2015).Proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud.VIH ,2016-2021. (Documento EB138/29). 138ª reunión del Consejo Ejecutivo. Ginebra, OMS. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_29-sp.pdf.

Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS, el VIH y las hepatitis | 2019-2023. (Resolución Ministerial Nº 56)

Puente, V., Arias, D. (2016). Inicio del sida o diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *MEDISAN, 20*(8), 1009-12. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000800001

Taomara, I., Massip, T. (2017).Perfil de mayores de 50 años con VIH en el municipio Plaza de la Revolución 1986 al 2015. *Rev GeroInfo, 12*(1), 1-13.

SINDROME PARINAUD. A PROPOSITO DE UN CASO

PARINAUD SYNDROME. A CASE REPORT

Migdalis González Leyva migdalisgl@ltu.sld.cu

Elizabeth del Carmen Ramírez Pérez rp63@ ltu.sld.cu

Juan Carlos Góngora Torres juancgt@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino, blanco, de 31 años con antecedentes de salud que se estudia por diplopia binocular de aproximadamente un año y medio de evolución, el cual tiene como antecedente patológico personal el haber sufrido un trauma craneal y cervical. Al realizarse examen oftalmológico se constata buena agudeza visual (1.0) en ambos ojos, exotropia de 15 grados, con parálisis de la musculatura extrínseca, de la convergencia y dolor al explorar las 9 posiciones diagnósticas de la mirada. Se realizó campo visual en ambos ojos y tomografía axial computarizada de cráneo y de órbita que resultan normales. Se le indicó tratamiento con esteroides y vitaminas. Posteriormente se interconsultó con los servicios especializados de estrabismo y neuroftalmología del instituto “Ramón Pando Ferrer”, donde se le practicaron otros complementarios y tomografía axial computarizada de región cervical que mostró la presencia de fisuras vertebrales, concluyéndose como portador de un Síndrome de Parinaud postraumático.

PALABRAS CLAVES: diplopía, musculatura extrínseca, Parinaud, parálisis, exotropia.

ABSTRACT

This work presents a masculine patient's case, white and of 31 years old, with background of health that is studied for binocular double vision of approximately a year and a half of evolution, which has as a pathological personal antecedent to have suffered from a cranial and cervical trauma. Ophthalmological exam verifies good visual acuity (1, 0) in both eyes itself when it comes true, exotropia of 15 grades, with paralysis of the extrinsic musculature, of convergence and pain to explore the 9 diagnostic positions of the look. You accomplished visual field in both eyes and axial tomography computerized of skull and of orbit that they prove to be normal. He was indicated treatment with steroids and vitamins. At a later time himself interconsultated with the services specialized of squint and the institute's neuroftalmología Ramón Pando Ferrer, where complementary others and axial tomography computerized of cervical region were practiced on him that posttraumatic showed the presence of vertebral fissures, concluding like bearer of Parinaud's Syndrome.

KEY WORDS: double vision, extrinsic musculature, Parinaud, paralysis, exotropia.

INTRODUCCIÓN

En 1883, el eminente oftalmólogo francés Henri Parinaud describió tres tipos de parálisis de los movimientos verticales que afectaban la mirada hacia arriba, la mirada hacia abajo o ambas, postulando que este tipo de parálisis no alteraba los núcleos oculomotores.

El síndrome de Parinaud, conocido también como síndrome de Koerber-Salus-Elschnig, síndrome del acueducto de Silvio, síndrome pretectal, síndrome comisural posterior o síndrome de la placa folicular, ha sido definido como una parálisis supranuclear de la mirada vertical por daño en la región mesodiencefálica. Por lo general, esta parálisis afecta los movimientos rápidos voluntarios y los de seguimiento. Su naturaleza supranuclear se demuestra en la mayoría de los casos por la integridad de los reflejos vestíbulooculares verticales u oculocefálicos, con evidencia de integridad de los núcleos de III y IV nervios craneales. Dado que las causas del síndrome de Parinaud son variadas, también son diversas las manifestaciones relacionadas con la parálisis de la elevación.

El síndrome de Parinaud se ha asociado a tumores pineales e infartos del cerebro medio, sin embargo, es posible observarlo en enfermedades congénitas (estenosis acueductal congénita, malformaciones arteriovenosas), enfermedades adquiridas sobre todo del tipo de las infecciosas (como sífilis y tuberculosis), en enfermedades autoinmunes, la esclerosis múltiple, el trauma craneal, las neuroinfecciones y los tumores cerebrales.

El tratamiento del Síndrome de Parinaud está dirigido a su causa. Los signos oculares evolucionan con lentitud a la mejoría una vez resuelto el factor causal, y a menudo persiste incluso después de la terapia. El estrabismo asociado se trata con toxina botulínica, y en caso de no respuesta o en estrabismos residuales se puede recurrir a la cirugía.

El síndrome de Parinaud es una entidad que por su rareza y múltiples etiologías puede sorprender al facultativo, llevándolo a confundir las manifestaciones clínicas, con el consiguiente error diagnóstico, razones que nos motivaron a socializar las características del caso que se presenta en este informe

Generales del caso estudiado

Se presenta un paciente masculino de raza blanca, 31 años de edad y procedencia urbana, con antecedentes de haber sufrido accidente de tránsito el 9 de septiembre de 2016 que incluyó trauma de cráneo y de región cervical, por lo cual fue evaluado en el servicio de neurocirugía. Posteriormente presentó un síndrome vertiginoso, indicándosele tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo y órbitas, los cuales fueron negativos, es interconsultado con el servicio de otorrinolaringoligía, cuyo examen físico fue también negativo y se le practican pruebas vestibulares que resultaron normales.

Conducta para precisión diagnóstica y tratamiento.

Se comienza su atención por el servicio de oftalmología por presentar diplopía, dolor ocular frecuente, que aparecía al dirigir la mirada hacia arriba y al realizar esfuerzos visuales, acompañándose de cefaleas frecuentes. El examen subjetivo arrojó: agudeza visual de la unidad en ambos ojos. El examen objetivo de los anexos, segmento anterior, medios y fondo de ojo resultó normal en ambos ojos, los reflejos pupilares normales, al explorar la motilidad ocular resultó dolorosa en las 9 posiciones diagnosticas de la mirada. Se detecta presencia de Exotropia de 15 grados y no realizaba la convergencia. Presión intraocular aire: ojo derecho de 13.0 mmHg y en el ojo izquierdo de 11.3 mmHg. Se realizó campo visual que resultó normal en ambos

ojos, test de Ishiharas de 21/21 en ambos ojos. El ultrasonido ocular mostró intensidad normal en el diámetro y grosor de los músculos extraoculares, grasa orbitaria de distribución normal en ambos ojos.

Se le indicó tratamiento con pulso venoso de metilprednisolona (bulbo de 500mg) a razón de 2 bulbos en 200 cc de Solución Salina al 0.9%, durante 5 días. Posteriormente continuó con Prednisolona (tableta de 20mg) en ciclo decreciente hasta completar un mes. Usó además PPG (tabletas de 10mg), Vitamina A (tabletas 250000 UI), Vitamina E (tabletas 400 mg) y Vitamina C (tabletas 500mg), una tableta de cada una diaria 10 am durante 2 meses. Además, 1cc de Vitamina B1 (bulbo de 100ml), 1 ámpula de Vitamina B6 (ámpula de 100mg) y 1cc de Vitamina B12 (bulbo de 1000 mg), juntas, intramuscular, en días alternos por 30 días.

No se observa mejoría en el paciente con el tratamiento empleado y, luego de interconsultarlo en conjunto con Neuroftalmología, se decide interconsulta en el Instituto de oftalmología “Ramón Pando Ferrer”, donde el examen oftalmológico mostró agudeza visual de 1.0 en ambos ojos, en el fondo de ojo se observan nervios ópticos de buena coloración, red vascular normal, retinas aplicadas, máculas y fóveas sin alteraciones. Los movimientos oculares revelan presencia de diplopia en las 9 posiciones diagnósticas de la mirada. Al explorar el punto próximo de convergencia no converge de ambos ojos. Los reflejos pupilares se presentan normales.

Test de Bielshowky: negativo, no nistagmos, no tortícolis. Dominancia Ocular: ojo izquierdo dominante. Luces de Worth: ve las 4 luces. Examen de oclusión y prismas a 6 metros y 33 centímetro; compensa con prisma de 5 dioptrías base interna en ambos ojos. En supra no se puede medir por la parálisis tanto del recto superior así como del oblicuo menor, en infra se observa ortótropia en ambos ojos.






Los resultados de otros estudios revelaron lo siguiente:

Ultrasonido ocular**:** presencia de vítreo homogéneo, retina, coroides y nervios ópticos sin alteraciones. No se constatan alteraciones en el grosor de la musculatura extrínseca extraocular de ambos ojos.

Resonancia magnética nuclear de orbita: globos oculares, músculos extra oculares y complejo de nervios ópticos y vainas que muestran intensidad de señal y espesor similares, se distingue aracnoidoceles intracelar grado I, la grasa retrorbitaria de distribución e intensidad normales. No se observan alteraciones a nivel de agujeros ópticos, se constata hipoplasia del seno frontal izquierdo y senos paranasales restantes de características normales, septum ligeramente desplazado; concluyéndose que no existen alteraciones a nivel de las orbitas.

La Tomografía Axial Computarizada corroboro la presencia de fisuras vertebrales a nivel cervical como consecuencia del trauma de cráneo y cervical que sufrió el paciente, así lo muestran las siguientes imágenes.



Dentro de la terapéutica empleada se le indicaron cristales prismáticos de 5 dioptrías base internas y realizar trabajos de visión de cerca con corrección óptica de -0.75 esférico en ambos ojos y se decidió evaluar al mes; al mantener la diplopía se decidió el tratamiento con toxinas botulínica, con lo cual el paciente no estuvo de acuerdo.

Discusión teórica relacionada con el caso

La extensión del síndrome de Parinaud también genera un diverso daño a las estructuras vecinas .Dentro de las manifestaciones clínicas el signo clásico está dado por un daño en la elevación coordinada y voluntaria de la mirada. Puede presentarse lesión a nivel de las vías pupilares, nistagmus retráctil al intentar realzar el movimiento de la elevación, así como trastornos en la acomodación .La parálisis de la elevación no implica un daño en los nervios motores, por lo que clásicamente no debiera presentarse diplopia. La identificación de los estrabismos agregados a esta parálisis de la elevación con diplopía es consecuente a un daño mayor con compromiso de las estructuras adyacentes del tallo cerebral, todo lo cual puede cambiar el pronóstico de la enfermedad neurológica y el tratamiento, el cual estaría encaminado en la mayoría de los casos a la corrección de los estrabismos asociados (Glaser, 1995; Moguel, 1997).

El Síndrome de Parinaud «plus» se manifiesta por otros signos neurooftalmológicos secundarios al compromiso de las estructuras adyacentes, y así podemos encontrar lesiones nucleares o tronculares del III, IV, VI y VII pares craneales, parálisis de la mirada horizontal, síndrome de Foville, síndrome del uno y medio; o a distancia, en la lesión del II par por hidrocefalia cuando se obstruye el acueducto de Silvio. (Burgueño, Santalla y Peña 2016).

Para explicar el daño a la supraversión o a la infraversión, Wang (1996) describe la posibilidad de diferenciación de las áreas de control entre estos movimientos, la mirada arriba (recto superior y oblicuo inferior) y la mirada abajo (recto inferior, oblicuo superior), separadas espacialmente 0.5 mm en el eje rostro caudal del núcleo, siendo

las proyecciones a los oblicuos ipsolaterales y la de los rectos bilaterales más responsables de la función conjugada del movimiento vertical, y coexistiendo en el mismo núcleo neuronas excitadoras e inhibidoras. Las parálisis tanto de elevación como de depresión podrían ser causadas por daño bilateral de las fibras del fascículo longitudinal medial, afectando sus fibras aferentes y eferentes. Ha sido reportado síndrome de Parinaud secundario a infarto de la unión tálamo-mesencefálica, afectando las vías de niFLM por daño de la arteria talámica paramediana. El signo de Collier con retracción de los párpados ha sido descrito secundario a lesión de la comisura posterior y puede observarse por lesiones tegmentarias medianas (Hirayama, Sakakibara, Asahina, Honma y Shinotoh, 1993).

Se tiene pleno conocimiento de que en la parálisis de depresión existe daño en las fibras eferentes que llegan a los núcleos oculomotores, resultante del daño bilateral medial y dorsal de la parte alta de los núcleos rojos en el tegmento. Se ha sugerido que las lesiones de la glándula pineal pueden ser una causa menos común de Síndrome de Parinaud que las patologías intrínsecas del tronco encefálico como son el infarto y la hemorragia, o de etiologías extrínsecas, no pineales, como la hidrocefalia primaria (Goldenberg y col, 2010; Hura y col, 2019; Shields, Sinkar, Chan y Crompton, 2017).

Las etiologías de Síndrome de Parinaud también varían con la edad: las etiologías neoplásicas ocurren con mayor aumento de la frecuencia en niños y adultos jóvenes, mientras que la etiología vascular son más comunes en pacientes de mediana edad y en ancianos, así fue planteado por Daroff, Jankovic, Mazziotta y Pomeroyl (2016).

Henri Parinaud en 1889 describió también una forma especial de conjuntivitis granulomatosa relacionada con la enfermedad por arañazo de gato que se le conoce con el nombre de Síndrome Oculoglandular de Parinaud. El aislamiento de Bartonella henselae le permitió establecer la asociación entre ambas enfermedades. La presentación clásica se caracteriza por un síndrome febril acompañado de un granuloma conjuntival y de adenopatías regionales homolaterales (como se citó en Grando, Sullivan , Flexman, Watson y Andrew, 1999; Ouvrier, 1993).

En la literatura internacional consultada se encontraron referencias sobre la opacificación del cristalino relacionada con la infección ocular la cual puede deberse al microorganismo mismo o, más comúnmente, secundario a un proceso inflamatorio autoinmune ocular. Los autores realizan el primer informe sobre los aspectos clínicos del primer caso documentado de catarata cortical después de un síndrome oculoglandular de Parinaud secundario a infección con Sporothrix schenckii. El diagnóstico de Sporothrix schenckii se estableció por el análisis histopatológico de la secreción conjuntival del ojo afectado, recibiendo tratamiento con Itraconazol a 100 mg día por 60 días que se extendió por otros 30 días para lograr una respuesta terapéutica satisfactoria, con completa resolución de la infección ocular. (Biancardi y Curi, 2014; Burgueño col, 2016).

También encontramos reporte de caso de un síndrome oculoglandular de parinaud asociado a una infección por tularemia que es una enfermedad zoonótica causada por Francisella tularensisen en cuyo caso se presentó una conjuntivitis con equimosis periocular y enrogecimiento conjuntival asociado a un aumento de volumen de los ganglios linfáticos submandibular y preauricular del lado izquierdo, el resultado de la

prueba de microaglutinación fue positivo para tularemia con un título de 1: 160. El paciente tomó doxiciclina oral (100 mg, cada 12h, durante 10 días) continuó con tratamiento durante aproximadamente 21 días después de lo cual fue dada de alta con regresión total de cuadro ocular. (Galindo, Sánchez, Álvarez y Rozas, 2017; Hernández, Sánchez, Martínez, y Rodríguez, 2017; Kalogeropoulos, y col, 2011; Kantardjiev, Padeshki y Ivanov, 2007; Switaj, Olszynska-Krowicka y Zarnowsk-Prymek, 2009).

En un estudio realizado Moguel, Ruiz y Pedraza (2006) reportan que la parálisis de la elevación y la depresión fueron relacionadas con daño en el fascículo longitudinal medial mesencefálico por accidente cerebrovascular que, afectó también los núcleos del III nervio en dos casos y del IV nervio en un caso.

El síndrome de Parinaud “plus” fue observado más relacionado con traumatismo craneoencefálico donde fue notoria la alta frecuencia de afectación al II par craneal, cuyo daño suele ser es fácilmente desapercibido. En el caso que presentamos el Síndrome de Parinaud apareció como consecuencia de un trauma de cráneo y de región cervical que le ocasionó lesión en las vertebras cervicales pero no se evidenció lesión a nivel del II par craneal.

En general, a diferencia de las lesiones tumorales reportadas como causantes de síndrome de Parinaud clásico, hay lesiones que en ocasiones causan un mayor compromiso al cerebro por el desarrollo de hidrocefalia y la falla en las funciones valvulares que permite diagnosticar daño a distancia a nivel protuberancial y bulbar, parálisis faciales y nistagmus, e incluso con síndrome de Foville con parálisis de la mirada conjugada horizontal; así como la presencia de síndrome de uno y medio por infartos múltiples a nivel pontino (Ribeiro, Muniz, Ventura, Gasparetto y Marchiori, 2018; Wilhelm, Wilhelm, Moro y Barbur, 2000).

Estos síndromes pueden verse en ocasiones afectando zonas del tallo cerebral sólo durante el compromiso más grave, posteriormente se recuperan en especial cuando se relaciona con fenómenos vasoespásticos que no dejan una lesión permanente o también pueden ser causados por una hemorragia; en todos los casos la recuperación dependerá de la secuela que pueda dejar sobre la zona del cerebro que sufrió el daño, lo que permite observar diferentes grados de parálisis y distintos tiempos de recuperación. (Daroff, Jankovic y Mazzlotta, 2016; Shields y col, 2017).

Feroze y Bhimji (2017) afirman que “el chequeo periódico del mismo síndrome de Parinaud permite prever un pronóstico favorable cuando se observa la recuperación rápida de las parálisis”. (p. 333)

La respuesta al tratamiento del estrabismo con toxina botulínica varía dependiendo del grado de la parálisis y la función respetada o recuperada del musculo dañado, sin embargo, considerando que ante una lesión de tallo cerebral el paciente se encuentra bajo un compromiso neurológico importante, el tratamiento con quimiodenervación es de primera elección (Moguel y col, 2006).

La cirugía de los músculos extraoculares puede indicarse ante estrabismos residuales, cuando el paciente se encuentra neurológicamente estable, y se sugiere la realización de la misma con anestesia tópica con el objetivo de evitar mayor riesgo quirúrgico y de identificar mejor las funciones residuales de los músculos afectados, sin embargo en

nuestro caso, el paciente se negó al tratamiento tanto con toxina botulínica como a la cirugía correctora del estrabismo.

CONCLUSIONES

Un exhaustivo interrogatorio acompañado del método clínico y los exámenes complementarios permitieron identificar en este caso que se reporta una de las etiologías más infrecuentes del síndrome de Parinaud, que fueron la presencia de fisuras en las vértebras cervicales, por lo cual se hace necesario socializar estos resultados con el objetivo de llegar a diagnósticos certeros ante casos difíciles como éste.

REFERENCIAS

Biancardi, AL., y Curi, A. L. (2014). Cat-scratch disease. *Ocular Immunology Inflamm, 22*, 148–154.

Burgueño M.C., Santalla CC., y Peña SJ. (2016). Síndrome de Parinaud «plus» en paciente con disgerminoma. *Archivos de la Soiciedad Española de Oftalmología, 91(7), 341-345. Recuperado de* https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S2173579416300238.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

Daroff, RB., Jankovic, J., Mazzlotta, J., Pomeory, SL. (2016). *Bradley's neurology in clinical practice*. London: Elsevier.

Feroze, K.B., y Bhimji, SS. (2017). Parinaud syndrome. *Treasure Island: Stat Pearls Publishing.*

Galindo, B.J., Sánchez, G.S., Álvarez, C.M. y Rozas R.P. (2017). Síndrome oculoglandular de Parinaud: a propósito de un caso. *Archivos de la Soiciedad Española de Oftalmología, 92(1), 37-39. Recuperado de* https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0365669116001088.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

Glaser, JS. (1995). *Infranuclear disorders of eye movement*. In: Tasman W, Jaeger EA, eds. Clinical Ophthalmology. Philadelphia: Lippincott Raven.

Goldenberg, N., Haber, J., Ron, Y., Kornreich, L., Toledano, H., y Snir, M. (2010). Longterm ophthalmological follow-up of children with Parinaud syndrome. *Ophthalmic Surgical Lasers Imaging, 41*(4), 467–471.

Grando, D., Sullivan, L.J., Flexman, J.P., Watson, M.W., y Andrew, J.H. (1999). Bartonella henselae associated with Parinaud's oculoglandular syndrome. *Clinical Infectology Disease*, *28*, 1156–1158.

Hernández PM., Sánchez BR., Martínez, B., y Rodríguez JC. (2017). Conjuntivitis palpebral y adenopatía preauricular: síndrome oculoglandular de Parinaud. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 35(2), 341-345.* Recuperado de https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0213005X15001913

Kantardjiev, T., Padeshki, P., & Ivanov, I. N. (2007). Diagnostic approaches for oculoglandular tularemia: advantages of PCR. *British Journal Ophthalmology,* 91(9), 1206-1208.

Ouvrier, R. (1993). Henri Parinaud and his syndrome. *Medical Journal Aust,* 158, 711–714.

Ribeiro, BN. de F., BC., Ventura, N., Gasparetto, EL. y Marchiori E. (2018). Papillary tumor of the pineal region accompanied by Parinaud's syndrome: magnetic resonance imaging findings. *Radiologia Brasileira*, *51*(3), 202-204. *Recuperado de* https://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0229

Shields, M., Sinkar, S., Chan, W., & Crompton, J. (2017). Parinaud syndrome: a 25-year (1991-2016) review of 40 consecutive adult cases. *Acta Ophthalmologica,* 95(8), e792–793.

Wang SF, Spencer RF. (1996). Spatial organization of premotor neurons related to vertical upward and downward saccadic eye movements in the rostral interstitial nucleus of the medial longitudinal fasciculus (riMLF in the cat). *J Comp Neurol 366*:163-180.

Wilhelm BJ., Wilhelm, H., Moro, S., y Barbur JL. (2000). Pupil response components: studies in patients with Parinaud's syndrome. *Brain, 125*, 2296-2307.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA RELACIÓN HÁBITO DE FUMAR Y COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

THEORETICAL FOUNDATIONS OF THE HABIT REPORT OF SMOKING AND COMPLICATIONS OF THE ARTERIAL HYPERTENSION

Milena Hernández Araujo

Ivis Socarrras Pita

Yisel Pérez Fernández ypfernandez10@ltu.sld.cu

RESUMEN

La Hipertensión Arterial (HTA) se origina como resultado de disturbios en los mecanismos que regulan y mantienen la tensión arterial y es la más común de las condiciones que afectan la salud de individuos y poblaciones en todas partes del mundo y representa en sí misma una enfermedad. Se estima que 691 millones de personas padecen de Hipertensión Arterial. Además de ella uno de los problemas de salud por los que atraviesa el mundo es el tabaquismo por las enfermedades que puede desencadenar, en gran manera asociado a las complicaciones en quienes son hipertensos.

PALABRAS CLAVES: Hipertensión Arterial/ tabaquismo/ complicaciones/ prevención.

ABSTRACT

The arterial hypertension is originated as a result of disturbances in the mechanisms that regulate and keep the arterial tension and it is the but common of the conditions that affect the health of individuals and populations in all parts of the world and represents in herself an illness. It has a height opinion of oneself that 691 millions of peoples suffer of arterial hypertension. Besides it one of the problems of health that goes through the world are the tobacconist for the illnesses that can unchain, in great way associated to the complications in whom are hypertense.

KEY WORDS: arterial hypertension/ tobaccoism/ complications/ prevention

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) se origina como resultado de disturbios en los mecanismos que regulan y mantienen la tensión arterial y es la más común de las condiciones que afectan la salud de individuos y poblaciones en todas partes del mundo y representa en sí misma una enfermedad. (Ramírez, Cáceres, 2015) y (Quinzán, Solano, 2015).

Es considerada como el indicador independiente de enfermedad vascular de mayor incidencia y prevalencia en las sociedades occidentales. Se observa en el contexto de dismetabolismos, carbohidratados, lipídicos y desregulaciones hormonales que parecen constituir un paquete precondicionado y existente al nacer (García, 2010).

El consumo de tabaco es (al igual que la hipertensión arterial) un problema de salud pública y es además una epidemia mundial, ya que es responsable de la muerte de seis millones de personas cada año, de las cuales 600 000 no son fumadores, pero más del

80%, mueren a causa del humo de tabaco ajeno. Esas muertes prevenibles fueron en personas pertenecientes a estratos medios y bajos. (Mantilla, 2016).

El tabaquismo constituye actualmente un serio problema de salud pública, ocasionando más de cuatro millones de muertes evitables anualmente, por ello, según la Organización Panamericana de la Salud, será la primera causa de mortalidad a nivel mundial para el año 2030.

A partir de las ideas anteriores en Cuba seguido de lo que se hace a nivel mundial se trabaja con un enfoque preventivo señalando el papel que juegan el médico y la enfermera de la familia como ejecutores de la medicina familiar.

En la provincia de Las Tunas se han realizado varias investigaciones sobre hipertensión así como tabaquismo, y se han publicado artículos sobre las causas de muertes atribuibles al tabaco donde se expone que la prevalencia del hábito de fumar entre fallecidos fue elevada, con 51,9 %, lo que aun no se evidencian investigaciones donde se aborden la influencia del tabaquismo sobre la hipertensión arterial aun cuando se conoce todos los efectos negativos a los que conlleva el primero.

Se observa que en la población dispensarizada en el CMF 37 del municipio Puerto Padre el número de pacientes hipertensos diagnosticados es del 28.3%, lo que demuestra un subregistro de los mismos, en el área de salud del Policlínico Romárico Oro el por ciento de hipertensos asciende a 28,4%, por presentar un alto por ciento de pacientes diagnosticados, así como por desconocer la influencia que puede traer el tabaquismo sobre las complicaciones en la población hipertensa.

Por lo planteado anteriormente se decidió realizar una revisión de los principales aspectos teóricos relacionados con las complicaciones de la hipertensión arterial y la influencia del hábito de fumar, como sustento para la realización de una intervención en esta población.

Hipertensión Arterial. Un importante problema de salud.

La HTA es un importante problema de salud debido a su alta afectación poblacional, su incremento progresivo con la edad, ser un factor de riesgo vascular mayor (FRV) y el alto grado de descontrol de los pacientes, constituye hoy día una de las primeras enfermedades en el mundo, por lo cual se realizan infinidad de estudios en busca de un mejor diagnóstico y tratamiento. Los avances en este campo han sido notables, sobre todo, al encontrar gran cantidad de factores de riesgo modificables asociados a ella, que permiten controlar la enfermedad y evitar sus graves complicaciones cuando el paciente interioriza la importancia de su prevención. (Montequín, 2016).

Esta se presenta cuando existe una elevación de la presión arterial por encima de determinados valores establecidos como "normales". Aunque años atrás se consideraban cifras variables según los grupos de edades, en la actualidad todo adulto al que se le compruebe cifra de 140 mm/Hg o más de presión sistólica, y 90 mm/Hg o más de presión diastólica al menos en 2 ocasiones consecutivas en un período de tiempo de 6 horas, se diagnostica como hipertenso. No se trata solo de una enfermedad, sino que constituye un factor de riesgo establecido de otras enfermedades de gran letalidad que afectan al individuo y a grandes poblaciones, y por ello es uno de los más importantes factores para elevar la esperanza de vida. Por este motivo, su

control es punto de partida para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por afecciones cardiovasculares y cerebro vasculares. (Tonina, Garcete, Samaniego, Aveiro, Aranda, De Diana, 2017). .
Es deber del Médico de Familia, como vigilante de la salud, desarrollar a plenitud acciones educativas de promoción y prevención de salud frente a este factor de riesgo, y se considera que elevando el conocimiento que el propio paciente y el familiar tenga sobre la HTA como enfermedad crónica no transmisible, se le dota de un arma de inestimable valor en su control poblacional, debido a que la educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, facilitándole una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida. (Organización Mundial de la Salud, 2017.)

No caben dudas que la HTA es uno de los problemas de salud más importantes de la medicina contemporánea y su control es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir la morbilidad y la mortalidad. (DNE-MINSAP. Anuario Estadístico de salud, Cuba).

Factores de riesgo de la Hipertensión Arterial.

Los factores de riesgo constituyen circunstancias o situaciones que aumentan las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Relacionados con la Hipertensión se tienen los siguientes: La Enfermedad renal crónica, Enfermedad renovascular, (HTA curable), Coartación aórtica (HTA curable), Aldosteronismo primario (HTA curable), Síndrome de Cushing (HTA curable), Feocromocitoma (HTA curable), Anticonceptivos orales (HTA curable). Estos son denominados factores de riesgo no modificables ante los cuales podemos hablar de una Hipertensión arterial secundaria. Muchas de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles se relacionan causalmente con patrones de vida y/o adicciones que favorecen su desarrollo, ejemplo: tabaquismo, dieta, inactividad física, alcoholismo, entre muchas otras. Comentaremos las relacionadas con la HTA, así como los beneficios al revertir esta situación (Programa para la prevención y el control del tabaquismo en Cuba.)

La HTA, como factor de riesgo vascular, es una variable endógena o exógena al individuo, controlable, que precede e incrementa la probabilidad de padecer o morir de una enfermedad cardiovascular cuando están presentes. Si la variable no es controlable se convierte en un marcador de riesgo. Los principales factores de riesgo vascular detectados han sido la HTA, la hiperlipidemia, la diabetes mellitus, el estilo de vida, tabaquismo y la predisposición hereditaria. Ellos pueden modificar de forma independiente la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular. (Oficina Nacional para el control del tabaco. Epidemiología del tabaquismo en México, 2014)

Complicaciones de la Hipertensión Arterial y daños a órganos diana.

Se destaca que mientras más severa sea la HTA mayor probabilidad de aparición de complicaciones causadas por aceleración de la ateroesclerosis y hemorragia cerebral; en general se aumenta la mortalidad en ambos sexos a medida que se eleva la presión arterial. La HTA Sistólica se relaciona con la aparición de complicaciones y la

mortalidad por ateroesclerosis se incrementa al igual que la cardiopatía Isquémica, las Enfermedades cerebro-vasculares y la Enfermedad Renal Crónica. Pequeñas elevaciones de la presión arterial ocasionan un aumento del riesgo de padecer Cardiopatía Isquémica, asumiéndose que la HTA es estadísticamente el factor de riesgo vascular más frecuente y que el riesgo de padecer Cardiopatía Isquémica es muy grande entre los hipertensos, los dislipidémicos y los diabéticos.

El hábito de fumar como factor de riesgo independiente de primer orden para la Hipertensión arterial.

El tabaco es reconocido por la civilización occidental desde finales del siglo XV en que se inició su uso, durante el descubrimiento, por la costumbre que de él tenían los aborígenes en el Caribe, rápidamente comenzó su extensión por Europa y otras partes del mundo aunque su cultivo, procesamiento y comercialización tuvieron un proceso de desarrollo relativamente lento comparado con la explotación de su producto y consumo actual. El incremento del hábito de fumar en el recién finalizado siglo estuvo íntimamente relacionado con el incremento de la industrialización del tabaco, la accesibilidad del producto y la propaganda cuidadosamente dirigida hacia el aumento de su consumo.

Por sus implicaciones individuales y sus consecuencias sociales y económicas, el uso del tabaco en sus diversas presentaciones, es uno de los principales determinantes de las tendencias globales de salud humana, haciendo énfasis en condicionar la aparición de complicaciones relacionadas con la Hipertensión arterial. El hábito de fumar constituye un factor de riesgo independiente de primer orden para el ataque cardiaco. Es uno de los hábitos tóxicos socialmente adquiridos que interviene en un grupo numeroso de entidades como la cardiopatía coronaria. El tabaquismo incrementa también el riesgo de recurrencia de ataques cardiacos entre los supervivientes de un infarto del miocardio.

Diversos estudios, demuestran la asociación entre el consumo de cigarrillos y el infarto agudo del miocardio, porque los fumadores presentan una tasa de mortalidad por enfermedad coronaria de un 70 % mayor que los no fumadores, y en el caso de los que fuman más de 2 cajas al día el riesgo es de hasta 200 % superior. El consumo de cigarrillos duplica el riesgo de enfermedad del corazón, pues contiene sustancias que dañan directa e indirectamente la pared de los vasos, efecto importante en el desarrollo de la aterosclerosis, y en la producción de eventos tromboembólicos. (Mena; Aguila; Ramos, 2017)

Acercamiento a un enfoque preventivo del tabaquismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), quien considera al tabaquismo como la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte prematura, ha señalado que cada día mueren en el mundo cerca de 14 000 personas (aproximadamente 6 millones al año) por alguna de las múltiples enfermedades asociadas a este, tanto por el uso directo de los productos del tabaco, como por la exposición al humo de tabaco ajeno. La OMS después de tener en cuenta el potencial de los factores de riesgo por su impacto global y posibilidad de ser modificados, así como la alta probabilidad de asociación causal con enfermedades, ha declarado que entre los principales riesgos para la mortalidad en el mundo se encuentra el

tabaquismo, responsable del 9 % de las muertes totales. (Varona, Pernas, Socarrás, Bancol, 2015).

En el país se consolida la vigilancia del consumo de tabaco como componente cardinal del Programa de Prevención y Control (actualizado en el año 2010), a la que ha contribuido a escala de país las I y II Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo de ENT, conducidas por el INHEM y la ONE.

Dado el enfoque preventivo que tiene el trabajo del médico y la enfermera en Cuba, la práctica de recomendar a los fumadores que abandonen la adicción es aún poco frecuente. Esto expresa que no hay total compresión de la necesidad de sistematizar con mayor frecuencia, la conducta preventiva antitabáquica desde las edades más tempranas, en atención a que los adolescentes y jóvenes fumadores de hoy serán los enfermos y fallecidos prematuramente de mañana.

CONCLUSIONES

Las evidencias teóricas obtenidas muestran que existe una estrecha relación entre el hábito de fumar y las complicaciones de la Hipertensión arterial. Ante lo cual se trabaja con un enfoque preventivo con la perspectiva futura de un mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes hipertensos.

REFERENCIAS

DNE-MINSAP. Anuario Estadístico de salud Cuba 2016. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/dne/anuarioestadísticosalud/cuba.2016.pdf.

García, JE. (2010). Atención al Adolescente. En: Álvarez Síntes R. *Temas de Medicina General Integral. Salud y Medicina*. Atención Integral de Salud. La Habana: ECIMED.

Mantilla, SC., Villamizar, CE., Peltze, K. (2016). Consumo de alcohol, tabaquismo y características sociodemográficas en estudiantes universitarios. *Rev Univ salud 18*(1):7-15. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000100002&lng=pt

Montequín, J. (2018). Combatir el hábito de fumar, es también prevenir. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc 7*(2):120. Recuperado de: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=2b3693ec-025d-44f5-a5cb-47aef3508e2a%40sessionmgr4010

Ministerio de Salud Pública. Programa para la prevención y el control del tabaquismo en Cuba. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/luchantitabaquica/progtabaquismo.pdf

Oficina Nacional para el control del tabaco. Epidemiología del tabaquismo en México. Salud (2018).

Quinzán, AM., Solano, Y., López, AC., Pérez, LA., Ramón, R. (). Prevalencia del tabaquismo en adolescentes de la Secundaria Básica "Argenis Burgos". *MEDISAN* *19*(10): 1232-1237. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001000008&lng=es

Ramírez, E., Osmay, E., Cáceres, A., Benítez, G., Núñez, Al., Reyes, R., Morales, CE., (2015) Repercusiones hepática, pancreática y alveolar y homeostasis alteradas del zinc, vitaminas en tabaquismo y alcoholismo asociados. *Rev Cubana Invest Bioméd* *34*(2): 187-203. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002015000200008&lng=es

Tonina, E., Garcete, T., Samaniego, M., Aveiro, R., Aranda, A., Franco, D, y col (2017) Test del cometa en sangre periférica de estudiantes fumadores de la facultad de ciencias de la salud, universidad católica nuestra señora de la asunción. *Cimel* *22*(1):26-31. Recuperado de: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=f420192e-8ef0-4202-9571-8ecfe004730d%40sessionmgr4008

RELACIÓN ENTRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

RELATIONSHIP BETWEEN ARTERIAL HYPERTENSION AND CEREBROVASCULAR DISEASES

Miriam Parra Anzardo bibliodel@ltu.sld.cu

José Francisco García González

RESUMEN

Se realizó un estudio epidemiológico observacional analítico de casos y controles con el objetivo de determinar la relación entre la hipertensión arterial y la enfermedad cerebrovascular en la población del área de salud de Delicias, entre 2014 – 2018. La población y muestra de estudio estuvo constituida por 111 pacientes, 37 en el grupo de casos y 74 del grupo control. Todas las variables seleccionadas en el estudio tuvieron asociación estadística significativa y mostraron una relación causal con la enfermedad cerebrovascular, formando parte de la causa suficiente para la misma en el área de salud de Delicias, en orden de correlación: hipertensión arterial no controlada como antecedente patológico personal, hipertensión arterial como antecedente patológico personal y el antecedente patológico familiar de hipertensión arterial en hipertensos. Quedó diseñado un modelo predictivo que permite vaticinar la probabilidad de que una persona hipertensa padezca enfermedad cerebrovascular en virtud de su perfil de riesgo.

PALABRAS CLAVES: enfermedad cerebrovascular, Hipertensión Arterial, factores de riesgo.

ABSTRACT

An analytical observational epidemiological study of cases and controls was carried out with the objective of determining the relationship between arterial hypertension and cerebrovascular disease in the population of the Delicias health area, between 2014 - 2018. The population and study sample consisted of 111 patients, 37 in the case group and 74 in the control group. All the variables selected in the study had a significant statistical association and showed a causal relationship with cerebrovascular disease, forming part of the sufficient cause for it in the health area of Delicias, in order of correlation: uncontrolled arterial hypertension as a pathological antecedent personal, arterial hypertension as a personal pathological antecedent and the family pathological antecedent of hypertensive arterial hypertension. A predictive model was designed to predict the likelihood of a hypertensive person suffering from cerebrovascular disease by virtue of their risk profile.

KEY WORDS: cerebrovascular disease, Hypertension, risk factors.

INTRODUCCIÓN

A la hipertensión arterial se le denomina la plaga silenciosa del siglo XXI se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad elevada por lo que se considera uno de los problemas más importantes de la salud pública. Es una enfermedad asintomática y fácil de detectar sin embargo cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo,

produce cambios en el flujo sanguíneo. La presión arterial es producto del gasto cardiaco y la resistencia vascular sistémica (Serrano y Hernández, 2017).

La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo cardiovascular más importante y mejor reconocido. Se estima que alrededor del 25% de la población general presenta cifras de presión arterial iguales o superiores a 140/90 mmHg. En los sujetos mayores de 60 años, coincidiendo con una mayor prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, esta proporción se incrementa hasta cifras del 60-65%.

Las enfermedades Cerebrovasculares (ECV) comprenden un conjunto de trastornos de la vasculatura cerebral que conllevan a una disminución del flujo sanguíneo en el cerebro (flujo sanguíneo cerebral o FSC) con la consecuente afectación, de manera transitoria o permanente, de la función de una región generalizada del cerebro o de una zona más pequeña o focal, sin que exista otra causa aparente que el origen vascular.

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de la enfermedad cerebrovascular. Las ECV traen como consecuencia procesos isquémicos (de falta de sangre) o hemorrágicos (derrames), causando o no la subsecuente aparición de sintomatología o secuelas neurológicas. La atención médica a los pacientes afectados súbitamente por una enfermedad cerebrovascular debe ser urgente y especializada, preferiblemente dentro de las primeras 6 horas del inicio de los síntomas.

Los investigadores encontraron que la terapia antihipertensiva resulta en un 36% de reducción de accidente cerebrovascular y un 25% de reducción en enfermedad coronaria, tanto en hombres como en mujeres (García, Cardona, Segura y Garzón, 2016).

Ríos, Solís, Oviedo, Boza y Valdés (2013) informan que las enfermedades cerebrovasculares ocupan el tercer lugar como causa de muerte en el mundo occidental y que cada año, 15 millones de personas sufren un accidente vascular, de ellas, 5,5 millones mueren y 5 millones quedan con alguna discapacidad permanente.

La incidencia de Enfermedad Cerebro Vascular hemorrágica resulta un problema en la práctica médica diaria y, con el fin de contener dichas enfermedades, se ha desplegado un enorme trabajo en el nivel primario de atención, sobre todo en el control de los marcadores de riesgo, como la Hipertensión Arterial; no obstante, sigue constituyendo un importante problema de salud (Ríos y col, 2013).

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 2018) de Cuba informa en el Anuario estadístico que la ECV constituye la tercera causa de muerte, que alcanzó una tasa de mortalidad bruta de 88.1 por 100 000 habitantes en el año 2017 con 9 913 defunciones por esta causa y el 11,9 % de todas las muertes producidas en el país, un 38 % se consideró como muerte prematura (por debajo de 75 años). Se igualó la razón de tasas de mortalidad por sexo para las enfermedades cerebrovasculares y se elevó la tasa de años de vida potencial perdidos. La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares fue mayor en edades avanzadas, con tasas más elevadas para la forma oclusiva. En la provincia Las Tunas en el año 2017 ocurrieron 345 defunciones por esta causa para una tasa bruta de 63.9 (31.4 de tasa ajustada) por 100 000 habitantes.

Según el Departamento de Estadísticas en el Hospital “Guillermo Domínguez López” de Puerto Padre ocupan el tercer lugar, comportándose en el año 2017 con un 18% y 9,6%

de incidencia hasta marzo del año 2018. En la medida que se incrementa la expectativa de vida, aumentan los riesgos y, por lo tanto, la prevalencia de estas entidades.

En los últimos años ha existido una tendencia ascendente al aumento de la carga de morbilidad de la HTA en las enfermedades cerebrovasculares, en el área de salud de Delicias y no se han realizado estudios que analicen estadísticamente esta asociación para determinar su relación causal.

Demostrar la relación causal de la hipertensión no controlada, o no tratada en la población del área de salud constituirá una herramienta de trabajo para los médicos de familia en aras de incrementar la educación para la salud de los pacientes y familiares; y de esta manera disminuir la morbilidad de las enfermedades cerebrovasculares relacionadas con la HTA. El reto para el médico lo constituye el proporcionar una educación adecuada al paciente y desarrollar un régimen antihipertensivo que reduzca de forma efectiva la presión arterial o los factores de riesgo al padecer enfermedades cerebrovasculares.

Por lo anteriormente expuesto se decidió realizar un estudio analítico de casos y controles para determinar en el área de salud de Delicias la asociación causal entre la hipertensión arterial y las enfermedades cerebrovasculares. Se trabajó con una muestra constituida por 111 pacientes divididos en 2 grupos, 37 casos diagnosticados con una ECV y se seleccionaron dos controles por cada caso para 74 en el grupo control; el muestreo fue no probabilístico.

Hipertensión Arterial (HTA)

En las últimas tres décadas se han producido avances importantes relacionados con la medida de la presión arterial, cuantificación del daño orgánico asociado y técnicas para el despistaje de la HTA de causa secundaria.

Durante este mismo período se han incorporado al arsenal terapéutico múltiples fármacos antihipertensivos que han demostrado su efectividad en numerosos ensayos de intervención realizados, fundamentalmente, en los últimos 6-8 años. Los metaanálisis efectuados a partir de dichos estudios, han demostrado dos hechos básicos: 1) que los nuevos agentes (calcio antagonistas, inhibidores de la enzima convertidora y antagonistas de los receptores de la angiotensina) son mejor tolerados que los clásicos (diuréticos y betabloqueantes), pero probablemente no más efectivos, y 2) que en la prevención de la enfermedad vascular lo más importante es conseguir un control adecuado de las cifras de la presión arterial, cualquiera que sea el tipo de agente utilizado. Todos ellos son útiles, y en la práctica es probable que dos de cada tres pacientes necesiten combinaciones de dos o más fármacos para conseguir los objetivos de control. Dichos objetivos son cifras menores de 140/90 mmHg en la población general y niveles inferiores (< 130/80 mmHg) en pacientes de más alto riesgo, como son los diabéticos los que tienen enfermedad renal crónica.

Aunque también se han producido avances en el grado de reconocimiento y tratamiento de la HTA, en nuestro país el grado de control es todavía muy pobre. En los estudios poblacionales, sólo el 16% de los individuos tienen cifras menores de 140/90 mmHg. En los estudios sobre pacientes con HTA ya conocida y que están siguiendo tratamiento en el medio asistencial de la atención primaria, el grado de control oscila entre el 29 y el 36%. Y en los hipertensos diabéticos, el control sólo se obtiene en el 9% de los casos.

Estas cifras son similares a las de otros países de nuestro entorno europeo. En Estados Unidos las cifras de control a nivel poblacional y de pacientes tratados son del 31 y 53%, respectivamente, y son reflejo probablemente de una mayor aceptación de los objetivos de control propuestos por sus Guías de Diagnóstico y Tratamiento (Ronald, 2017).

Etiología de la enfermedad cerebrovascular

Las causas más frecuentes de enfermedad cerebrovascular son entre otras: trombosis en pacientes con arteroesclerosis, hemorragia cerebral hipertensiva, rotura de aneurismas, malformaciones arteriovenosas (González, y col, 2016).

La principal causa es la presión arterial elevada, seguida del sedentarismo (poca movilidad corporal, en especial de las extremidades inferiores, falta de caminatas que duren al menos media hora al día), el alto consumo de radicales provenientes entre otros del tabaco, frituras o grasas hidrogenadas, a lo que puede sumarse el consumo de alcohol en exceso, fumar tabaco, consumir drogas, padecer problemas cardíacos como la fibrilación auricular u otras afecciones inicialmente no cardíacas ni vasculares como: diabetes, distrés; cualquiera de estos factores o más de uno al mismo tiempo son factores nocivos predisponentes para ACVs (García 2016; Castilla, Fernández y De la Vega, 2017).

Cuadro clínico

Los síntomas de un ataque cerebrovascular son muy variados, en función del área cerebral afectada, pueden ser síntomas puramente sensoriales o puramente motores o una combinación de ambos (sensitivomotores) (Castilla et al., 2017). Los más frecuentemente son:

Pérdida de fuerza en un brazo o una pierna, o parálisis en la cara (hemiparesia/hemiplejía);

Dificultad para expresarse, entender lo que se le dice o lenguaje ininteligible (disartria);

Dificultad al caminar, pérdida de equilibrio o de coordinación;

Mareos, dolor de cabeza brusco, intenso e inusual, casi siempre acompañado de otros síntomas;

Pérdida de la visión en uno o en ambos ojos;

Además de las manifestaciones físicas, hasta un 50 por ciento de las personas que sobreviven a su ataque cerebral sufren depresión durante los primeros años; a pesar de esto, en la mayoría de los casos se omite el diagnóstico, lo que repercute negativamente en el paciente.

No obstante, numerosos cuadros de ataque cerebrovascular (ACV) de baja intensidad y duración pasan inadvertidos, debido a lo anodino de la sintomatología: parestesias, debilidad de un grupo muscular poco específico (su actividad es suplida por otros grupos musculares), episodios amnésicos breves, pequeña desorientación y otros. Son estos síntomas menores los más frecuentes, y tienen una gran importancia, porque dan un aviso prematuro acerca de la patología subyacente (Castilla y col, 2017).

Para considerar la existencia de un ACV, por leve que este sea —es necesario recordar que un ataque cerebrovascular leve puede transformarse en uno grave—, se debe tener en cuenta el siguiente cuadro sintomático, llamado en inglés FAST (‘rápido’, en la traducción al español, ya que ante estos síntomas la atención médica debe ser urgente), que son las iniciales de Face Arm Speech Test, o sea, prueba de rostro (face), brazos (arms) y habla (speech) que consiste en lo siguiente (Clémenty col, 2018).

Face (‘rostro’): asimetría muscular involuntaria de las facciones.

Arms (‘brazos’): no puede mover voluntariamente uno o ambos brazos o siente una parestesia especial en uno o en ambos brazos, o un “hormigueo”.

Speech (‘habla’): tiene dificultad para hablar, y la voz se le escucha como la de alguien embriagado o alcoholizado, aunque la persona afectada no haya ingerido bebida alcohólica.

La presentación clínica de la ECV se da fundamentalmente de dos formas: aguda, manifestada por el accidente cerebrovascular y la hemorragia subaracnoidea; y una forma crónica manifestada por demencia y epilepsia (Clément, 2018).

Un paciente con enfermedad cerebrovascular suele tener síntomas neurológicos como debilidad, cambios del lenguaje, visión o cambios en la audición, trastornos sensitivos, alteración del nivel de conciencia, ataxia, u otros cambios en la función motora sensorial. La enfermedad mental puede también producir trastornos de la memoria (Clément, 2018).

Clasificación

Existen diversas formas de clasificar la enfermedad cerebrovascular. Según el tiempo de evolución de la ECV se agrupan en:

Accidente isquémico transitorio (AIT). Es cuando los síntomas de la focalidad neurológica se recupera en menos de 24 horas sin secuelas, de inicio súbito que por lo general dura menos de 15 minutos.

Déficit isquémico neurológico reversible (RIND). Es cuando la duración del déficit persiste por más de 24 h, pero los síntomas desaparecen en un plazo de 7 a 21 días, sin secuelas.

Accidente cerebrovascular (ACV) establecido: el déficit neurológico de origen vascular persiste y no se modifica por más de tres semanas desde su instauración y deja secuelas.

ACV estable: el déficit neurológico persiste sin modificaciones por 24 horas (en los casos de origen carotideo) o 72 horas (en los casos de origen vertebrobasilares), pudiendo luego evolucionar hacia un RIND o ACV establecido.

ACV en evolución o progresivo: la focalidad neurológica aumenta y el cuadro empeora o aparece nueva clínica en 24 a 48 horas.

ACV con tendencia a la mejoría o secuelas mínimas: son casos con un curso regresivo de modo que la recuperación al cabo de 3 semanas es mayor al 80% (Ríos, 2013)

Caracterización de la población de estudio

Para el pariamiento de los casos y controles se tuvieron en cuenta las variables de edad, sexo, color de la piel y lugar de residencia.

La media de la edad fue de 69 años para los casos y de 68 años para controles, con un rango para ambos grupos de 53 a 84 años. El incremento de la incidencia de ictus con el incremento de la edad en nuestro estudio guarda relación con el trabajo reportado en la literatura, Clément y col (2018) afiman:

> (…) La edad es el factor de riesgo no modificable más importante para todos los tipos de ictus. Para cada década sucesiva de la vida después de los 55 años, las tasas de ictus se duplican tanto en hombres como en mujeres. Los reportes indican que del 75-89% de todos los ictus ocurren en individuos. (p. 493).

Se estima que estas cifras se incrementarán en los próximos años, debido al envejecimiento de nuestra población. García, Benavente, Martínez, Pérez y Trigo (2018) evidenciaron en su estudio que la edad media de los pacientes fue de 69 años (25-85 años); -igual a la determinada en este estudio.

Para ambos grupos predominaron los pacientes del sexo masculino con el 62.2% sobre el femenino con 37.8%. El análisis de la incidencia de ictus según diferencias de género en el Framingham Heart Study reportó una incidencia de ictus mayor en hombres que en mujeres ($p < 0,001$). Sin embargo, el efecto del género se revierte en el grupo más envejecido, con una incidencia mayor en mujeres que en hombres entre aquellos con edades de 85-94 años. Resultados similares reportó el Oxford Vascular Study, el cual mostró una mayor incidencia de ictus para mujeres mayores de 85 años (Clément, et al., 2018).

En los casos y controles la mayoría tenía el color de la piel blanca con el 56,8% seguido de 24,3% mestizos y 18,9% negros. Según diferentes estudios la ECV es más frecuente en el grupo étnico de mayor frecuencia en cualquier población (García y col, 2018), como ocurre en nuestro caso, donde la población de color de piel blanca es más frecuente, alrededor de las 3 terceras partes de la población del área de salud son blancos.

Sin embargo, en el South London Study, la incidencia total de ictus fue mayor en negros comparados con los blancos (razón de riesgo de incidencia [IRR] 1,27; IC del 95%, 1,10-1,46 en hombres; IRR 1,29, IC del 95%, 1,11-1,50 en mujeres). García (2018) plantea que se cree se deba a que los avances en la reducción de los factores de riesgo observada en la población blanca, no se han logrado transferir aún a la población negra.

En el estudio del lugar de residencia se observó una mayor incidencia de ictus en los nacidos en la ciudad que en el camp, se constató que el 64,9% correspondieron a zona urbana y el 35,1% de los casos a zona rural, iguales resultados encontraron Llibre, Fernández, y Gutiérrez (2015) en su investigación.

No encontramos referencias en la literatura a la incidencia de ictus según lugar de nacimiento o residencia, pero sí reportes en relación con la prevalencia e incidencia de ictus según la zona de residencia encontrándose diferencias entre los países de alto, medio y bajo desarrollo humano (Castilla, 2017; Clément, 2018).

Antecendente patológico personal de hipertensión

La posibilidad de padecer hipertensión arterial como antecedente patológico personal fue en los casos de un 73,0% y en los controles de 39,2%. Quedó demostrada la asociación estadística significativa de la HTA y la ECV (Chi^2 de 11.2, OR de 4.19), las personas que padecen HTA en el área de Salud de Delicias, tienen 4.19 veces más riesgo de padecer una ECV que las que no la padecen.

En la literatura revisada la hipertensión arterial fue el factor de riesgo más prevalente, tanto en los ictus isquémicos como los hemorrágicos, seguida de la dislipidemia y la diabetes mellitus. La enfermedad arterial periférica y la hipertensión arterial fueron los factores de riesgos vasculares más asociados a los episodios aterotrombóticos; la fibrilación auricular, a los ictus Cardioembólicos; y la obesidad y la hipertensión arterial, a los lacunares (García y col, 2018).

Antecendentes patológico personal de hipertensión no controlada

La hipertensión no controlada como antecedente patológico personal ya sea por inadecuado seguimiento o por no adherencia terapéutica, se comportó en los casos con el 77.8% y en los controles 17,2%. Existe asociación estadística significativa de la HTA no controlada y la ECV (Chi^2 de 20.60, OR de 16.80), las personas que padecen HTA no controlada en el área de Salud de Delicias, tienen 16.80 veces más riesgo de padecer una ECV que las que no la padecen.

Masjuan y col, (2017) en su investigación plantean que se ha postulado como una de las barreras más importantes en la prevención secundaria de la enfermedad vascular es la falta de adherencia terapéutica. Los factores que podrían contribuir a un bajo cumplimiento del tratamiento serían el carácter crónico y, en ocasiones, poco sintomático de la enfermedad cardiovascular, el copago de medicamentos, los esquemas terapéuticos complejos y la ausencia de programas educativos dirigidos a profesionales y a pacientes. La consecuencia de la escasa adherencia terapéutica sería un incremento de las complicaciones cardiovasculares mayores, incluidos los ictus, con el consiguiente incremento de la mortalidad, la reducción de la calidad de vida de los pacientes supervivientes, una mayor carga asistencial y un incremento de los costes sanitarios derivados de las complicaciones y los ingresos hospitalarios.

Antecendente patológico familiar de hipertensión en hipertensos

El antecedente patológico familiar de HTA en hipertensos, fue en los casos de un 70,4% y en los controles de 33,3%. Quedó demostrada la asociación estadística significativa del APF de HTA en hipertensos y la ECV (Chi^2 de 9.95, OR de 4.05) o sea que las personas que padecen HTA y tienen antecedentes patológicos familiares de HTA en el área de Salud de Delicias, tienen 4.05 veces más riesgo de padecer una ECV que las que no tienen este antecedente.

No se encontraron estudios donde aborden el antecedente patológico familiar de HTA en hipertensos como factor de riesgo para las ECV, aunque es evidente que el riesgo en estos debe incrementarse en comparación con la población en general. Por otro lado el haber sufrido un ictus con anterioridad o la historia familiar de ictus (condiciones genéticas) también predisponen a padecerlo.

Asociación de la hipertensión arterial con la enfermedad cerebrovascular

Tabla 1. Estimación del Coeficiente de Correlación lineal de Pearson de las variables estudiadas en la carga de morbilidad de la HTA sobre la ECV (relación causal), para la población del área de salud de Delicias.

Factores de Riesgo	OR	C. C. L. Pearson
HTA no controlada	16,80	0,95
APP HTA	4,19	0,91
APF HTA	4,05	0,89

Fuente: Instrumento de obtención de datos.

La asociación con la HTA como factor de riesgo de la ECV a través de los Odds Ratio y el Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson, demostró que estas influyen sobre el desarrollo de una enfermedad cerebrovascular ya que todos los coeficientes fueron mayores de 0.75 y con estos se pudo construir un modelo predictivo de correlación (aplicando la Regresión Logística Simple) entre la HTA y la ECV.

El modelo predictivo quedó establecido como sigue:

$P (y = ECV) = 1 / (1 + \exp^{(x)})$

Con este modelo se puede vaticinar para un individuo dado en virtud de su perfil de riesgo la ocurrencia o no de ECV como se muestra en los siguientes ejemplos

x= (1 – 0.95 · APP HTA no controlada – 0.92· APP HTA + tabaquismo – 0.91 · APP HTA – ……..– 0.78 · HTA + alcoholismo)

Ejemplo 1: paciente de 61 años de edad, con hipertenso y alcohólico, y no refiere ningún otro factor de riesgo para ECV. Obtuvo una probabilidad de padecer ECV de 0.41.

Ejemplo 2: paciente de 59 años, fumador crónico, Hipertenso con APF de HTA (mamá y hermanos), además con HTA no controlada, y obeso, con dieta inadecuada obtuvo una probabilidad de padecer cáncer de pulmón de 0.93.

Como se puede apreciar este modelo predictivo permite vaticinar el riesgo de ECV en función de las variables presentes en cualquier persona con HTA que se desee evaluar. Así se obtuvo que en el primer caso sea menos probable que padezca ECV, mientras que en el segundo es muy probable que la desarrolle.

No se encontraron estudios realizados donde se expongan modelos predictivos de ECV en pacientes hipertensos en función de variables de riesgo, el vaticinio de ECV para cualquier individuo en virtud de su perfil de riesgo, pudiera influir en el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo poblacional, ya que al conocer los mismos se puede

intervenir tempranamente por parte del equipo médico de salud y así lograr el control de uno de los problemas que afectan con mayor frecuencia a la población.

CONCLUSIONES

Todas las variables seleccionadas en el estudio tuvieron asociación estadística significativa y mostraron una relación causal con la enfermedad cerebrovascular, formando parte de la causa suficiente para la misma en el área de salud de Delicias en orden de correlación fueron: hipertensión arterial no controlada como antecedente patológico personal, hipertensión arterial como antecedente patológico personal y el antecedente patológico familiar de HTA en hipertensos. Quedó diseñado un modelo predictivo que permite vaticinar la probabilidad de que una persona hipertensa padezca enfermedad cerebrovascular en virtud de su perfil de riesgo.

REFERENCIAS

Castilla, L., Fernández, M.C., y De la Vega, J.M. (2017). ¿Qué fármaco antihipertensivo deberíamos utilizar en pacientes con enfermedad cerebrovascular para prevenir un nuevo ictus?. *Medicina Clínica, 148*(4), 184-87. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0025775316306704

Clément, M.E., Romano, L.M., Furnari, A., Abrahín, J.M., Marquez, F., y Coffey, P. (2018). Incidencia de enfermedad cerebrovascular en adultos: estudio epidemiológico prospectivo basado en población cautiva en Argentina. *Neurología Argentina, 10*(1). Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1853002817300721

García, C., Benavente, J., Martínez, Á., Pérez, A., Trigo, S. (2018). Análisis del primer año del nuevo protocolo de código ictus en Asturias. Experiencia de un único centro. *Rev de Neurología, 33*(2), 92-97. Recuperado de: https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S0213485316301001

García, N.J., Cardona, D., Segura, A.M., y Garzón, M.O. (2016). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Rev Colomb Cardiol, 23*(6). . Recuperado de: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012056331600070X

González, F.J., Pérez, P., De Felipe, A., Vera, R., Matute, C., y Cruz, A. (2016). Ictus en adultos jóvenes: incidencia, factores de riesgo, tratamiento y pronóstico. *Revista Clínica Española, 216*(7), 345-51. Recuperado de: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256516300819

Llibre, J.C., Valhuerdi, A., Fernández, O., Llibre, J.J., y Gutiérrez, R.F. (2015). Incidencia y factores de riesgo de ictus en La Habana y Matanzas, Cuba. *Neurología, 30*(8). Recuperado de: https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-incidencia-factores-riesgo-ictus-la-S0213485314000917

Masjuan, J., Gállego, J., Aguilera, J.M., Arenillas, J.F., Castellanos, M., y Díaz, F. (2017). Uso de la polipíldora cardiovascular en la prevención secundaria de la enfermedad cerebrovascular. *Sociedad Española Neurología, 60*(30). Recuperado de: https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-resumen-uso-polipildora-cardiovascular-prevencion-secundaria-S0213485317303663

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Anuario Estadístico de Salud. Cuba 2017*. La Habana, Cuba. . Recuperado de: http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf

Ríos, M., Solís, D., Oviedo, A., Boza, I., y Valdés, A.A. (2013). Comportamiento de los pacientes con enfermedad cerebrovascular en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Militar de Matanzas. *Rev Méd Electrón, 35*(4). Recuperado de: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol4%202013/tema03.htm

Ronald, G.V. (2017). Hipertensión arterial. En: Goldman-Cecil. *Tratado de medicina interna*. España: Elsevier. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9788491130338000677.pdf?locale=es

Serrano, X., y Hernández, A. (2017). Caracterización de las variantes quirúrgicas realizadas en dos años a pacientes con enfermedad cerebrovascular extracraneal. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc ,18*(2), 154-166. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372017000200003&lng=es

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA

EPIDEMIC CHARACTERIZATION OF THE INFECTION ASSOCIATED TO THE SANITARY ATTENDANCE

Niuva Milagro Arruebarrena Blanco yoennypg@ltu.sld.cu

Alejandro Morales Martínez yoennypg@ltu.sld.cu

Yoenny Peña García yoennypg@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizará un estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López" para caracterizar la Infección Asociada a la Asistencia Sanitaria en el período comprendido desde el 1ro de enero hasta el 31 de Diciembre del 2019 de forma comparativa con igual período del 2018 con el objetivo de describir su incidencia, tipo y localizaciones más frecuentes, servicios hospitalarios de mayor incidencia y así adoptar las medidas para prevenirlas. El universo de estudio estará constituido por los pacientes con infección Asociada con la Asistencia Sanitaria en el 2018 y los pacientes que sean diagnosticados en el 2019. Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, causan un gran impacto tanto en la salud de los que las padecen, como en lo económico y social, por el costo en la atención y tratamiento de las mismas. Su incidencia se relaciona con factores de riesgos personales (del paciente) e institucionales (trabajadores sanitarios, funcionabilidad, y normas de prevención).

PALABRAS CLAVES: infección, asistencia sanitaria, intrahospitalaria, epidemiología, prevención.

ABSTRACT

It will be carried out a retrospective descriptive study in the General Hospital "Guillermo Domínguez López" to characterize the Infection Associated to the Sanitary Attendance in the period understood from January 1ro up to December 31 the 2019 in a comparative way with same period of the 2018 with the objective of describing their incidence, type and more frequent localizations, hospital services of more incidence and this way to adopt the measures to prevent them. The study universe will be constituted by the patients with infection Associated with the Sanitary Attendance in the 2018 and the patients that are diagnosed in the 2019. The infections associated to the sanitary attendance, cause a great impact so much in the health of those that suffer them, like in the economic and social, for the cost in the attention and treatment of the same ones.
KEY WORDS: infection, sanitary attendance, inside hospital, epidemiology, prevention.

INTRODUCCIÓN

La palabra hospital proviene del latín "hospitium" y significa cuidado de enfermos. Los hospitales, aunque están destinados a salvar vidas, paradójicamente pueden convertirse en importantes reservorios de agentes biológicos, causantes de infecciones con frecuencia graves y resistentes al uso de los antibióticos.

Pacheco (2014) expuso que la infección es el conjunto de efectos anátomo-fisiopatológicos resultantes de una interacción ecológico-multicausal, donde las variaciones del hospedero y las características del agente biológico son determinantes. Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS) son aquellas que se producen en el hospital o en alguna institución donde se brinda asistencia médica, su período de incubación comienza en el hospital o en la institución donde se encuentra el paciente recibiendo asistencia. Se puede presentar durante la etapa de hospitalización del paciente, o incluso después del egreso.

Garner (1996) refiere que la infección adquirida dentro de un recinto hospitalario abarca al menos 2 500 años de historia médica, sin embargo, el estudio científico de las infecciones hospitalarias cruzadas o nosocomiales tiene su origen en la primera mitad del siglo XVIII. Se dice que la primera causa de infección intrahospitalaria (IIH) es el propio hospital, en franca contradicción con la máxima que rige la práctica médica: *primun non nocere*.

En 1740 Sir John Pringle realiza las primeras observaciones importantes acerca de la infección nosocomial e introduce el término antiséptico. Lord Joseph Lister estableció en 1885 el uso del ácido fénico o fenol, para realizar la aerolización de los quirófanos, lo que se considera el origen propiamente dicho de la asepsia, pero no es hasta principios del siglo XX cuando se empiezan a implementar diferentes intervenciones para disminuir las infecciones Nosocomiales.

El concepto de infección intrahospitalaria (IIH) ha ido cambiando a medida que se ha profundizado en su estudio. Clásicamente se incluía bajo este término aquella infección que aparecía 48 horas después del ingreso, durante la estadía hospitalaria, y hasta 72 horas después del alta, y cuya fuente fuera atribuible a la permanencia en el hospital, según refirió Duany (2014).

Duany (2014) anuncia que en 1994, en el Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) de Atlanta, se definió el concepto de IH, que es el vigente, y que la define como: Toda infección que no esté presente o incubándose en el momento del ingreso en el hospital, que se manifiesta clínicamente o sea descubierta por la observación directa durante la cirugía, endoscopía u otro proceder o pruebas diagnósticas, o que sea basada en el criterio clínico. Se incluyen aquellas que por su período de incubación se manifiesten posteriormente al alta del paciente y se relacionan con los procederes o actividades hospitalarias y no relacionado con los servicios ambulatorios.

A partir del año 2004 se sugiere reemplazar los términos de infección Nosocomiales (IN) e infecciones intrahospitalarias (IIH) por el de infecciones asociadas con la asistencia sanitaria (IAAS) teniendo en cuenta la tendencia, cada vez mayor, de realizar los procedimientos para la atención de pacientes con el uso de dispositivos médicos, en instituciones de salud (hospitales o de la atención ambulatoria), sin embargo muchos autores continúan utilizando las denominaciones iníciales. (Noya, 2017).

Por su parte Corrales (2016) planteó que la infección nosocomial (IN), intrahospitalaria o asociada a cuidados médicos, es aquella para la que no hay evidencia de que estaba presente, o siendo incubada, al momento de la admisión del paciente. La IN suele

representar la principal complicación de los pacientes admitidos a ingreso en cualquier hospital y es una causa principal de morbilidad y mortalidad a nivel global. Su ocurrencia conlleva un sufrimiento adicional y una carga sicológica para los pacientes, así como enormes costos en términos financieros, para los pacientes o para el sistema de salud pública.

Este problema no solo afecta a los pacientes, sino también a la familia, la comunidad y el estado. La prevalencia de estas infecciones es un indicador de calidad, que contribuye en la medición de la eficiencia de la atención hospitalaria. Para poder controlarlas, se necesita tener el debido conocimiento sobre el tipo, incidencia, tratamiento y prevención de las mismas, involucrando a todo el personal de salud en el control de estas. (Díaz, 2016).

A medida que transcurren los años, se observa el carácter cambiante y creciente de las Infecciones Nosocomiales. Al carácter actual que adquieren las Infecciones Nosocomiales contribuye al aumento del número de servicios médicos y la complejidad de estos, la mayor utilización de las unidades de cuidados intensivos, la aplicación de agentes antimicrobianos cada vez más potentes, así como, el uso extensivo de fármacos inmunosupresores (Aguello, 2015).

Según Caron-Estrada (2017) en Estados Unidos, los primeros estudios de investigación epidemiológica aportaron que la incidencia de infecciones nosocomiales era del 18 %, actualmente se habla de un 5-7 %. En un estudio sobre costo-eficacia realizado en ese país, se observó que la sobreestadía hospitalaria por IH varía de 4 a 68 días, lo que genera gastos que van de 1 833 a 14 626 dólares por cada caso de IH. Otro trabajo, también de Estados Unidos, registró un promedio anual de más de dos millones de IH (5 % de los egresos hospitalarios), lo que representó un impacto económico de 5 a 10 billones de dólares al año.

También refiere que en Latinoamérica los estudios de infecciones nosocomiales han sido extensos, y por ello se ha implementado el funcionamiento de distintos comités y grupos de control. Los programas de prevención y control bien organizados previenen como mínimo un tercio de las infecciones intrahospitalarias. Por otro lado se manifiesta que:

> (…) Las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, entendidas como "toda infección que aparece en el curso o como consecuencia de una hospitalización y que no estaba presente al momento de la puesta en marcha del acto generador ni al momento de la admisión", son de dos clases: Endógenas y exógenas. (Fernández, 2016, p.21)

En este sentido, las infecciones endógenas, son aquellas donde el enfermo se contamina por sus propios gérmenes, interviniendo en este caso la situación médica del paciente, es decir, su edad y su patología, sus tratamientos, la calidad de los cuidados médicos y la presencia de gérmenes patógenos para ciertos pacientes debilitados. Por su parte, las infecciones exógenas, pueden ser también de tres tipos, a saber: aquellas que se transmiten de un paciente a otro, aquellas provocadas por los gérmenes del personal portador de los virus y las infecciones ligadas a la contaminación del medio ambiente hospitalario. (Fernández, 2016).

De este modo, las infecciones nosocomiales pueden ser de origen exógeno o endógeno. Se reconocen de origen exógeno, cuando tienen por causa gérmenes

exteriores al paciente, es decir, microbios provenientes de condiciones como el agua, aire, locales y alimentación, del material utilizado, del personal médico o paramédico, o de otro paciente. Y son de origen endógeno cuando el paciente se infecta con sus propios microbios, con ocasión de un acto invasivo o en razón de la precariedad de su estado de salud. Todas estas infecciones pueden ser debidas a bacterias, hongos, parásitos y virus. (Fernández, 2016).

Según la Academia de Medicina francesa, las infecciones nosocomiales exógenas son aquellas causadas por microorganismos del medio ambiente que se introducen en el cuerpo del enfermo, a través de un vector animado o inanimado y se transmite más a menudo a través de otros enfermos. Las infecciones endógenas, en cambio, son aquellas que provienen del mismo enfermo, en cuyo organismo la vía digestiva (desde la boca hasta el año), la piel y la vagina son los reservorios humanos más importantes y a partir de los cuales se produce la infección. Además, según el origen de los gérmenes, se pueden distinguir dos clases de infecciones nosocomiales: las infecciones primarias, que corresponden a aquellas donde los gérmenes están presentes en el cuerpo del enfermo al momento de su admisión (incluso si son portadores sanos) y las infecciones secundarias, que resultan de una contaminación por gérmenes verdaderamente hospitalarios (contaminación principalmente a nivel de la piel y del tracto digestivo) y que pueden conducir a una infección declarada después de la realización de un acto médico, a menudo invasivo, y/o porque hay déficit inmunológico del sujeto.

Rojas (2016) refiere que puede ser causada directamente por la acción del microorganismo o a través de sus toxinas. Entre los factores que la favorecen figuran la edad, la gravedad de la enfermedad de base, el estado inmunológico, el estado nutricional, la duración de la hospitalización, el no cumplimiento de las normas en los procedimeintos invasivos (catéter venoso y urinario, intubación endotraqueal, endoscopia y cirugía, entre otros) y el hacinamiento en los servicios, así como el déficit de agua, ropa, utensilios de limpieza y material gastable en áreas de riesgo.

Las Infecciones Nosocomiales (IN), son un verdadero reto para las Ciencias Médicas, dado el elevado número de pacientes afectados y las consecuencias que ocasionan en el orden económico, social y humano.(Caron, 2017).

El Hospital “Guillermo Domínguez López”, de Puerto Padre no está ajeno a esta problemática, por lo que decidí realizar esta investigación, con el objetivo de contribuir a un mayor conocimiento de las IAAS y adoptar las medidas para prevenirlas. No se ha descrito con anterioridad la epidemiología de las Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria, en esta institución, por lo que sería útil realizarla, y que sirva de guía para la prevención y control de las mismas. La investigación se realizará sin costo adicional para la institución, constituirá un apoyo para la identificación precoz de las infecciones y facilitara la participación del personal de control de estas en el análisis individual de cada paciente.

Se realizará un estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital General Docente “Guillermo Domínguez López” para Caracterizar la Infección Asociada a la Asistencia Sanitaria durante los años 2018 y 2019.

El universo estará constituido por el total de pacientes con Infección Asociada Asistencia Sanitaria que se reportaron en cada servicio de la entidad en el 2018 y los que sean diagnosticados en el en 2019, quedando la muestra conformada por el total de pacientes que adquirieran Infección Asociada Asistencia Sanitaria.

La palabra hospital proviene del latín "hospitium" y significa cuidado de enfermos. Los hospitales, aunque están destinados a salvar vidas, paradójicamente pueden convertirse en importantes reservorios de agentes biológicos, causantes de infecciones con frecuencia graves y resistentes al uso de los antibióticos. (Pacheco, 2014).

Epidemiología de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria:

La infección es el conjunto de efectos anátomo-fisiopatológicos resultantes de una interacción ecológico-multicausal, donde las variaciones del hospedero y las características del agente biológico son determinantes. Así:

> (…) Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS) son aquellas que se producen en el hospital o en alguna institución donde se brinda asistencia médica, su período de incubación comienza en el hospital o en la institución donde se encuentra el paciente recibiendo asistencia. Se puede presentar durante la etapa de hospitalización del paciente, o incluso después del egreso, (Pacheco, 2014, p.101).

La infección adquirida dentro de un recinto hospitalario abarca al menos 2 500 años de historia médica, sin embargo, el estudio científico de las infecciones hospitalarias cruzadas o nosocomiales tiene su origen en la primera mitad del siglo XVIII. Se dice que la primera causa de infección intrahospitalaria (IIH) es el propio hospital, en franca contradicción con la máxima que rige la práctica médica: *primun non nocere*. En 1740 Sir John Pringle realiza las primeras observaciones importantes acerca de la infección nosocomial e introduce el término antiséptico. Lord Joseph Lister estableció en 1885 el uso del ácido fénico o fenol, para realizar la aerolización de los quirófanos, lo que se considera el origen propiamente dicho de la asepsia, pero no es hasta principios del siglo XX cuando se empiezan a implementar diferentes intervenciones para disminuir las infecciones Nosocomiales. (Garner, 1996).

En Estados Unidos, los primeros estudios de investigación epidemiológica aportaron que la incidencia de infecciones nosocomiales era del 18 %, actualmente se habla de un 5-7 %. En un estudio sobre costo-eficacia realizado en ese país, se observó que la sobreestadía hospitalaria por IH varía de 4 a 68 días, lo que genera gastos que van de 1 833 a 14 626 dólares por cada caso de IH. Otro trabajo, también de Estados Unidos, registró un promedio anual de más de dos millones de IH (5 % de los egresos hospitalarios), lo que representó un impacto económico de 5 a 10 billones de dólares al año. (Caron, 2017).

En Latinoamérica los estudios de infecciones nosocomiales han sido extensos, y por ello se ha implementado el funcionamiento de distintos comités y grupos de control. Los programas de prevención y control bien organizados previenen como mínimo un tercio de las infecciones intrahospitalarias. (Caron, 2017).

Las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, entendidas como "toda infección que aparece en el curso o como consecuencia de una hospitalización y que no estaba presente al momento de la puesta en marcha del acto generador ni al momento de la admisión", son de dos clases: Endógenas y exógenas. Las endógenas, son aquellas

donde el enfermo se contamina por sus propios gérmenes, interviniendo en este caso la situación médica del paciente, es decir, su edad y su patología, sus tratamientos, la calidad de los cuidados médicos y la presencia de gérmenes patógenos para ciertos pacientes debilitados. Por su parte, las infecciones exógenas, pueden ser también de tres tipos, a saber: aquellas que se transmiten de un paciente a otro, aquellas provocadas por los gérmenes del personal portador de los virus y las infecciones ligadas a la contaminación del medio ambiente hospitalario. (Fernández, y Mónica, 2016).

De este modo, las infecciones nosocomiales pueden ser de origen exógeno o endógeno. Son de origen exógeno, cuando tienen por causa gérmenes exteriores al paciente, es decir, microbios provenientes de condiciones como el agua, aire, locales y alimentación, del material utilizado, del personal médico o paramédico, o de otro paciente. Y son de origen endógeno cuando el paciente se infecta con sus propios microbios, con ocasión de un acto invasivo o en razón de la precariedad de su estado de salud. Todas estas infecciones pueden ser debidas a bacterias, hongos, parásitos y virus (Fernández y Mónica, 2016).

Según la Academia de Medicina francesa, las infecciones nosocomiales exógenas son aquellas causadas por microorganismos del medio ambiente que se introducen en el cuerpo del enfermo, a través de un vector animado o inanimado y se transmite más a menudo a través de otros enfermos. Las infecciones endógenas, en cambio, son aquellas que provienen del mismo enfermo, en cuyo organismo la vía digestiva (desde la boca hasta el ano), la piel y la vagina son los reservorios humanos más importantes y a partir de los cuales se produce la infección. Además, según el origen de los gérmenes, se pueden distinguir dos clases de infecciones nosocomiales: las infecciones primarias, que corresponden a aquellas donde los gérmenes están presentes en el cuerpo del enfermo al momento de su admisión (incluso si son portadores sanos) y las infecciones secundarias, que resultan de una contaminación por gérmenes verdaderamente hospitalarios (contaminación principalmente a nivel de la piel y del tracto digestivo) y que pueden conducir a una infección declarada después de la realización de un acto médico, a menudo invasivo, y/o porque hay déficit inmunológico del sujeto.

Puede ser causada directamente por la acción del microorganismo o a través de sus toxinas. Entre los factores que la favorecen figuran la edad, la gravedad de la enfermedad de base, el estado inmunológico, el estado nutricional, la duración de la hospitalización, el no cumplimiento de las normas en los procedimeintos invasivos (catéter venoso y urinario, intubación endotraqueal, endoscopia y cirugía, entre otros) y el hacinamiento en los servicios, así como el déficit de agua, ropa, utensilios de limpieza y material gastable en áreas de riesgo. (Rojas, 2016).

Según Duany (2014) la etiología de las infecciones intrahospitalarias ha presentado variaciones a través del tiempo. En el inicio, los patógenos predominantes fueron Gram positivos, pero con la introducción de los antibióticos se llevó a cabo una disminución de las infecciones causadas por estos microorganismos y pasaron a ser producidas fundamentalmente por bacterias Gram-negativas. A finales del milenio pasado, los gérmenes Gram positivos reaparecieron como patógenos predominantes en algunas partes del mundo. Y se le suma el incremento de casos causados por hongos. A pesar

de ello, las bacterias Gram negativas todavía se encuentran entre los principales agentes nosocomiales al nivel mundial.

Los agentes biológicos causales pueden pertenecer a una gran gama de agentes capaces de cumplir con los patrones de transmisión. Clínicamente se manifiesta a partir de las 48 o 72 horas del ingreso hospitalario o incluso después del egreso, dependiendo del periodo de incubación de la enfermedad. Los agentes biológicos causales pueden pertenecer a una gama de gérmenes capaces de cumplir con los patrones de transmisión. (Pacheco, 2014).

En la actualidad se producen, con mayor frecuencia, en el tracto respiratorio, el sitio quirúrgico y el tracto urinario y están relacionadas, en todos los casos, a los factores de riesgo antes mencionados.

Las Infecciones Nosocomiales ocurren en todo el mundo, afectan tanto a países desarrollados como subdesarrollados. Se considera que son una de las principales causas de defunción hospitalaria y de aumento de la morbilidad de los pacientes ingresados. (Augello, 2015).

CONCLUSIONES

Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, causan un gran impacto tanto en la salud de los que las padecen, como en lo económico y social, por el costo en la atención y tratamiento de las mismas. Su incidencia se relaciona con factores de riesgos personales (del paciente) e institucionales (trabajadores sanitarios, funcionabilidad, y normas de prevención).

REFERENCIAS

Augello, SL., Hernández, K., Salomón, A., (2015). Infecciones nosocomiales en el postoperatorio neuroquirúrgico. *CCM 19(*3): 453-464. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300007&lng=es

Caron, R., Mattos, P., Carvajal, E., Soloaga, R., (2017). Factores en la Atención Hospitalaria Responsables de las Infecciones Nosocomiales en Instituciones Sanitarias de las Ciudades de La Paz y el Alto. *Revista médica Risaralda; 23*(2): 34-37. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672017000200006&lng=en

Corrales, F., López, L., (2016). Las Infecciones Nosocomiales en Cuba y su Control mediante las Técnicas Moleculares de Tipificación de Microorganismos. *Revista CENIC Ciencias Biológicas; 47*(1):27–32. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=-a9h&AN=114121998&lang=es&site=ehost-live

Díaz, C., (2016). Las infecciones nosocomiales, un problema vigente. Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga *Asenjo:9*(1):4–5. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?-direct=true&db=a9h&AN=118346348&lang=es&site=ehost-live

Duany, L., Losa, D., Ávila, M., Barletta, J., Hernández, S., Gómez, A. (2014). Caracterización de la infección nosocomial en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Cienfuegos 2005-2009. *Medisur; 12*(3): 462-469. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000300002&lng=es

Fernández, M., Mónica, L. (2016). Las infecciones nosocomiales como un nuevo evento de responsabilidad objetiva en el sistema colombiano: reflexión sobre su fundamento a partir de la experiencia francesa. *Revista chilena de derecho; 43*(3), 849-875. Recuperado de: https://dx.doi.org/10.4067/S0718-34372016000300004

Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM, (1996). CDC definitions for nosocomial infections. In: Olmsted RN, editor. APIC Infection Control and Applied Epidemiology: Principles and Practice. St. Louis: Mosby. p. A1-A20.

Noya, ME., Moya, NL. (2017). Parte XVIII: Enfermedades microbianas y parasitarias. Capítulo 198. Infecciones asociadas con la asistencia sanitaria o infección nosocomial. En: Roca Goderich. *Temas de Medicina Interna. Tomo III*. 5ta ed. La Habana: ECIMED. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/libros_texto/roca_temas_medicina_interna_tomo3_quintaedicion/cap198.pdf

Pacheco, VM., Gutiérrez, DC., Serradet, M., (2014). Vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. *Rev Ciencias Médicas; 18*(3):430-440. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942014000300007&lng=es

Rojas, AA., Mamani, PA., Medrano, MV. (2016). Caracterización epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención en salud en el Hospital Obrero N°2 de la CNS, Regional Cochabamba, Bolivia. *Gac Med Bol; 39*(2):91-3. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101229662016000200007

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR. POLICLÍNICO GUSTAVO ALDEREGUÍA, LAS TUNAS

EDUCATIONAL INTERVENTION ON QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY ADULT. GUSTAVO ALDEREGUÍA POLYCLINIC, LAS TUNAS

Norma Francisca Montes de Oca Escobar norma@ ltu.sld.cu

Reinaldo Ocampo Cruz

Yordanis Pupo Pérez

RESUMEN

Cuba en estos momentos es el cuarto país más envejecido de América Latina, los ancianos no están aún preparados para enfrentar la longevidad pues sus conocimientos, en cuanto a salud se refieren, son deficientes. Se realizó una intervención educativa, con el propósito de modificar los conocimientos sobre calidad de vida en el adulto mayor. La muestra estuvo constituida por 60 adultos en edades comprendidas entre 60-65 años, que dieron su consentimiento a participar en el estudio cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión seleccionadas a través de un muestreo aleatorio simple. Se desarrolló en tres etapas: diagnóstica, intervención (aplicación del programa educativo previo diseño según datos obtenidos en la primera etapa). Resultados: predominó el sexo femenino y los adultos entre 60 y 61 años y escolaridad secundaria, en el 78,5% un nivel de conocimiento inadecuado al inicio del estudio, la alimentación saludable en el adulto mayor resultó la principal necesidad de aprendizaje. Se diseñó un programa educativo con 5 temas y el empleo de técnicas educativas y participativas. La evaluación de las variables demostró modificación del conocimiento en el 93,3% de la muestra de estudio. Conclusiones: la intervención fue satisfactoria en el mayor por ciento de la muestra de estudio.

PALABRAS CLAVES: calidad de vida, programa educativo, adulto mayor.

ABSTRACT

Cuba is currently the fourth oldest country in Latin America, the elderly are not yet prepared to face longevity because their knowledge, as far as health is concerned, is deficient. Objective: an educational intervention was carried out, with the purpose of modifying knowledge about quality of life in the elderly. Material and method: The sample consisted of 60 adults aged between 60-65 years, who gave their consent to participate in the study meeting the inclusion and exclusion criteria selected through a simple random sampling. It was developed in three stages: Diagnostic, Intervention (application of the previous educational program according to data obtained in the first stage), Evaluation of the results, comparisons of the variables were made before and after the application of the educational program. The results were expressed in numbers and percentages. An educational program was designed with 5 themes and the use of educational and participatory techniques. The evaluation of the variables showed knowledge modification in 93.3% of the study sample. Conclusions: the intervention was satisfactory in the highest percent of the study sample.

KEY WORDS: quality of life, educational program, elderly.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento en su expresión individual se ha definido como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales, y bioquímicas, que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de reserva del organismo ante los cambios. Es un proceso dinámico que se inicia en el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida. Los cambios observados en la manera de envejecer son también, en lo fundamental, resultado de factores psicosociales y no exclusivamente biológicos. (Baster, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2016, considera que el envejecimiento activo engloba el bienestar físico, mental y social. La participación de las personas mayores en la vida económica favorecería el aumento de cotizantes a la seguridad social y ampliaría la cobertura social y sanitaria. Además, los gastos médicos se podrían reducir al tener activa a la población envejecida, y ésta tendría mejor salud, por la doble vía de la actividad física y la integración social.

Las proyecciones demográficas en el mundo indican un extraordinario ascenso en la cantidad de ancianos, según cálculos de las Naciones Unidas, la población total de ancianos se acercaba a los quinientos noventa millones esperándose que ascienda a mil cien millones en el año 2025. (OMS,2016)

La calidad de vida, particularmente referida al anciano pretender no solamente alargar los años de existencia del sujeto, sino proporcionar más calidad a los mismos, objetivo que solo podrá lograrse, penetrando en los determinantes subjetivos de la satisfacción en cada individuo.(Mendoza, 2015)

El Centro Nacional de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (2015) plantea que Cuba en estos momentos es el cuarto país más envejecido de América Latina, previéndose que para el año 2020 se clasifique como adulto mayor, la quinta parte de la población. Para ese entonces, será la segunda nación más envejecida de América Latina, con medio millón de personas de 60 años o más, considerándose que para el 2025, uno de cada cuatro personas será añoso.

Nuestra provincia es una de las más envejecidas del país con un total de 103 996 adultos mayores, el municipio las Tunas por su parte cuenta con una población de adultos mayores de 39069 según Anuario estadístico 2017.

Los ancianos no están aún preparados para enfrentar la longevidad pues sus conocimientos, en cuanto a salud se refiere, son deficientes lo que hace que sus estilos de vida sean poco saludables y presenten hábitos y costumbres dañinos para la salud, motivando la realización de esta investigación con el propósito de implementar una intervención educativa sobre calidad de vida en el adulto mayor.

Se realizó un estudio prospectivo de tipo intervención educativa, con el propósito de modificar los conocimientos sobre calidad de vida en el adulto mayor del consultorio 6 perteneciente al área de salud del policlínico Gustavo Aldereguía de Las Tunas, en el período comprendido octubre del año 2016 a julio del 2018.

El universo de estudio estuvo constituido por el total adulto mayor dispensarizados en el consultorio 6 perteneciente en el área de salud del policlínico Gustavo Aldereguía de Las Tunas, en el período comprendido octubre del año 2016 a julio del 2018.

La muestra estuvo constituida por 60 adultos mayor en el consultorio 6 perteneciente al área de salud del policlínico Gustavo Aldereguía de Las Tunas, que en el período de estudio cumplan con los criterios de inclusión y exclusión seleccionadas a través de un muestreo aleatorio simple (los que asistieron al consultorio durante el periodo de selección de la muestra)

Criterios de inclusión:

•Adultos en edades comprendidas entre 60-64 años.

•Que den su consentimiento a participar en el estudio.

Criterio de exclusión:

•Adultos con discapacidad mental e intelectual.

Criterios de salida:

•Ausencia a más de un 20% de las actividades planificadas

• Por traslado del área de salud.

• Porque no quiera seguir participando en la actividad.

La investigación se dividió en tres etapas:

Etapa Diagnóstica: se aplicó un cuestionario inicial que nos permitió determinar las necesidades de aprendizaje sobre calidad de vida en la muestra de estudio, se realizó la tabulación de errores del cuestionario aplicado quedando como prioridad en el conocimiento los temas con mayor número de ítems incorrectos. Se diseñó un programa educativo teniendo en cuenta las características de la muestra así como las necesidades de aprendizaje identificadas.

Etapa de intervención: Se aplicó programa educativo diseñado en el que se empleó técnicas educativas y participativas, tales como: técnicas dinámicas de presentación, animación, además análisis y reflexión. Se formaron tres grupos de 20 pacientes, lo que facilitó la aplicación de técnicas participativas y una mejor asimilación de los aspectos tratados. El escenario escogido resultó el parque ubicado en la comunidad, se realizaron sesiones en el horario de la tarde de 3 a 4pm, con una hora de duración y una frecuencia semanal, participaron además de adultos mayores seleccionadas, médicos, enfermeros, activistas de salud y el grupo comunitario.

Etapa de evaluación: Luego de realizada la intervención se aplicó nuevamente el cuestionario inicial, con el objetivo de valorar los resultados en términos de adquisición de conocimientos el cual permitió evaluar la modificación del nivel de conocimiento sobre la calidad de vida del adulto mayor en la muestra.

Técnica y procedimientos

Obtención de la información: se realizó una revisión bibliográfica de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación, a través del acceso a Internet, Biblioteca Virtual de Salud y otros sitios. Los datos fueron obtenidos de fuentes primarias tomadas

por el propio investigador. La recolección de los datos estuvo a cargo del equipo de investigación, lo que permitió la uniformidad en la recogida de los mismos y, por lo tanto, una disminución de los sesgos del observador.

Resultados

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo.

Grupos de Edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
60 – 61	11	52,3	17	43,5	28	46,7
62 – 63	6	28,5	13	33.3	19	31,6
64 – 65	4	19	9	23	13	21,7
Total	21	35	39	65	60	100

En el estudio predominan los adultos jóvenes, como se refleja en tabla 1, dentro de ellos el grupo de edades entre 60 y 61 en el 46,7 %, el sexo femenino estuvo más representado con el 65% de participación hecho que puede estar relacionado conla edad de jubilación para el hombre es a partir de los 65 años por lo que están menos tiempo en la casa y son más reacios a asistir al consultorio de ahí que las féminas tienen mayor morbilidad registrada por acudir más al médico.

A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta, persona de la tercera edad. Mientras que la Organización de Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años en los países desarrollados y mayores de 60 para los países en desarrollo.(González, 2013)

Baro y col (2017), en su investigación plantea que la edad es un factor determinante a la hora de modificar estilos de vida en los pacientes, ya que mientras más viejas son las personas, menor es la posibilidad de incluir elementos educativos y comprensivos para lograr un objetivo determinado.

En la muestra de estudios todos tienen instrucción, predomina la secundaria como nivel de escolaridad con el 51,7%, seguido por el preuniversitario en el 35% lo que posibilitó que los conocimientos fueran adquiridos con interés apoyando la premisa de que una población educada en salud mejora sus conductas preventivas.

El nivel de conocimiento sobre calidad de vida en la población de estudio resultó inadecuado en 47 adultos para el 78,5 % solo el21,5 % tienen respuestas adecuadas demostrándose que a pesar de ser ellos educadores de hijos y nietos no cuentan con las herramientas para enfrentar esta nueva etapa de su vida, no están aún preparados para enfrentar la longevidad pues su conocimiento en cuanto a salud se refiere, son

deficientes lo que hace que sus estilos de vida sean poco saludables y presenten hábitos y costumbres dañinos para la salud. En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales.

Tabla 2. Necesidades de aprendizaje de la muestra según tabulación de errores. Consultorio 6 Policlínico Gustavo Aldereguía. Octubre 2016-julio 2018.

TEMA	TABUALCIÓN DE ERRORES	%
Alimentación saludable en el adulto mayor.	54	90
El ejercicio físico en el adulto mayor.	53	88
Las caídas en el adulto mayor	50	83,3
Bienestar emocional en el adulto mayor.	48	80
Autocuidado en el adulto mayor.	46	76,6

La tabla 2 ordena de forma decreciente los temas según las deficiencias de la muestra, el mayor por ciento de la muestra de estudio (90%) desconoce sobre la alimentación saludable. Consideramos la nutrición un factor elemental para una buena salud y se hace más notable en las edades extremas de la vida la infancia y la vejez.

Frente a la modificación dietética en la población, se debe tener en cuenta que no será fácil lograr un cambio, ya que algunos hábitos que no benefician la salud son comportamientos culturalmente aceptados, transmitidos de generación en generación; se deben hacer cambios paulatinos y reales por lo que es preciso fortalecer la enseñanza sobre cómo debe ser el abordaje nutricional del adulto mayor. (Alvarado, 2017).

La nutrición es esencial para mantener el estado funcional y la calidad de vida en los adultos mayores, sin embargo, representan el grupo con mayor riesgo de ingesta dietética inadecuada, debido a los cambios propios del envejecimiento a nivel fisiológico o psicosocial, así como el enfrentarse a enfermedades crónicas que pueden producir una modificación de conductas alimentarias, influyen en la desnutrición u obesidad. (Alfonso, 2016).

El desconocimiento sobre una nutrición sana, llama la atención que solo el 10% responde adecuadamente antes aplicar el programa educativo, en su evaluación final el 91,7% obtiene calificaciones adecuadas lo que representa que se adquirieron conocimientos sobre los componentes indispensables en la dieta para el adulto mayor.

Solo el 11.7% de la muestra conoce los beneficios del ejercicio físico, con la aplicación del programa educativo 59 pacientes para el 98,3% tienen respuestas adecuadas sobre la práctica de actividad física regular como prioridades en la edad del adulto mayor.

Los principales beneficios evidenciados científicamente son: control del peso corporal, disminución de la grasa corporal, aumento de la masa muscular, fuerza muscular, flexibilidad y densidad ósea, aumento del volumen sistólico, ventilación pulmonar, consumo máximo de oxígeno, disminución de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial y mejora del perfil de lípidos; existe también mejora del auto-concepto, autoestima, imagen corporal y disminución del stress, ansiedad, insomnio, consumo de medicamentos y mejora de las funciones cognitivas y de la socialización. (Lozano, 2016).

El 83,3% de la muestra de estudio, no poseía conocimiento adecuado sobre la prevención de las caídas. Las caídas y el miedo a las caídas también reducen notablemente la calidad de vida, las caídas son el resultado de interacciones entre múltiples factores de riesgos individuales y ambientales según Vieira en 2016. Se estima que uno de cada tres Adultos Mayores que vive en la comunidad sufre una o más caídas al año. A nivel mundial, las caídas generan grandes costos económicos.(Guía Clínica de Caídas del Adulto Mayor,2010).

Después de aplicado el programa educativo, 56 adultos para el 93,3% tenían conocimiento adecuado, resultados favorables que le permitirán identificar las causas de las caídas y tener percepción del riesgo. A medida que aumenta la edad aumentan las caídas. Molina en el 2013 plantea que estudios realizados en la comunidad muestran que la incidencia anual de caídas se incrementa conforme a la edad: entre los adultos mayores jóvenes (65 – 70 años) la prevalencia es del 25% y llega al 35 – 45% en edades más avanzada (80 – 85 años).

E mayor por ciento de la muestra de estudio (80%)desconocía los elementos para un estilo de vida saludable, una vida con calidad significa, para el adulto mayor, un encuentro entre el reconocimiento de sus necesidades y la búsqueda eficaz de su satisfacción. La adquisición o modificación de actitudes es tan importante como la ejercitación de las habilidades. (Rubio, 2015).

Al aplicar el programa educativo el 86,7% de los adultos mayores tiene calificación adecuada, lo que nos permite augurar cambios importantes en su estilo de vida. Granados Hernández et, al en el 2015 plantea que los ancianos conservan suficientemente bien su intelecto si se mantienen activos y se emplean en toda su capacidad.

Antes de la intervención solo el 23.3% conocían sobre bienestar emocional, muestra de estudio son adultos que estáncomenzando a vivir una nueva etapa totalmente desconocida para ellos, con roles de vida diferentes; con las herramientas que le brindo el programa educativo se apropiaron de conocimientos adecuados el 96,7%. Yanes García, 2011 plantea quela inmensa mayoría de las personas que han cumplido entre 65 y 70 años han dejado de lado el trabajo profesional para ocuparse de actividades que antes eran "complementarias" y ahora pasan a ser casi "fundamentales" en su vida, pero lo que sí resulta preocupante y lo que nos debe mover a la acción inmediata,

es el hecho de que solamente el 20 % de nuestra población anciana asume su vejez de manera positiva.

Tabla 3. Evaluación del nivel de conocimiento después de aplicado el programa educativo. Consultorio 6 Policlínico Gustavo Aldereguía. Octubre 2016-julio 2018.

EVAUACIÓN	Numero	%
Satisfactorio	56	93,3
No satisfactorio	4	6,7
Total	60	100

El nivel de conocimiento alcanzado por la muestra de estudio fue satisfactorio en el 93,3% de los adultos mayores incluidos(tabla 3). Promocionar este cambio de enfoque es vital en la promoción de una mejor calidad de vida. Intentar optimizar el funcionamiento físico, psicológico y social del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento, da como resultado un alto nivel de funcionamiento físico y mental, una adecuada regulación emocional y motivacional y un elevado nivel de participación social. Por tanto, esto no solo beneficia a las personas mayores, sino a todos los ciudadanos. Se trata de facilitar que los adultos mayores permanezcan más sanos y activos, lo que se reflejará en un mayor bienestar y satisfacción individual y colectiva. (Álvarez, y col, 2014).

Aranda y col, (2011) en su intervención observa que los adultos mayores realizaron una mejor valoración de sus conocimientos después de la intervención educativa lo que se demostró en el análisis estadístico aplicado, el nivel de significación alcanzado $p< 0,05$ en todas las valoraciones analizadas. Similares resultados obtuvo Baró (2017) en sus acciones educativas para mejorar la calidad de vida en adultos mayores.

CONCLUSIONES

En la muestra de estudio predominaron las edades de 61 y 60 años, la secundaria como nivel de escolaridad. Se identificó un nivel de conocimiento inadecuado en el mayor por ciento de los adultos mayores al inicio del estudio. El programa educativo fue diseñado según necesidades de aprendizaje y estuvo conformado por 5 temas aplicándose a toda la muestra de estudio en forma de conferencias, charlas, talleres y debates. Se evaluó la intervención como satisfactoria al alcanzar niveles de conocimientos adecuados el mayor por ciento de la muestra de estudio.

REFERENCIAS

Alfonso, L., Soto, D., Santos, N. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Rev Ciencias Médicas de Pinar del Rio 20*(1):47-53. Recuperado de: http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/

Alvarado, A., Lamprea, L., Murcia, K. (2017). La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Elsevier.14*(3) http://www.elsevier.es/

Álvarez, M., Rocha, M., Almenares, K. (2014). Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de Familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral. 30*(4):337-349

Baró, T., Fernández, M., Milanés, T., Morlote, M., Duany, L. (2017).Acciones educativas para mejorar la calidad de vida en adultos mayores *RevInfCient. 96*(5):798-805

Baster, JC. (2011). Atención médico social al adulto mayor en la provincia Holguín. *Rev Cubana Salud Pública 37*(3) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php

Cuba, Centro Nacional de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. Estadísticas del adulto mayor. La Habana: CITED; 2015. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/introduccion

Granados, M., Muñoz, D. (2015).Factores que inciden en la calidad de vida de las personas adultas mayores. *Enfermería actual de Costa Rica (29*). Recuperado de: https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/19732

González, A., Gómez, J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL- OLD module in México. Health [Internet]. 2013. [citado 10 de octubre de 2017]; 05(12): 110-116.

Guía Clínica de Caídas del Adulto Mayor. Ministerio de Salud (2010). Chile. Recuperado de: https://es.scribd.com/document/69215382/prevencion-de-caidas.

Lozano, B., Suárez, C., Rodríguez, TJ. (2016) Intervención educativa para incorporar al adulto mayor a los ejercicios físicos. *Revista Digital Buenos Aires*, Año 15 (166). http://www.efdeportes.com/

Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. Dirección de registros médicos y estadística de Salud. La Habana: MINSAP 2017. Recuperado de: http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario_2017_electronico-1.pdf

Molina, Y. Caídas en el adulto mayor. Compendio de geriatría clínica.(2003) Recuperado de: https://www.labomed.net/caidas

Oficina Nacional de Estadísticas. El envejecimiento de la población. Cuba y sus territorios. Cifras e indicadores para su estudio. La Habana. (2017). http://www.one.cu/envejecimiento2017.htm

Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *RevEspGeriatrGerontol, 37*(S2), 74-105. Recuperado de: https://www.enbuenaedad.es/sites/

Rubio, D.; Rivera, L.; Borges, LC; González, Crespo, FV. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *VARONA Revista Científico-Metodológica, No61*, julio-diciembre.

Yanes, M. (2011). Consejos y propuestas para un envejecimiento satisfactorio. Medisur 9(4). 407-417. Recuperado de <http://www.scielo.sld.cu/

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON RINOSINUSITIS POLIPOIDEA

DESIGN OF A PROTOCOL OF ACTING FOR PATIENTS' ATTENTION WITH POLYPOID RHINOSINUSITIS

Norys Alicia González Sastre norysalicia@nauta.cu

Israel Marcos Tamayo Ricardo im.tamayo@estudiantes.ltu.sld.cu

Caridad Estrabao Martínez cari@ltu.sld.cu

RESUMEN

La rinosinusitis crónica se define como la inflamación de la cavidad nasal y senos paranasales. Su prevalencia se estima en 2% al 4% alrededor del mundo. Se realizó una revisión de la literatura médica nacional e internacional especializada en el tema, con la finalidad de diseñar un protocolo de actuación para la atención a pacientes con esta enfermedad, se tuvo en cuenta los aportes científicos relacionados con esta práctica y las posibilidades de implementación de la propuesta a este nivel y la experiencia práctica del personal encargado. Luego de finalizado el protocolo se sometió a consideración de un grupo de expertos un cuestionario que abordó aspectos esenciales del fundamento teórico y práctico del protocolo y para esto se utilizó la variante Delphi del método de expertos. Obteniéndose como resultados la presentación de manera argumentada de un protocolo que precisó pautas para la atención integral a pacientes con rinosinusitis polipoidea.

PALABRAS CLAVES: protocolo, rinosinusitis polipoidea, método Delphi.

ABSTRACT

The chronic rinosinusitis defines paranasales as the inflammation of the nasal cavity and breasts itself. His prevalence estimates in 2 % the 4 % around the world itself. A revision of the medical national and international literature specialized in the theme, with the purpose to design a protocol of acting for the attention to patients with this disease, came true one had in account scientific contributions related with this practice and the possibilities of implementation of the proposal to this level and the entrusted staff's practical experience. Next of once the protocol was finalized a questionnaire that tackled essential aspects of the theoretic foundation and pilot of protocol were submitted to a brain trust's consideration and ad hoc Delphi of the method utilized the variant himself of experts.Getting like results the presentation of way argumented of a protocol that polipoidea specified guidelines for the integral attention to patients with rinosinusitis

KEY WORDS: protocol, polypoidrhinosinusitis, Delphi method.

INTRODUCCIÓN

Según la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, se define como rinosinusitis crónica (RSC) a la inflamación de la cavidad nasal y senos paranasales. Ésta se caracteriza por la presencia de 2 o más síntomas, entre los que necesariamente debe estar bloqueo/obstrucción/ congestión nasal, o la secreción nasal

anterior/ posterior; acompañado de dolor/presión facial y/o pérdida del olfato; estos síntomas deben permanecer por más de 12 semanas. (Jofré, 2015, p.1)

Se considera la presencia de pólipos en el seno o meato medio como un subgrupo de esta entidad, excluyéndose de esta clasificación la enfermedad polipoidea de la cavidad nasal. Es así como se pueden establecer dos subgrupos: RSC con pólipos y RSC sin pólipos (Jofré, 2015).

Son diversas las causas que pueden conducir a la formación de pólipos mucosos en las fosas nasales y sus senos, entre ellas se encuentran los factores alérgicos, irritativos y constitucionales; los primeros desempeñan un papel importante, sin embargo, estudios recientes sugieren que menos del 50 % de los pacientes son atópicos, los segundos son ocasionados por infecciones virales, bacterianas o micóticas que alcanzan el laberinto sinusal y los terceros están dados por la predisposición del paciente para la formación de pólipos, se ha demostrado además su asociación a enfermedades como el asma bronquial, fibrosis quística, intolerancia a la aspirina y al síndrome de Kartagener (Alfonso, 2015).

Desde el punto de vista epidemiológico es una enfermedad que afecta a todas las razas por igual, con mayor incidencia en el sexo masculino en una proporción de 2.2:1;su aparición se incrementa con la edad siendo infrecuente encontrarla por debajo de los 20 años, se observan con más frecuencia entre los 50 y 60 años de edad. Se estima que 15,5% de la población en Estados Unidos padece de RSC.

La prevalencia de la rinosinusitis polipoidea se estima en 2% al 4% en estudios alrededor del mundo (Alfonso, Csomor y Jofré, 2015). En Cuba no está documentada su incidencia y prevalencia, pero ha sido estudiada en diferentes regiones del país; resultando la mayor prevalencia entre los 45 y 60 años de edad (Dimitrifevié, 2015).En nuestra provincia, no existen publicaciones registradas al respecto, ni sobre el diseño de protocolos de actuación ante otras afecciones, pero en la práctica diaria tanto en la consulta externa como en el cuerpo de guardia acuden con frecuencia pacientes aquejados de esta enfermedad, muchas veces desanimados por no tener un resultado satisfactorio en el tratamiento de la misma.

De acuerdo con estos datos existe una gran cantidad de pacientes involucrados, lo que genera una importante demanda de servicios y altos costos asociados. Esto refleja -en parte- la magnitud del problema y aunque en su evaluación y manejo participan diferentes niveles de atención y especialistas, dentro de los que destacan: médicos generales, internistas, alergólogos, inmunólogos y otorrinolaringólogos, existe disparidad en la conducta a seguir frente a los pacientes con esta entidad clínica por lo que se ha decidido realizar este estudio para llegar a un consenso en cuanto al manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con rinosinusitis polipoidea.

Protocolo de actuación para la atención a pacientes con rinosinusitis polipoidea.

El protocolo de actuación es un instrumento que se representa de forma sintética en un algoritmo (Anexo 1), siendo una herramienta ventajosa dentro del ciclo de la calidad que impulsa un cambio en la práctica profesional.

A continuación, explicaremos los acápites de dicho protocolo, argumentados con sus respectivos fundamentos teóricos.

Aspectos generales

Justificación: La poliposis nasal es un problema de salud de importancia creciente, su prevalencia se encuentra entre el 2 y el 5% de la población general. Afecta más a hombres que a mujeres en una relación 2-3:1, se presenta con más frecuencia en la edad media de la vida, se asocia con otras enfermedades como: asma, intolerancia al ácido acetil salicílico y a rinitis alérgica.

Objetivos:

- Mejorar la calidad asistencial de los enfermos con rinosinusitis polipoidea.
- Identificar de forma oportuna los síntomas y signos relacionados con la presencia de pólipos nasales.
- Unificar criterios diagnósticos.
- Conocer las indicaciones de tratamiento médico y/o quirúrgico.
- Disminuir las recidivas de la enfermedad.

Definición: Según la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, se define como rinosinusitis crónica (RSC) a la inflamación de la cavidad nasal y senos paranasales. Ésta se caracteriza por la presencia de 2 o más síntomas, entre los que necesariamente debe estar bloqueo/obstrucción/ congestión nasal, o la secreción nasal anterior/ posterior; acompañado de dolor/presión facial y/o pérdida del olfato; estos síntomas deben permanecer por más de 12 semanas. Se considera la presencia de pólipos en el seno o meato medio como un subgrupo de esta entidad, excluyéndose de esta clasificación la enfermedad polipoidea de la cavidad nasal. Es así como se pueden establecer dos subgrupos: RSC con pólipos y RSC sin pólipos.

Desarrollo del protocolo

Diagnóstico

Antecedentes patológicos

La rinosinusitis polipoidea se presenta con mayor frecuencia en pacientes que padecen o han padecido alguna de las siguientes condiciones: Fibrosis quística, Asma Bronquial, Intolerancia al ácido acetilsalicílico, Rinitis no alérgica, Rinitis alérgica, Disquinesia ciliar, Déficit inmunológico, Antecedentes familiares de pólipos nasales.

Factores de riesgo

Hábito de fumar, exposición a sustancias irritantes como: cloro, salfumán, humo de leña, polen, fumigación, cemento.

Síntomas y signos

Los síntomas que pueden presentar estos pacientes son: Obstrucción nasal, congestión nasal, rinorrea, dolor o sensación de presión facial, cefalea, disminución o pérdida del olfato, epistaxis, rinolalia cerrada.

En pacientes con dos o más de los síntomas antes señalados debemos tener presente el diagnóstico de rinosinusitis polipoidea, esto lo pudimos corroborar con los pacientes que formaron parte del estudio anterior realizado en nuestro hospital como parte del

proyecto principal al que pertenece este (Yen, 2016) además así lo refiere la literatura revisada (Diagnóstico y Tratamiento de los Pólipos Nasales en el Adulto México, 2009)

Ante un paciente que presente los síntomas descritos anteriormente debemos realizar un interrogatorio amplio y detallado para determinar la presencia de otros miembros de la familia con la misma afección así como la presencia en ellos de otras enfermedades crónicas relacionadas con la génesis de la rinosinusitis polipoidea descritas anteriormente (Fajardo, 2014, Guilermany, 2017). Es importante determinar mediante este interrogatorio la presencia de los factores de riesgo expuestos (Yen, 2016). Conocer estos antecedentes nos ayudará a evaluar de forma integral a los pacientes portadores de esta enfermedad lo que nos permitirá resultados satisfactorios con la conducta tomada (Rodríguez y Yen, 2016).

Exploración física

Mediante la rinoscopia anterior se confirmará la presencia de pólipos en las fosas nasales y la realización de la rinoscopia posterior nos permitirá determinar si estos ocupan las coanas o la rinofaringe. La palpación de los senos paranasales nos indicará la presencia o no de procesos infecciosos sobreañadidos.

Para el diagnóstico se requiere además de la endoscopia nasal con ópticas de 0 o 30º, este examen permite detectar la presencia de las masas polipoides, ver el estado de la mucosa nasal, la naturaleza de la rinorrea y la existencia de lesiones asociadas, mediante la endoscopia se realiza una estadificación de la poliposis y se confirma la afectación de ambas fosas nasales (Guilermany, 2017). Como en nuestro hospital no contamos con el equipo e instrumental necesario para realizar este examen no lo recogemos en este protocolo.

Exámenes complementarios

El diagnóstico de rinosinusitis polipoidea es fundamentalmente clínico, los estudios complementarios se solicitarán ante la sospecha de enfermedades asociadas. Podemos indicar:

Hemograma completo, Conteo total de eosinófilos, IgE.

Exudado bacteriológico y micológico de fosas nasales.

Citología nasal.

Rx de senos paranasales.

TAC de senos paranasales.

La radiografía de senos paranasales es de poca ayuda en el diagnóstico de la rinosinusitis polipoidea porque reporta muchos falsos positivos y falsos negativos; esta se solicitará solo ante la sospecha de comorbilidad (Guilermany, 2017).

La Tomografía axial computarizada de senos paranasales es el estudio de elección para confirmar la localización y extensión anatómica de la lesión, Es de utilidad ya que permite planear el tipo de cirugía y evitar complicaciones transoperatorias y postoperatorias (Benítez, 2014; López, 2018)

Diagnóstico diferencial

Para el diagnóstico diferencial tendremos en cuenta: Sinusitis crónica no hiperplásica, Rinitis crónicas, Desviación septum nasal, Tumores benignos de fosas nasales y senos paranasales, Tumores malignos de fosas nasales y senos paranasales (Diagnóstico y Tratamiento de los Pólipos Nasales en el Adulto México, 2009).

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento de la rinosinusitis polipoidea son eliminar o disminuir el tamaño de los pólipos para obtener una correcta permeabilidad de las fosas nasales, restablecer la respiración y el olfato, prevenir la recurrencia y controlar la enfermedad subyacente, anulando los síntomas de rinitis. Para alcanzar estas metas contamos con tratamientos farmacológicos y/o farmacoquirúrgicos (Csomor,Moina, Jofré, 2015).

Tratamiento farmacológico:

Dentro de las opciones de tratamiento médico o farmacológico que han sido respaldadas por la evidencia, y que proponemos en nuestro protocolo están:

- Educación al paciente.
- Lavados nasales con suero fisiológico 0.9% o agua de mar bidestilada

El lavado intranasal debe ser de uso frecuente, existen estudios que han demostrado mejoría en síntomas, calidad de vida, parámetros endoscópicos y de imágenes. Sin embargo, no existen estudios bien diseñados que analicen métodos de instilación, cantidad, frecuencia y concentración. Proponemos los lavados nasales con solución salina isotónica o con agua de mar cada 4 horas y para ello nos basamos en los resultados obtenidos con los pacientes atendidos en nuestra institución y que formaron parte de las investigaciones realizadas dentro de este proyecto (Báez, 2017).

Corticoides inhalados: Fluticasona

La administración de corticoides inhalados por largo tiempo es segura, ya que no produce atrofia de la mucosa u otro cambio histológico y mantiene la función ciliar o aclaramiento mucociliar. Su uso no se ha asociado a efectos adversos sistémicos, como supresión del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, sin embargo, su empleo ha sido relacionado con efectos adversos locales: epistaxis, irritación de garganta, sequedad local, cefalea, faringitis y costras nasales (Amanou, 2016, Li, 2015).

En los países industrializados se disponen de diversos fármacos como beclometasona, fluticasona, flunisolida, budesonida, triancinolona y mometasona, Keith evaluó mediante un estudio clínico controlado multicéntrico, la efectividad de la fluticasona (400 µg) aplicada durante 12 semanas, comparada con placebo, en pacientes con rinosinusitis polipoidea. Encontraron una mejoría significativa en la reducción del tamaño de pólipos, disminución de obstrucción nasal y mejoría del flujo inspiratorio máximo nasal en el grupo con fluticasona (Keith 2016).

En nuestra provincia contamos con la fluticasona en spray que sería indicada cada 12 horas y 2 aplicaciones en cada ocasión, además hemos utilizado con muy buenos resultados una fórmula para administrar en forma de gotas nasales

- Suero fisiológico – 30 ml

- Efedrina 1% - 1 frasco
- Prednisolona 0,5% - 1 frasco
- Benadrilina 20 mg – 2 ámpulas.

Corticoides sistémicos: prednisona

Moina (2015) y muchos otros autores coinciden con nuestro estudio al plantear que el tratamiento con corticoides sistémicos ha demostrado ser altamente efectivo para reducir el tamaño de los pólipos, los síntomas de rinitis acompañantes, con un efecto beneficioso para el sentido del olfato.La pronta reducción tanto de los pólipos como de la tumefacción de la mucosa nasal, facilita el flujo aéreo, y proporciona una normalización del complejo ostiomeatal, lo que se traduce en un mejor drenaje y ventilación sinusal. Este aconseja el uso de corticoides de vida media más corta como prednisona y metilprednisolona ya que estos suprimen durante aproximadamente un día y medio la funcionabilidad normal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.Plantea además que el horario de administración es de fundamental importancia, dados que pequeñas cantidades que se administran por la noche producen supresión, mientras no lo hacen cuando la toma es matutina.Sugiere administrar a cada paciente empíricamente la dosis mínima eficaz.

Proponemos el uso de la prednisona de 20 milígramos a razón de un milígramo por kilogramo de peso por día por un período de 2 semanas con una dosis de sostén de acuerdo a la respuesta terapéutica por 2 semanas más y administrarlo a las 8:00 de la mañana. no deben realizarse más de 4 tandas de tratamiento al año y éstas deben estar separadas por un intervalo de 3 meses como mínimo.

Si se diagnostican además alguna enfermedad asociada se indicarán medicamentos específicos como antihistamínicos, antibióticos y antimicóticos, además se solicitarán interconsultas con otras especialidades como Alergología e Inmunología.

Dexclorfeniramina 1 tableta cada 12 horas.

Los antihistamínicos se prescriben en caso de alergia asociada a la rinosinusitis polipoidea, estos sólo son efectivos en manejar los síntomas derivados de la alergia, sin mostrar efectos en los pólipos, los de acción rápida como la dexclorfeniramina y la difenhidramina son los que recomendamos a utilizar por el otorrinolaringólogo, quien además deberá referirlos a la consulta con médicos alergistas para un mayor control de la enfermedad de base (Benitez, 2014; Jofré, 2015,).

Macrólidos: Azitromicina 1 tableta diaria por 6 días.

Logrando un consenso en toda la bibliografía consultada podemos plantear que los antibióticos se administran únicamente en caso de sinusitis bacteriana asociada. Los macrólidos tienen un efecto antiinflamatorio independiente de su acción antimicrobiana. (Moina, 2015). En nuestro protocolo proponemos el uso de la azitromicina, 500 mg diarios por 6 días.

Fluconazol 1 cápsula semanal por 4 semanas.

Decidimos protocolizar el fluconazol para el tratamiento de la rinosinusitis polipoidea de causa fúngica ya que encontramos muy buenos resultados al utilizarlo en los pacientes

atendidos en la consulta externa de nuestro hospital, administrándose 1 cápsula de 200 miligramos con una frecuencia semanal y por 4 semanas (Báez, 2017).

Durante un tiempo prolongado -6 meses- estos pacientes serán evaluados periódicamente y según criterio médico en la consulta externa de este hospital y bajo la prescripción del tratamiento médico expuesto hasta aquí.

Tratamiento quirúrgico:

El tratamiento quirúrgico estaría indicado en: poliposis masiva, obstrucción nasal severa, falta de respuesta al tratamiento médico, sospecha de rinosinusitis fúngica, pacientes con contraindicación para el uso de esteroides y frente a recurrencia a pesar de la terapia médica. Sus objetivos son recuperar la mucosa enferma, facilitar la ventilación y el aclaramiento mucociliar, y mejorar la llegada del corticoide tópico a la mucosa nasal (Fajardo, 2014; Li, 2015; Rodrigo 2016,).

En las últimas dos décadas la cirugía endoscópica se ha consolidado para el manejo de la rinosinusitis polipoidea y muchos autores (Benitez, 2014; Moina, 2015) la consideran como la técnica quirúrgica de elección ya que presenta una baja tasa de complicaciones graves, y exhibe resultados satisfactorios, su extensión y agresividad queda condicionada por la propia enfermedad. Los avances técnicos actuales, como el navegador o el desbridador quirúrgicos, permiten mejorar la seguridad y la eficacia de la cirugía.

En nuestro hospital carecemos del equipamiento médico necesario para realizar este tipo de intervención quirúrgica, proponiendo como técnicas quirúrgicas posibles a realizar la polipeptomía nasal y Caldwell Luc.

Seguimiento postquirúrgico

Luego de la cirugía y como plantea la literatura es fundamental introducir el tratamiento médico con lavados nasales y corticoides locales una vez finalizada la cicatrización precoz tras la intervención quirúrgica, con objeto de interrumpir o retrasar la recidiva. Estos pacientes serán dados de alta luego de un seguimiento por 2 años en consulta externa de Otorrinolaringología del Hospital Ernesto Guevara si no han presentado recidivas. (Csomor, Li, 2015; Keith, 2016).

CONCLUSIÓN

El estudio realizado permitió diseñar de manera argumentada, mediante el empleo de los fundamentos más avanzados de la teoría y la práctica médica, un protocolo de actuación para la atención integral a pacientes con rinosinusitis polipoidea que precisó pautas para unificar los criterios sobre el diagnóstico y manejo terapéutico de estos pacientes.

REFERENCIAS

Alfonso, E., Alfonso, S. (2015). Estudio clínico e histológico de la poliposis nasal. *RevcubanaCir,43*(3-4). Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932004000300002&lng=es.

Amanou, L., Avan, P., Valcke, JC., Bonfils, P. (2016) Evaluation of thehypothalamo-hypopituitary axis afterlong-terminhalationcorticotherapyfor nasal polyposis. *PresseMed, 29* (1214-1216).

Baez, Y. (2017). *Resultados del tratamiento farmacológico en la rinosinusitis polipoidea.* (Tesis de postgrado). Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna. Las Tunas.

Benítez, PA. (2014).*Poliposis Nasal e Inflamación*. (Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Médicas). Universidad de Barcelona. España.

Dimitrijević, M., Arsović, N., Dudvarski, Z., Boričić, I. (2015). Giantdestructivesinonasalpolyposis. SrpskiArhivZaCelokupnoLekarstvo, 143(3-4), 186-189. Recuperated from: MEDLINE.

Fajardo, G., Gutiérrez, J., Gutierrez, L. (2014). Poliposis Nasal. *Rev Médica Sur 7*(3), 23-29.

Guilemany, JM., Mullol, J. (2017). ¿Cómo diagnosticar a un paciente con rinosinusitis crónica/poliposis nasal? Recuperado de: www.doyma.es/jano.

Jofré, D., Pardo, J., Finkelstein, A. (2015). Tratamiento médico de la rinosinusitis crónica. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello, 69*(2), Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848162009000200013&lng=es.

Keith, P. (2016) Efficacy and tolerabillty of fluticasonepropionate nasal drops 400 microgram once dailycomparedwith placebo forthetreatment of bilateral polyposis in adults. *ClinExp Allergy, 30*(10), 1460-8.

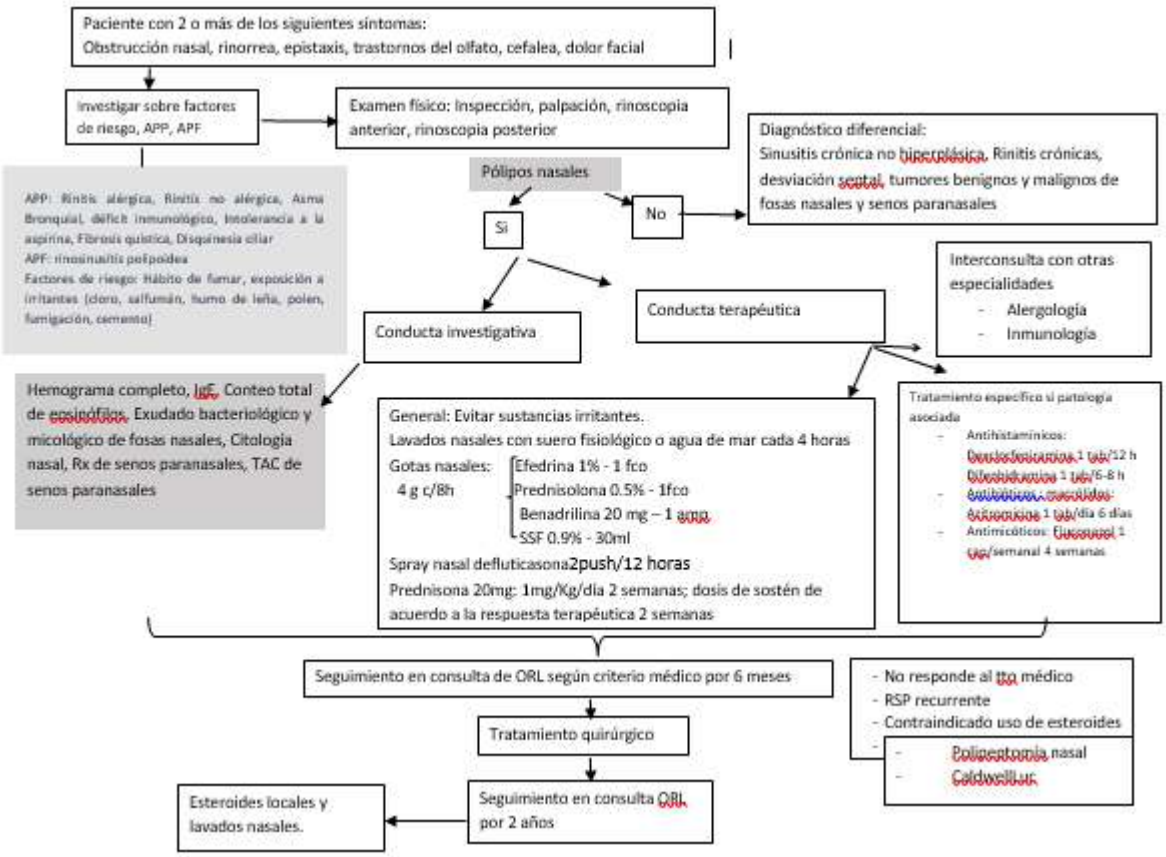
Li, JT., Ford, LB., Chervinsky, P., Weisberg, SC., Kellerman, DJ., Faulkner, KG. Shah T. (2015) Fluticas one propio nate powder and lack of clinicall y significant effects onhy pothalamic-pituitary-adrenal axis and bone mineral densityover 2 years in adults with, mildasthma. J AllergyClinImmunol, 103, 1062-1068.

Lopez, L. (2018).*Resultados de estudios complementarios en pacientes con rinosinusitis polipoidea.* (tesis de postgrado). Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna. Las Tunas.

Moina, HH. (2015). Tratamiento farmacológico de la poliposis nasal. En Bernal M, Massegur H, Ademá J.M, *Cirugía Endoscópica Nasosinusal Básica y Avanzada*. (113-118): España.

Rodríguez, A. (2016) *Principales factores de riesgo de la rinosinusitis polipoidea* (tesis de postgrado). Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna. Las Tunas.

Algoritmo para la Atención a Pacientes con rinosinusitis Polipoidea



COMPORTAMIENTO DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR DROGAS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO MÁRTIRES DE LA TUNAS

BEHAVIOR OF ACUTE POISONINGS IN THE PEDIATRIC HOSPITAL OF LAS TUNAS

Oclides Batista Ramírez oclides.batista@nauta.cu
Katia Cobas Peña

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el periodo comprendido de enero del 2017 a agosto del 2018 en el Hospital Pediátrico Mártires de las Tunas, a fin de caracterizar los pacientes con intoxicaciones agudas por drogas en pacientes hospitalizados, quedando la muestra constituida por un total de 176 pacientes. Se observó un mayor número de intoxicaciones agudas en los pacientes del sexo femenino (76.1 %),y del grupo de edad comprendido entre 10 a 15 años para el cual fueron más numerosas las intoxicaciones de origen intencional, siendo los psicofármacos los medicamentos más usados. De forma general predominó la causa intencional con 128 casos para un 72.7%. El uso de carbón activado, catárticos y lavado gástrico, fueron los métodos más aplicados en el manejo inicial. Solo un pequeño número de paciente requirió ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI), no hubo fallecidos en este periodo.

PALABRAS CLAVES: Intoxicación, pacientes, psicofármacos, fallecidos.

ABSTRACT

It was carried out a descriptive study of traverse court, in the understood period of January of the 2017 to August of the 2018 in the Pediatric Hospital Mártires de Las Tunas, in order to characterize the patients with sharp intoxications for drugs in hospitalized patients, being the sample constituted by a total of 176 patients. Bigger number of sharp intoxications was observed in the patients of the feminine sex (76.1%), and of the age group understood among 10 to 15 years for which there were more numerous the intoxications of intentional origin being the psycho drugs the used medications. In a general way the intentional cause prevailed with 128 patients for 72.7%. The use of activated coal, cathartic, and gastric laundry, they were the methods more applied in the initial handling. Alone a small number of patients required entrance in the unit of intensive cares (UCI), it had not died in this period.

KEYWORDS: intoxications, patients, psycho drugs, died.

INTRODUCCIÓN

Un tóxico es una sustancia de naturaleza química que, dependiendo de la concentración que alcance en el organismo y el tiempo que suceda, actúa sobre sistemas biológicos causando alteraciones morfológicas, funcionales o bioquímicas. (Pérez, 2012).

Se considera intoxicación aguda aquella de corta duración, absorción rápida del agente químico en dosis única o varias dosis, en cortos períodos de tiempo (máximo 24 horas), cuyos efectos aparecen rápidamente y la muerte o la cura son el resultado inmediato. Actualmente se designa como tóxico a cualquier sustancia o producto que, al contacto con el organismo a partir de cierta dosis, produce un efecto perjudicial. (Chavéz, 2017).

Las intoxicaciones en la infancia y la adolescencia constituyen una causa común de solicitud de atención médica de urgencia. Su génesis es una mezcla compleja de factores relacionados con el grupo de edad a que pertenece (hospedero), con los tóxicos y venenos responsables (el agente) y con las condiciones que determinan la exposición a éstos últimos (el ambiente). Los accidentes e intoxicaciones tienen un preocupante incremento paralelo a los progresos en otras áreas de la pediatría. (2003, 2005).

En adolescentes, las intoxicaciones agudas medicamentosas son las más frecuentes y con intencionalidad autolítica. Siempre que el tóxico sea desconocido hay que considerar las características epidemiológicas para establecer un índice desospecha que conduzca a un tratamiento lo más precoz y eficaz posible. (Montejo, JC. 2017).

La educación en la prevención de intoxicaciones debe ser una parte integral de todas las revisiones del niño sano, a partir de la revisión de los 6 meses. Asesorar a los padres y otros cuidadores acerca de los riesgos potenciales de intoxicación, cómo modificar los riesgos de intoxicación en el entorno del niño y qué hacer en caso de una ingestión o exposición a tóxicos hace que disminuya la probabilidad de morbilidad grave o de mortalidad. (Nelson, 2016).

Las intoxicaciones agudas son verdaderas urgencias médicas en las que la sospecha diagnóstica, la terapéutica adecuada y un soporte multiorgánico al inicio de la atención a estos pacientes son primordiales. (Cruz, 2017).

En Cuba se producen aproximadamente 1000 intoxicaciones por año en la edad pediátrica, de un 5 a un 10 % presentan manifestaciones graves necesitan un manejo altamente calificado y aplicación de medidas urgentes. (Chávez, 2017) .La provincia de Las Tunas no queda exenta de este problema pues en el Hospital Pediátrico Provincial ya se han realizado dos estudios previos que así lo demuestran aunque los mismos solo se han enfocado en las intoxicaciones de causa accidental lo que hace necesario realizar este estudio que abarca tanto las intoxicaciones accidentales como aquellas de causa voluntaria.

Pacientes afectados por edad y sexo.

La tabla número uno nos muestra la cantidad de pacientes afectados según grupo de edad y sexo donde se puede observar que no hubieron afectados en el grupo de edad menor de un año siendo el grupo mayor afectado el comprendido entre 10 y 15 años con 80 casos para un 45.4% seguido del grupo de más de 16 años con 50 casos para un 28.4%, y luego el grupo de edad de 1 a 4 años con 36 casos. Respecto al sexo predominó el femenino con un total de 134 pacientes para un 76.1%.

Tabla1: Distribución de los pacientes con diagnóstico de intoxicación aguda por droga según edad y sexo

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
3mese-1 año	0	---	0	---	0	---
1-4 años	18	10.2	18	10.2	36	20.4
5-9 años	1	0.6	9	5.1	10	5.7
10-15 años	12	6.8	68	38.6	80	45.4
Más de 16 años	11	6.2	39	22.2	50	28.4
Total	42	23.8	134	76.1	176	100

Fuente: historias clínicas

Lo antes expuesto coincide con un estudio similar realizado en Santiago de Cuba en el año 2018. PEREZ DEL TORO Yania (2018) donde se observa un claro predominio de los niños mayores de 10 años, aunque a diferencia de nuestra investigación el predominio fue de los pacientes de entre 15 y 18 años de edad lo que puede deberse en nuestro medio por la labilidad emocional propia del adolescente, la influencia del grupo, la toma de decisiones propias, y en algunos casos la intoxicación tiene un motivo recreacional, no suicida. Sin embargo, en un estudio publicado por Masot, (2004) se observa que los niños de edad pre escolar fueron los de mayor incidencia, en nuestro caso este grupo de edad es el tercero en incidencia con solo 36 afectados para un 20.4%, lo que puede deberse al rápido crecimiento y las tendencias exploratorias ya que se llevan todo a la boca, y aunque es bien conocida la frase de “no dejar los fármacos al alcance de los niños”, esto no se sigue con mucha frecuencia.

La tabla número dos nos muestra el total de pacientes intoxicados teniendo en cuenta si se trató de una causa accidental o fue intencional. Las intoxicaciones accidentales ocurrieron en 48 de los 176 pacientes estudiados para un 27.3% sobre todo en el grupo de edad preescolar donde la totalidad fue por esta causa, mientras que las intencionales ocuparon el mayor porcentaje con 128 intoxicados para un 72.7% siendo las más frecuentes, sobre todo en la adolescencia.

Tabla 2: Distribución de los pacientes con diagnóstico de intoxicación aguda por drogas teniendo en cuenta si esta fue accidental o intencional

	No	%
Accidental	48	27.3
Intencional	128	72.7
Total	176	100

Fuente: historias clínicas.

Estos datos coinciden con otros estudios (Chavez, 2017), en que existe un predominio de la causa accidental en los preescolares y de la causa intencional en los adolescentes, aunque discorda del mismo en que en nuestro caso de forma general predominaron las intoxicaciones de causa intencional, resultado que coincide con lo planteado por (Pérez, 2018).

La tabla número tres nos muestra los principales grupos farmacológicos causantes de intoxicaciones agudas. El grupo que con mayor frecuencia provocó la intoxicación fueron los psicofármacos con 79 casos para un 44.8%, seguido en orden de frecuencia por antipiréticos y analgésicos con 34 casos para un 19.6% y luego anti hipertensivos y anti histamínicos con 23 casos cada uno, para un 13% respectivamente. Durante el periodo de estudio solo se encontró un caso de intoxicación por droga ilegal en este caso todos los estudios realizados dieron positivo a metanfetaminas.

Tabla3: Distribución de los pacientes con diagnóstico de intoxicación aguda por drogas según tipo de droga consumida.

Tipo de droga	No	%
Psicofármacos	79	44.8
Anticonvulsivantes	17	9.6
Antipiréticos y analgésicos	34	19.3
Antibióticos	12	6.8
Anti hipertensivos	23	13

Anti histamínicos	23	13
Hipoglusemiantes	4	2.2
Anti tiroideos	4	2.2
Otros grupos farmacológicos	54	30.6
Drogas ilegales	1	0.5

Los fármacos más usados son fundamentalmente benzodiacepinas, consumidas tanto de manera no voluntaria por parte de niños pequeños como con fin autolítico por parte de adolescentes. (Mintegi, 2012). Estos datos además coinciden con lo planteado por Pérez (2018), donde los productos tóxicos de mayor consumo en los infantes, fueron principalmente los antipiréticos y los psicofármacos.

Dentro de los psicofármacos más usados se encotraron los combinados, entre los cuales se incluyen: diazepam, meprobamato y nitrazepam, así como diazepam y amitriptilina, sobre todo en el sexo femenino. Esto indica que existe una relación entre el sexo del paciente y el fármaco escogido. (Puente, 2013). La alta incidencia del consumo de estos medicamentos tiene base en que muchos de ellos tienen una alta prescripción médica o fácil obtención por otras vías, y se disponen en los hogares en altas cantidades en muchas ocasiones sin la protección necesaria, lo que facilita el fácil acceso de los niños a los mismos ya sea de forma accidental, o intencional, sobre todo en adolescentes.

La tabla número cuatro nos muestra las medidas terapéuticas más usadas, en este caso el carbón activado y los catárticos fueron los más administrados los cuales se usaron en 155 pacientes para un (88 % respectivamente) en la asistencia del evento de intoxicación, seguidos del uso del lavado gástrico en 150 pacientes (85 %). Otras medidas como la administración de oxígeno y el uso de antídotos solo fueron necesarias en aquellos pacientes que necesitaron de atención en (UCI). Llama la atención el escaso uso de los antídotos en relación al número de pacientes ingresados en este periodo.

Tabla 4: Distribución de los pacientes con diagnóstico de intoxicación aguda por drogas según las medidas terapéuticas empleadas.

Medidas terapéuticas	No	%
Lavado gástrico	150	85

Carbón activado	155	88
Manitol	155	88
Oxígeno	9	5
Antídoto	3	1.7
Otras medidas	24	13.6

Lo antes expuesto coincide con Chávez, (2017) que encontró resultados similares en la unidad de cuidados intensivos pediátricos de Cienfuegos. El carbón activado es el tratamiento de elección si es preciso realizar una descontaminación intestinal tras la ingesta de una sustancia tóxica. Ha desplazado al jarabe de ipecacuana, que tiene escaso papel en el manejo de un niño con sospecha de intoxicación. Incluso se ha desechado como agente de elección de aplicación en el domicilio, donde el carbón activado también parece tener una mayor efectividad. (Mintegi, 2012). "Hay más probabilidad de que el carbón activado sea eficaz cuando se administra dentro de la primera hora tras la ingestión" (Nelson, 2016).

El uso de estas medidas estuvo facilitado por la asistencia precoz por parte de los pacientes a los servicios de urgencia, pues en su inmensa mayoría acudieron dentro de las tres primeras horas, periodo en el cual su inicio tiene mayor efectividad. Esto demuestra el cumplimento con lo protocolizado para el manejo de la intoxicaciones agudas en nuestros servicios.

CONCLUSIONES

En el estudio realizado se pudo ver que el grupo de edad más afectado es el correspondiente a 10-15 años, seguido en orden de frecuencia por 16-18 años y luego los preescolares. La mayor parte de las intoxicaciones tuvieron un carácter intencional las cuales se produjeron en su gran mayoría por psicofármacos sobre todo diazepam, nitrazepam, y amitriptilina. Solo hubo un caso donde la droga usada era de carácter ilegal. Las medidas terapéuticas más usadas fueron el uso de catárticos y el lavado gástrico, seguida del carbón activado y el uso de antídotos es escaso en relación a la cantidad de pacientes estudiados.

REFERENCIAS

Chávez, D. (2017) Comportamiento de las intoxicaciones agudas en la unidad de cuidados intensivos pediátricos de Cienfuegos. *Medisur* 15. pp.486-492. Recuperado de:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000400006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1727-897X.

Cruz, A., Guiseris, J. (2017).Tratado de medicina intensiva. España: Elsevier.1.ª ed., p.707-712

Jordán, JR (2003). How to link accidents with child develoment. Producing of who Symposium accidents in children. Manila. Philippines.

Masot, A; Fonseca, M., Rodríguez, E., y Corona, LA (2004). Morbilidad por intoxicaciones agudas en el Hospital Pediátrico de Cienfuegos durante el quinquenio 1996-2000. *Rev Cubana Pediatr 76*(3). Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312004000300007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-7531.

Mintegi, S. (2012). *Manual de intoxicaciones en Pediatría*. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 3ª ed.p.3-9.

Montejo, JC, García, A., Marco, P., Ortiz, C. (2017). Manual de Medicina Intensiva. España: Elsevier. 5ª ed. p.419-425.

Nelson. (2016) *Tratado de pediatría*. España: Elsevier 20. ª Ed.p.469-490

Pérez del Toro, Yania; Perez, Y.; Fernández, M. y Fernández, M. (2018). Algunos aspectos clínicos y epidemiológicos relacionados con las intoxicaciones exógenas en niños y adolescentes. MEDISAN 22(4). pp.377-383. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000400007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1029-3019.

Pérez, M.J, Olivera, AM., Ruiz, OM, Villar, AD, Giraldo, EC. (2012) Uso de la actividad colinesterasa para el diagnóstico de intoxicaciones por insecticidas organofosforados y carbamatos. *Revista MVZ* Córdoba [serial on the Internet].

Puente, V. (2013). Caracterización de pacientes con intoxicación aguda por psicofármacos. *MEDISAN* 17(3). pp.514-520. Recuperado de: <http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1029-3019.

INCIDENCIA DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL ÁREA DE SALUD MARIO POZO OCHOA 2019

INCIDENCE OF ANEMIA IN YOUNGER CHILDRENOF 5 YEARS.HEALTH´SAREA "MARIO POZO OCHOA" 2019

Omelis Hernández Laguna higienepp@ltu.sld.cu

Lonides Rodríguez Rojas leonides@ltu.sld.cu

Yoenny Peña García yoennypg@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizará una investigación descriptiva transversal para caracterizarla incidencia de la anemia en niños del área de salud "Mario PozoOchoa" de enero a diciembre de 2019.El universo estará constituido por el 100% de los niños de 6; 23 y 60 meses que acudan a realizarse la hemoglobina en el área de salud. La muestra estará constituida por los infantes con anemia. Se caracterizará la incidencia según variables de interés epidemiológico: edad, sexo, raza, gravedad de la misma. Se determinarán los factores asociados a la anemia relacionados con la gestación y con el niño y se valorará el uso del tratamiento profiláctico en niños con factores de riesgos asociados. De esta forma quedará caracterizada la incidencia de la anemia en niños menores de 60 meses en el área de salud, lo que permitirá realizar intervenciones estratégicas para su prevención y mejorar la calidad de vida de los niños.

PALABRAS CLAVES: anemia, Incidencia, factores de riesgo, prevención.

ABSTRACT

It will be carried out a traverse descriptive investigation to characterize the incidence of the anemia in children of the health´s area "Mario Pozo Ochoa" of January to December of 2019. The universe will be constituted by 100% of the children of 6; 23 and 60 months that they go to be carried out the hemoglobin in the area of health. The sample will be constituted by the infants with anemia. The incidence will be characterized according to variables of epidemic interest: age, sex, race, graveness of the same one. The factors associated to the anemia related with the gestation will be determined and with the boy and the use of the preservative treatment will be valued in children with factors of associate risks. This way the incidence of the anemia will be characterized in children smaller than 60 months in the area of health, what will allow to carry out strategic interventions for its prevention and to improve the quality of the children's life

KEY WORDS: anemia, Incidence, risk factors, prevention.

INTRODUCCIÓN

Según Pita (2007), la anemia se define como la menor cantidad de hemoglobina en la sangre en relación con un valor establecido como adecuado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) según la edad y el sexo.

Andraca (2013) plantea que lahemoglobina es unasustancia presente en los glóbulos rojos de la sangre la que se encarga de transportar el oxígeno a todos los tejidos del cuerpo. Su disminución ocurre porque algo impide su formación, algo aumenta su destrucción o algo altera el número de glóbulos rojos circulando en la sangre. Si bien el

valor no goza de total consenso se considera como anemia en niños menores de cinco años, un valor de hemoglobina sérica menor a 11 gm% (ógm/d). También es equivalente un valor de hematocrito menor de 33%.

Aunque la causa habitual de la anemia es la carencia de hierro, existen otros factores como la deficiencia de folatos (o ácido fólico), vitamina B12 y proteínas que pueden causar la anemia.Otros nutrientes como la vitamina C, vitamina E, vitamina A, y el cobre también se necesitan para la adecuada producción de hemoglobina. (Pita, 2007).

Las deficiencias nutricionales son la causa más importante de anemia en la población mundial, plantearon Stoltzfusr (2001) y la OMS (2006), considerándose el déficit de hierro como el trastorno nutricional de mayor prevalencia y la causa más frecuente de anemia en el mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo como los deAmérica Latina. La OMS estima que 500 a 600 millones de personas anémicas tienen deficiencia de hierro.

Hacihanefioglu (2014) refiere que la anemia ferropénica afecta el 11% de los niños de países desarrollados y casi la tercera parte en los niños en los Pises en vías de desarrollo y es más frecuente en los menores de 3 años de edad. Es la enfermedad hematológica más frecuente y en los niños ocurre fundamentalmente por un aporte insuficiente en la dieta.

El adecuado estado nutricional en la población materno-infantil constituye un factor esencial en términos de favorecer su crecimiento y desarrollo, prevenir condiciones adversas a mediano y largo plazos y, en última instancia, lograr una óptima calidad de vida, las inadecuaciones nutricionales reconocen causas que abarcan desde factores ambientales y productivos hasta la influencia de la enfermedad e inadecuaciones en la ingesta, y conducen, en última instancia, a la malnutrición y sus consecuencias, según Durán (2009).

De acuerdo con los datos de la OMS (2006), para el período 1993-2005 la prevalencia global en el grupo de cero a cinco años fue de 47,4%, para las Américas 29,3% y para Colombia 27,7%. Según datos de la OPS, la prevalencia de anemia en este grupo aumentó de 18% en 1977 a 23% en 1995.

La prevención de la anemia según Sammartino (2010) en embarazadas y niños menores de dos años constituye un desafío para muchos países de Latinoamérica y para la Argentina, ya que un tercio de las embarazadas y los niños pequeños la padecen. Sus consecuencias funcionales adversas son altamente conocidas.

Según Coroons (2010), el nacimiento el niño sustituye el ingreso seguro de hierro a través de la placenta por una cantidad inferior y menos estable procedente de la dieta, con la cual debe afrontar sus necesidades aumentadas debido a un incremento acelerado, pues durante el primer año el niño triplica su peso y duplica su hierro corporal.

Alrededor de los 4 a 6 meses de edad en los nacidos a término y de los 2 a 3 meses en los pretérminos, las reservas están exhaustas y el lactante necesita una abundante ingestión de hierro en la dieta, debido a que sus requerimientos diarios por kilogramo de peso corporal son sustancialmente superiores a los adultos, lo que se dificulta porque a

esta edad tienen además de una necesidad energética inferior y una menor capacidad de ingerir alimentos. (Charoenlarp, 2013).

Por otra parte, refiere Charoenlarp (2013), que los requerimientos en este grupo se ven también incrementados por perdidas crónicas de sangre por las heces producidas por la infestación con algunos parásitos, la utilización de leches de vaca entera como principal alimento y durante los episodios diarreicos muy frecuentes en nuestro clima.

Al cumplir el primer año de vida el 10% de los infantes en los países desarrollados y alrededor del 50% en los países en desarrollo están anémicos; estos niños sufrirán retardo en el desarrollo psicomotor y cuando tengan edad de asistir a la escuela su habilidad vocal, su coordinación motora habrán disminuido significativamente, ACC/SCAN (2011).

Annibale (2013) refiere que por cada anémico se estima por lo menos una persona más es deficiente de hierro, lo cual traduce un problema de enorme magnitud. Cuba informo en el año 2011 que el 64% de los niños de 1 a 3 años sufren de anemia .La anemia por déficit de hierro es la más difundida en el mundo, se considera que el 30% de la población mundial la padece, alcanzando el 43% en la edad Pre-escolar y 37% en la adolescencia.

Cabe agregar que la mayoría de los síntomas se producen cuando la anemia es moderada o severa, puesto que la ligera generalmente no es detectada. Entre las principales manifestaciones clínicas de esta enfermedad figuran: cansancio, fatiga, palidez de piel y mucosas, falta de apetito, crecimiento deficiente y disminución de las defensas a las infecciones, entre otras. La anemia ligera es la que más predomina, pero debido a que ningún síntoma parece grave o pone en peligro la vida, existe la tendencia a ignorar esta afección, la cual no debe ser menospreciada. La carencia de hierro puede conducir a diversos trastornos, uno de ellos es el retardo en el desarrollo psicomotor del niño que puede ser irreversible. (INHA, 2009).

Los resultados del estudio realizado por el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos en el año 2008 corroboró que la anemia por deficiencia de hierro constituye un problema de salud en las provincias orientales, no por su severidad pues se trata de casos ligeros, sino por su elevada prevalencia (INHA, 2009). La provincia de Las Tunas incluida dentro de las cinco, ha presentado en los últimos años un incremento en la incidencia de niños con anemia, reflejado en los resultados de la vigilancia que se realiza a los menores de 5 años, por lo que nos ha motivado a realizar el siguiente estudio que nos sirva para caracterizar la anemia en esta población de riesgo.

Gravedad de la anemia y puntos de corte considerados de acuerdo a grupo de edad y sexo.

La deficiencia de hierro constituye la principal causa de anemia, dando como resultado el 50 % de las anemias del mundo y se ha señalado como el trastorno orgánico más frecuente en la práctica médica, su mayor incidencia está en los niños menores de 5 años. (Silva, 2015).

Clasificación de la anemia según puntos de corte de la hemoglobina por edad y sexo

Grupo por edad y sexo	Concentraciones de Hb (*g/dl*)			
	Anemia	Anemia Ligera	Anemia Moderada	Anemia Severa
Niño de 6 meses a 5 años	<11,0	10,0-10,9	7,0-9,9	<7,0
Niño de 5 a 11 años	<11,5	10,0-11,4	7,0-9,9	<7,0
Niño de 12 a 14 años	<12,0	10,0-11,9	7,0,9,9	<7,0
Mujer a partir *de 15 años* (no embarazada)	<12,0	10,0-11,9	7,0-9,9	<7,0
Mujer embarazada	<11,0	10,0-10,9	7,0-9,9	<7,0
Varón a partir *de 15 años*	<13,0	12,0-12,9	9,0-11,9	<9,0

Las nuevas tendencias mundiales definen que si es importante diagnosticar tratar las enfermedades oportunamente es también imprescindible conocer y trabajar sobre factores asociados a estas de tal forma que se puedan disminuir su incidencia (Kstrom, 2014).

En la aparición de ferropenia en el niño intervienen de forma importante los factores que a continuación señalaremos, destacando la frecuente interacción infección – ferropenia. Las necesidades aumentadas por el crecimiento y las diversas carencias. (Kstrom, 2014).

Causas de ferropenia (Kstrom, 2014).

- Aumento de necesidades.

Infecciones: derivación del hierro al sistema inmunitario, alteraciones de la ingestión y absorción.

Crecimiento: prematuros y recién nacidos de bajo peso, hijos de madres con ferropenia, lactantes.

- Carencias.

Exógena: alimentación láctea exclusiva, alimentación con leche de vaca fresca, escorbuto, síndrome carencial.

Endógeno: lesiones anatomofuncionales del tubo digestivo.

- Pérdidas.

Digestivas: lesiones anatómicas (varices, hernia de hiatus, úlcera, divertículo de Meckel, tumores, pólipos, duplicación, telangiectasias, angiomas, hemorroides, colitis, ileítis, y parásitos). Gastritis (aspirinas, corticoides, antinflamatorios no esteroides). Alergia de la leche de vaca, síndrome Schoenlein – Henoch.

Respiratorias: epistaxis, hemoptisis, hemosiderosis pulmonar idiomática, síndrome de Goodpasture.

Urogenitales: hematurias, hemosiderinurias, proteinurias con pérdida de transferrina, metrorragias.

Perinatales: transfusión de feto – materna y feto – fetal, hemorragias placentarias y retroplacentarias, ruptura de cordón, ligadura precoz, hemorragia umbilical y exanguíneo transfusión.

- Malabsorción.

Trastornos de la digestión: fibrosis quística, pracreopatías y hepatopatías.

Trastornos de la absorción: celiaquía, alergia gastro-intestinal, parasitaria, intolerancia a hidratos de carbono, mal rotación, síndrome de intestino roto, gastrectomía, trastornos circulatorios y endocrinos metabólicos.

Otros: linfagiectasia intestinal, linfomas, adenitis.

- Transporte alterado.

Primario: Atransferritina congénita.

Secundario: Hipotransferritina en necrosis, malnutrición o hepatopatías.

Factores asociados con la gestación y los factores asociados con el niño. (Kstrom, 2014).

Dentro de los factores asociados con la gestación se tendrán en cuenta:

- Madre desnutrida durante el embarazo :se toma de la historia clínica de salud individual
- Madre con anemia durante el embarazo. se toma de la historia clínica de salud individual y se tendrá como valor de referencia cifras de hemoglobina por debajo de 110g/l.
- Embarazo gemelar.

Dentro de los factores asociados con el niño se considerarán:

- Prematuridad: nacido con tiempo de gestación menos de 37 semanas.
- Bajo peso al nacer: peso al nacimiento inferior a los 2500 gramos.
- Lactancia artificial o mixta en los seis primeros meses de vida: operacionalizando en artificial el niño que toma otro tipo de leche que no sea la leche materna y mixta el niño con lactancia materna y cualquier tipo de leche artificial.
- Desnutrición Proteico Energética por defecto o exceso: paciente evaluado por debajo del tercer percentil en la tabla cubana de peso para la talla (defecto) y más del 97 percentil en la tabla cubana de peso para la talla (exceso).

- Ablactación incorrecta: cuando no se cumpla con lo establecido en el esquema nacional de ablactación para la introducción de alimentos según la edad.
- Enfermedades infecciosas graves.
- Enfermedades crónicas: solo se tendrán en cuenta las del tubo digestivo.

Manifestaciones clínicas.

Muchas personas con anemia no muestran señales o síntomas. Según progresa la enfermedad pueden reconocerse varios síntomas y signos que resultan de una reducción en la capacidad para el transporte de oxígeno, Bousoño (2013).

Los síntomas y signos son:

- Cansancio, fatiga, laxitud y debilidad.
- Sofocación inclusive después de ejercicio moderado.
- Mareo o dolor de cabeza.
- Palpitaciones, la persona se queja de sentir sus latidos cardíacos.
- Palidez de la piel y de las membranas mucosas (de los labios y los ojos) y debajo de las uñas.
- Irritabilidad.
- Falta de apetito.
- Edema (en casos crónicos graves). Aumento de la cantidad de líquido que se retiene en las piernas principalmente.
- Dificultades en el aprendizaje y la concentración.
- Crecimiento deficiente.
- Disminución en la capacidad de defensa a las infecciones.
- Pica.
- Taquicardia.
- El niño rehúsa a ingerir alimentos mientras que demanda cantidades copiosas de leche.
- La piel una apariencia traslúcida sobre todo ,alrededor de las orejas.
- La respuesta inmune y el desarrollo intelectual pueden estar afectados.
- Soplo sistólico.
- Esplenomegalia ligera en 10 a 20 % de los casos.

La mayoría de estos síntomas se producen cuando la anemia es moderada o severa. La anemia ligera, generalmente no resulta detectada por la adaptación gradual del organismo a las bajas concentraciones de hemoglobina o porque algunos de los síntomas que pueden aparecer se dan también en otras enfermedades y, por lo tanto, no son específicos de la anemia. (Bousoño, 2013).

Es la anemia ligera la que mayormente predomina, pero debido a que ninguno de los síntomas parece grave, dramático o pone en peligro la vida, existe la tendencia a ignorar la enfermedad que no debe ser menospreciada, Bousoño (2013).

¿Quiénes son los que más padecen anemia?

- Lactantes mayores de 6 meses que permanecen con una alimentación solo a base de leche o con una introducción inadecuada de los alimentos que son fuentes de hierro.
- Niños (fundamentalmente menores de 5 años) donde los requerimientos de hierro son muy altos y adolescentes por el aumento de las necesidades de hierro al encontrarse en una etapa de rápido crecimiento.

Diagnóstico.

El diagnóstico de la anemia requiere un examen clínico y pruebas de laboratorio como hemoglobina o hematocrito, aunque estas no suministran datos sobre el estado inicial de deficiencia de hierro en el individuo. (Terry, 2009).

Los valores para considerar anemia han sido relacionados con la aparición de efectos adversos a la salud en una etapa de la vida y sexo determinado, por estudios realizados en diversas poblaciones del mundo. (Terry, 2009).

Valores de hemoglobina y hematocrito para diagnóstico de anemia:

Grupo por edad y sexo	Hb (*g/dl*)	Hto (%)
Niño de 6 meses a 5 años	<11,0	<33
Niño de 5 a 11 años	<11,5	<34
Niño de 12 a 14 años	<12,0	<36
Mujer a partir *de 15 años* (no embarazada)	<12,0	<36
Mujer embarazada	<11,0	<33
Varón a partir *de 15 años*	<13,0	<39

Orientaciones para el tratamiento

En el terreno de la anemia por déficit de hierro se han comprobado que el tratamiento precoz y la prevención son dos factores determinantes a la hora de evitar progresión de la enfermedad y el desarrollo de subsiguientes complicaciones.Para combatir las deficiencias de hierro se han propuesto estrategia como la suplementación medicamentosa, la fortificación de alimentos y la modificación de los hábitos alimentarios. (Pita, 2007).

Se recomienda el uso del tratamiento profiláctico para evitar el desarrollo de esta dolencia. Se recomienda como pilares la lactancia materna en los primeros seis meses de vida y complementaria hasta los dos años, una ablactación correcta y el uso de

sales de hierro en situaciones que se presentan durante la gestación, el parto o los primeros meses de vida que pueden desencadenar una ferropenia (Pita, 2007).

En caso de anemia ligera, se sugiere la modificación de los hábitos alimentarios y la dieta, promoviendo el consumo de alimentos ricos en hierro y vitamina C. En una segunda etapa se recetan suplementos de hierro diario y además siempre se hacen recomendaciones dietéticas. En caso de enfermos gravemente anémicos, que vomitan, y no toleran el hierro oral, pueden recibir preparaciones inyectables de hierro o transfusiones. En todos los casos, se debe buscar y tratar la causa subyacente de la anemia. (Pita, 2007).

En los niños se debe de iniciar el tratamiento profiláctico con suplementos de hierro a dosis de 1mg/kg de peso que pueden ser hasta 2 mg/kg .este tramiento se inica desde los dos meses hasta el año de edad .ademas a la madre que lacta se debe administrar suplemento de hierro para aumentar su biodisponibilidad en la leche materna.El tratamiento exitoso generalmente lleva a una respuesta en los niveles de hemoglobina después de aproximadamente cuatro semanas del comienzo del tratamiento continuado, como lo ha indicado el médico. (Pita, 2007).

Alimentos que nos proporcionan hierro

La leche materna tiene relativamente pocas cantidades de hierro, pero éste es mucho mejor absorbido que el que se encuentra en otras leches; es ésta otra razón por lo que se recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Los niños con lactancia materna comienzan a desarrollar deficiencia de hierro comúnmente después de los 6 meses de edad si no se introducen adecuadamente los alimentos complementarios que provean el mineral (Coroons, 2010).

El hierro en los alimentos se presenta en dos formas, hemínico y no hemínico. Esta clasificación está dada por la presentación del hierro en los alimentos que contienen sangre (hemínico) y los que no contienen sangre (no hemínico). (Coroons, 2010).

El aprovechamiento del hierro varía mucho de acuerdo al tipo de alimento, en general, el hierro hemínico, que es el que se presenta en los alimentos de origen animal (carne, pollo y pescado) se absorbe bien, aproximadamente un 23%. El que proviene de otras fuentes (no hemínico) como el huevo, que es de origen animal pero no contiene sangre, y en los productos vegetales, como frijoles y verduras de hojas de color verde oscuro (acelga, espinaca), se absorbe menos, solo de 3% a 8%. (Coroons, 2010).

La leche debe ser ofrecida en las meriendas alejadas de las comidas, en las que se prefiere dar jugos de frutas, estas últimas de ser posible deben ser consumidas frescas y los jugos lo más cercano posible a su preparación. (Pita, 2007). Al evitar la anemia se favorece la calidad de vida de nuestros niños, por lo que el médico y enfermera de la familia deben fomentar el trabajo de promoción y prevención de la misma. Como dijera nuestro apóstol “La verdadera medicina es la que precave” (Pita, 2007).

CONCLUSIONES

La anemia en el niño menor de 5 años es de causa multifactorial. Muchos de los factores de riesgo y causas son modificables y prevenibles. Quedará caracterizada la incidencia de la anemia en niños menores de 60 meses en el área de salud, lo que permitirá realizar intervenciones estratégicas para su prevención y mejorar la calidad de vida de los niños.

REFERENCIAS

ACC/SCAN (2011). Controlling iron deficiency. A report based on an ACC/SCN workshop. State of the Art Series Nutrition Policy Discussion Paper No .9.Geneva; WHO.

Andraca, I., Castillo, M., Walter, T. (2013). Desarrollo psicomotor y conducta en lactantes por deficiencia de hierro. Deficiencia de hierro. CESNI. Buenos Aires. Argentina.

Bousoño, G. (2013). Las Anemias, Estados Carenciales. Univ. De Oviedo. España.

Charoenlarp, P., Dhanamitta, S., Kaewvichit, R. (2013). A WHO collaborative study on iron supplementation in Burma and in Thailand. *Am J ClinNutr; 47*: 280-97.

Coroons, V. (2010). Introducción al estudio de la anemia, métodos generales de diagnósticos y tratamientos en Sabrafin: Hematológica clínica. 2da Ed .Barcelona Dogna.

Durán, P., Mangialavori, G., Biglieri, A., Kogan, L., Abeyá, E (2009). Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Arch. argent. pediatr; 107*(5): 397-404. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500005&lng=es

Hacihanefioglu, A., Edebali, F., Celebi, A., Karakaya, T., Senturk, O., Hulagu, S. (2014). Improvement of complete blood count in patients with iron deficiency anemia and Helicobacter pylori infection after the eradication of Helicobacter pylori. *Hepatogastroenterology 51* :313-15.

INHA (2009). Plan integral para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en Cuba. La Habana: INHA.

Kstrom, EC., Kavishe, FP., Habicht, JP., Frongillo, EA., Rasmussen, K., Hemed, L. (2014). Adherence to iron supplementation during pregnancy in Tanzania: determinants and hematological consequences. *Am J ClinNutr; 64*:368-74.

OMS (2006). Department of nutrition for health and development /united nations university/unIcef,Iron deficiency anemia, assessment, prevention and control: a guide for programme managers. Geneva.

Pita, G., Basabe, B., Jiménez, S., Mercader, O (2007). La anemia. Prevención por medio de la alimentación. La Habana: INHA.

Silva, M., Retureta, E., Panique, B. (2015). Incidencia de factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de cinco años. *Rev. Zoilo MarinelloVidaurreta; 40*(1). Recuperado de: http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/202/272.

Stoltzfusr, J. (2001). Iron deficiency anaemia: reexamining the nature and magnitude of the public health problem. *J Nutrición;131* :697s-701. Recuperado de: http://www.nutrition.org/cgi/reprint/131/2/697s,pdf

Terry, B., Quintana, I., Selva, L., Rodríguez, X (2009). Vigilancia de la anemia en niños de 6 meses a 5 años de las cinco provincias orientales. Manual de capacitación para el equipo de salud. La Habana: INHA.

BAJO PESO Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS LAS TUNAS. ENERO-AGOSTO DE 2018

BEHAVIOR OF LOW BIRTH WEIGHT IN THE PROVINCE OF LAS TUNAS.JANUARY-AUGUST OF 2018

Onelis Núñez López

Vanessa Mabel Martínez Nuñez

Martha Cabrales León

RESUMEN

El bajo peso al nacer es uno de los indicadores más útiles para evaluar los resultados de la atención prenatal y la mortalidad infantil. describir el comportamiento del bajo peso al nacer en la provincia Las Tunas en el periodo comprendido entre enero y agosto del 2018. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en la provincia Las Tunas, en el periodo de enero-agosto del 2018, que incluyó los 240 recién nacidos vivos con bajo peso al nacer. Se analizaron: edad materna, factores de riesgo prenatales, edad gestacional al momento del parto, peso al nacer, áreas de salud, distribución por municipios. Los factores de riesgo identificados por su asociación con el bajo peso al nacer fueron: la infección vaginal (67,5%), la anemia (30,8%), la infección urinaria (22,5%) y la ganancia insuficiente de peso durante la gestación (41,6 %). Las áreas de salud, Guillermo Tejas con índice de 10,9 % y Luis Aldana Palomino con 7,4%, son las de mayor riesgo. El 42,8 % de los fallecidos menores de 1 año presentaron bajo peso al nacer. La infección vaginal fue el factor de riesgo que más predominó, seguido de la ganancia insuficiente de peso y la anemia. Los municipios de mayor riesgo fueron Amancio, Jobabo y Las Tunas. Predominaron los recién nacidos con bajo peso al nacer producto de un parto pretérmino.

PALABRAS CLAVES: restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, recién nacido pretérmino.

ABSTRACT

low birth weight is one of the most useful indicators to evaluate the results of prenatal care and infant mortality. To describe the behavior of low birth weight in the province of Las Tunas in the period between January and August of 2018. A descriptive cross-sectional study was conducted in Las Tunas province, in the period of January-August of 2018, which included 240 live births with low birth weight. Maternal age, prenatal risk factors, gestational age at birth, birth weight, health areas and the distribution by municipalitieswere analyzed. The risk factors identified by their association with low birth weight were: vaginal infection (67,5%), anemia (30,8%), urinary infection (22,5%) and insufficient weight gain during pregnancy (41,6%). The health areas, Guillermo Tejas with 10,9% and Luis Aldana Palomino with 7.4%, are the most at risk. 42,8% of the deceased children under 1 year old presented low birth weight. Vaginal infection was the most prevalent risk factor, followed by insufficient weight gain and anemia.

KEY WORDS: intrauterine growth restriction, low birth weight, preterm newborn.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido bajo peso al nacer como el peso al nacer inferior a los 2 500 g, independientemente de la causa y de la edad gestacional. Incluye dos grandes entidades con diferentes causas y pautas de manejo: el nacimiento pretérmino, o sea, el que ocurre antes de las 37 semanas de la gestación y el crecimiento intrauterino retardado (CIUR), donde el peso del recién nacido se encuentra por debajo del estimado como normal a la edad del nacimiento.[1]

El bajo peso al nacer es de causa multifactorial; entre los múltiples factores asociados se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, las alteraciones fetales, así como los problemas ambientales.[2]

En la actualidad, el 15 % de los nacimientos en el mundo corresponde a recién nacidos (RN) con peso inferior a 2 500 g, lo que equivale a más de 20 millones de neonatos con bajo peso al nacer.A pesar de representar bajos porcentajes en relación con el total de nacidos, la presencia de muy bajo peso al nacer contribuye significativamente a la mortalidad neonatal (50- 70 %) e infantil (25- 40 %), pues en comparación con los recién nacidos normales, en los países en desarrollo, aquellos con bajo peso tienen 40 veces más riesgo de morir en el período neonatal, lo cual aumenta a 200 veces en aquellos niños con menos de 1500 g al nacer, de manera que requieren una atención especial y, en la mayoría de los casos, un ingreso hospitalario prolongado en las unidades de neonatología. Esto ha llevado a que la prematuridad y el bajo peso al nacer sean los factores predictivos más fuertemente asociados con la mortalidad perinatal.[3]

El Índice de Bajo Peso al Nacer en Cuba ha mostrado un descenso paulatino desde 1985. Al cierre del año 2018 se presentó un índice de 5,3 por cada 1 000 nacidos vivos, cifra que ubica al país en el grupo de los 5 países con indicadores más bajos del mundo. [4]

En la provincia Las Tunas desde el año 1976 hasta el año 2018, el índice de Bajo Peso al Nacer se ha mantenido por encima de la media nacional. En estos últimos 7 años la tendencia es al incremento a pesar de que en 3 años (2013,2014 y 2015) el índice fue de 5,6 por cada 1 000 nacidos vivos. En el 2018 se obtuvo un índice de 6,2, lo que señala a Las Tunas como la provincia de mayor índice de Bajo Peso al Nacer.[5]

El bajo peso al nacer representa un problema mundial en la salud, por la repercusión en la calidad de vida de los niños, la relación con la mortalidad, la afectación en el orden psicológico y afectivo para las familias y los gastos económicos que representa para el país.[3] Por ello se realizó la siguiente investigación con el objetivo de describir el comportamiento del bajo peso al nacer en la provincia Las Tunas en el periodo comprendido entre enero y agosto del 2018.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en la provincia Las Tunas, en el periodo comprendido desde enero a agosto del 2018. El universo estuvo constituido por los 3680 nacidos vivos, en la provincia Las Tunas, en dichoperiodo. La muestra estuvo

conformada por los 240 recién nacidos vivoscon bajo peso al nacer y fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico por cuota.

Se incluyeron los recién nacidos vivos con bajo peso al nacer de madres de nacionalidad cubana, comprendidos en el periodo de enero-agosto del 2018 y aquellos recién nacidos vivos con bajo peso al nacer, que nacieron en otras provincias pero la madre con dirección de la provincia Las Tunas.

Las variables estudiadas fueron: municipios, áreas de salud, edad materna, peso al nacer, edad gestacional al momento del parto, hábito de fumar, evaluación nutricional al inicio del embarazo, ganancia de peso durante la gestación, embarazo gemelar, factores de riesgo prenatales, fallecidos.

Se tomaron como fuentes de información en la búsqueda bibliográfica del tema: bases de datos bibliográficos, los Anuarios de Salud Cubanos de los últimos cinco años, así como publicaciones seriadas nacionales e internacionales sobre el bajo peso al nacer. Se efectuaron búsquedas en la literatura desde enero de 2014 hasta abril de 2019, en español e inglés a través del Portal Infomed, utilizando las bases de datos bibliográficas siguientes: PubMed, Ebsco, Clinical Key, Scielo, Medline y otros sitios de internet. La búsqueda incluyó las palabras claves: restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer yrecién nacidopretérmino.

Se realizó un análisis documental de las encuestas de bajo peso diseñadas por la dirección del PAMI nacional, realizadas por las vicedirecciones de asistencia médica de cada área de salud, a las pacientes que aportaron los recién nacidos con bajo peso en el periodo de estudio, con la intención de identificar los principales factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer presentes en las gestantes.

Se emplearon los métodos de análisis y síntesis, el histórico-lógico, el método matemático- estadístico para disponer en tablas, gráficos y realizar un análisis crítico de los resultados obtenidos; y el cálculo porcentual se empleó para el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos.

Con los datos recogidos se creó una base de datos en Microsoft Excel, que permitió una rápida y continua actualización. Se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas, manejando medidas de resúmenes para datos cualitativos, como las frecuencias absolutas y relativas, y los porcentajes. La presentación de los resultados obtenidos se realizó mediante tablas que ilustraron los resultados de los objetivos propuestos y se empleó para la estratificación del bajo peso el programa Mapinfo.

Para la realización del estudio se utilizó una computadora personal ASUS con ambiente de Windows 10 Pro y el paquete computacional MS Word 2010 como procesador de texto.

La investigación se ajustó a la práctica de los cuatro principios éticos básicos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Además se cumplió el principio ético de confidencialidad de la información, no se divulgaron datos referentes a los pacientes sino resultados del estudio.

Resultados

El análisis del comportamiento de los recién nacidos vivos conbajo peso al nacer por municipios mostró que en el período de enero-agosto del año 2018, el índice fue de 6,5 contra 5,9 por cada 1 000 nacidos vivosen igual periodo del año 2017. Se incrementó el riesgo en un 10,1%, con 22 bajo peso más. Los municipios con mayor riesgo fueron Amancio Rodríguez con 7,4 seguido de Las Tunas y Jobabo con 7,3. (Tabla 1)

Tabla 1. Comportamiento del Índice de Bajo Peso al Nacer por municipios.

Municipios	Nacidos Vivos		Bajo Peso		Índice		Diferencia
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	Bajo Peso
Manatí	212	201	8	11	3,8	5,5	3
Puerto Padre	570	572	30	32	5,3	5,6	2
Menéndez	297	299	15	17	5,1	5,7	2
Majibacoa	268	264	15	10	5,6	3,8	-5
Las Tunas	1529	1556	102	114	6,7	7,3	12
Jobabo	329	313	19	23	5,8	7,3	4
Colombia	210	233	12	15	5,7	6,4	3
Amancio	287	242	17	18	5,9	7,4	1
Provincia	**3702**	**3680**	**218**	**240**	**5,9**	**6,5**	**22**

Fuente: Encuestas de bajo peso al nacer

Las áreas de salud, Guillermo Tejas con índice de 10.9 por cada 1 000 nacidos vivos, Luis Aldana Palomino con 7,4, Gustavo Aldereguía y 14 de Junio con 7,3, son las de mayor riesgo teniendo un índice de bajo peso al nacer por encima de la media provincial. (Tabla 2)

Tabla 2. Comportamiento del Índice de Bajo Peso al Nacer por áreas de salud.

Áreas de Salud	Nacidos Vivos	Recién nacidos bajo peso al nacer	Índice de bajo peso al nacer
Mártires de Manatí	201	11	5,5
Romárico oro	290	17	5,9

Rafael Izquierdo	112	7	6,3
28 de septiembre	169	8	4,7
Mario Pozo	301	17	5,7
7 de noviembre	264	10	3,8
Gustavo Aldereguía	370	27	7,3
Piti Fajardo	416	23	5,5
Guillermo Tejas	285	31	10,9
Aquiles Espinosa	414	29	7,0
Arcos Luque	62	4	6,5
14 de Junio	313	23	7,3
Francisco Caamaño	233	15	6,4
Luis Aldana Palomino	242	18	7,4
Total	**3672**	**240**	**6,5**

Fuente: Encuestas de bajo peso al nacer

La edad materna en el momento del parto más representada fue de 20 a 24 años con el 28,3%, seguida de las de 15 a 19 años con el 23,3%. Se reportaron 4 nacimientos en menores de 15 años. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de los nacidos vivos con bajo peso al nacer según la edad materna.

Edad materna	Bajo peso	
	No.	%
Menor de 15 años	4	1,7
15-19 años	56	23,3
20-24 años	68	28,3
25-29 años	54	22,5
30-34 años	36	15,0

más de 35 años	22	9,2
Total	**240**	**100**

Fuente: Encuestas de bajo peso al nacer

Del total de los recién nacidos con bajo peso al nacer el 51,66 % fueron recién nacidos pretérminos y de ellos el 45,16 % correspondieron al municipio Las Tunas.De los pretérminos, el 22,1 % correspondió a la edad gestacional entre 35 y 36 semanas. Predominaron los recién nacidos con pesos entre 2 000 a 2 499 g con el 70,8 %.

Dentro de los principales factores prenatales que pudieron constituir posibles causas del bajo peso al nacer se encontraron la infección vaginal con el 67,5 %, seguido de la ganancia insuficiente de peso con el 41,6 % y la anemia con el 30,8 %

Tabla 4. Distribución de los recién nacidos vivos con bajo peso según principales factores de riesgo prenatales asociados.

Factores de Riesgo prenatales asociados	No.	%
Infección Vaginal	162	67,5
Infección urinaria	54	22,5
Embarazo Gemelar	36	15,0
Anemia	74	30,8
Trastornos hipertensivos	54	22,5
Asma Bronquial	53	22,0
Diabetes Mellitus	6	2,5
Hábito de fumar durante el embarazo	54	22,5
Bajo peso	68	28,4
Sobrepeso	44	18,3
Ganancia de peso inadecuada durante la gestación	100	41,6

Fuente: Encuestas de bajo peso al nacer

Hasta el 31 de agosto del 2018 se reportaron 14 fallecidos menores de 1 año con tasa de mortalidad infantil de 3,8 por cada mil nacidos vivos, de ellos fueron bajo peso al

nacer 6, lo que representa el 42,8 %.Pertenecientes a los municipios Puerto Padre, Las Tunas, y Amancio Rodríguez con 3 fallecidos.

El 66,6 % de los fallecidos nacieron antes de las 30 semanas de gestación.Las causas de muerte fueron: apertura del ductus arterioso, hernia diafragmática con hipoplasia pulmonar derecha, sepsis de inicio precoz, hemorragia pulmonar bilateral, asfixia crónica intrauterina y hemorragia intraventricular.

Discusión

En la presente investigación la relación del BPN con las variables demográficas, no resultó un factor de riesgo estadísticamente significativo. Sin embargo el conocimiento del índice de bajo peso al nacer según municipios y áreas de salud permite focalizar con mayor fuerza, la vigilancia de las mujeres de alto riesgo y el trabajo preventivo en la comunidad.

La edad materna en el momento del parto entre 20 y 29 años, fue la más representada con el 50,8 % producto de que el mayor número de partos ocurre en las edades fértiles de la vida. Esto coincide con el estudio realizado por Yanet Villafuerte Reinante [6], donde se apreció el porcentaje superior en las edades maternas de 18 a 34 años con un 63,5 %, así como otros estudios. [1,7,8]No coincidiendo con los estudios de otros autores[9]que expresan que la edad constituye un factor de riesgo importante asociado al bajo peso, sobre todo cuando ocurre en las adolescentes y las gestantes de más de 35 años.

El 10% de los recién nacidos de madres entre 15 y 19 años tienen bajo peso al nacer, pues existe una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo (síndrome de mala adaptación circulatoria), que lleva tanto al bajo peso como al nacimiento de neonatos pretérminos. [10]

Otro factor de riesgo descrito en la literatura como altamente asociado al bajo peso al nacer, es el hábito de fumar. Los productos tóxicos acarrean el deterioro del lecho vascular y causan alteración circulatoria, lo que atenta contra la oxigenación y la nutrición del niño intraútero, por lo que nace con peso insuficiente. Está demostrado que los hijos de madres fumadoras pesan de 200 a 300 gramos menos que los de las que no poseen este vicio. A mayor número de cigarros fumados durante la gestación el peso al nacer del recién nacido disminuye, sobre todo cuando se fuman 10 o más cigarros al día.[11]

En un estudio realizado por Alfredo Ulloa Ricárdez y colaboradores[12], el factor de riesgo más significativo de bajo peso al nacer que encontraron fue el uso de tabaco durante el embarazo, con un riesgo de 16.4 veces mayor que las que no fuman durante el mismo. En la presente investigación el hábito de fumar no constituyó el principal factor de riesgo asociado con el bajo peso al nacer, contradiciendo los resultados obtenidos en estos estudios.[9]

El estado nutricional de la gestante a la captación y su evolución durante el embarazo, constituyen factores fuertemente asociados a la ocurrencia de complicaciones, entre ellas el bajo peso al nacer.[13] En un estudio observacional analítico de casos y controles, Aylín García Florido y colaboradores,[14] encontraron que el factor de riesgo asociado al bajo peso al nacer más representado fue la ganancia de peso inadecuada durante la gestación y que si se eliminara este factor de riego en dicha población objeto de estudio, se reduciría la probabilidad de aparición de recién nacidos bajo peso en un 81.5%.Este resultado refleja la gran importancia del aporte nutricional para el crecimiento y desarrollo del producto de la concepción. En esta investigación la ganancia insuficiente de peso durante la gestación estuvo representada en un 41,6 % coincidiendo con los resultados encontrados en la bibliografía.

La hipertensión arterial inducida produce alteraciones vasculares placentarias con disminución del riego útero-placentario, con envejecimiento precoz de la placenta y a veces asociación a toxemias que pueden llevar a consecuencias graves como eclampsia y desprendimiento de la placenta normo inserta, los cuales provocan la terminación del embarazo, en ocasiones pretérmino, con inminente peligro de muerte, o pesos incompatibles para la vida. [2] En esta investigación la incidencia de la hipertensión arterial inducida durante el embarazo no coincide con otras investigaciones [15], al presentarse en un 22,5 %.

Regla Padrón Beltrán y colaboradores[16] encontraron que la anemia, la infección urinaria y vaginal fueron los principales factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en su estudio.En este estudio la infección vaginal se presentó en un 67.5 %, siendo el principal factor de riesgo asociado al bajo peso al nacer en la provincia.

Cualquier infección vaginal es un factor de gran importancia en la génesis del parto pretérmino porque puede provocar modificaciones cervicales precoces, la rotura prematura de membranas o el desencadenamiento de la actividad uterina antes del término de la gestación y, por todo, el parto antes de las 37 semanas de gestación.[11]Las infecciones vaginales provocan una serie de complicaciones como corioamnionitis y endometritis puerperal, de forma tal que ocurre la ascensión de gérmenes hacia el aparato urogenital, que pueden ocasionar infecciones urinarias.[13]

La anemia tuvo un comportamiento elevado, siendo el segundo factor de riesgo asociado al bajo peso al nacer, lo que coincide con la bibliografía consultada[2], que plantea que la anemia es frecuente en el embarazo, en su mayoría, debido a un agotamiento de los dispositivos orgánicos del hierro por la demanda del feto para su metabolismo, crecimiento y desarrollo.Las gestantes con anemia durante los dos primero trimestres, presentan un riesgo dos veces mayor para presentar parto pretérmino y hasta tres veces mayor para tener recién nacidos con bajo peso al nacer.[17]

Según Alicia VerdeciaCharadán y colaboradores los recién nacidos bajo peso tienen 11.4 veces más de probabilidad de desarrollar sepsis neonatal precoz que los normo peso. El peso al nacer y la tendencia a desarrollar infección son inversamente

proporcionales. Por ello el nacer con menos de 2 500 g es el índice pronóstico más importante de la mortalidad infantil y de la morbilidad inmediata y a largo plazo.[18]

Se concluye que los municipios de mayor riesgo en la investigación fueron Amancio, Jobabo y Las Tunas. La edad materna en el momento del parto más representada fue de 20 a 24 años.Predominaron los recién nacidos con bajo peso al nacer producto de un parto pretérmino.La infección vaginal fue el factor de riesgo que más predominó, seguido de la ganancia insuficiente de peso y la anemia.

REFERENCIAS

Alonso Uría, Rosa María, Rodríguez Alonso, Beatriz, Yanes Morales, Cecilia Dominga, & Castillo Isaac, Eugenio. (2018). Caracterización del neonato bajo peso hijo de madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 44(1), 1-10. Recuperado en 22 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100006&lng=es&tlng=es.

Arce-López, Karina L., Vicencio-Rivas, Juan, Iglesias-Leboreiro, José, Bernárdez-Zapata, Isabel, Rendón-Macías, Mario E., & Braverman-Bronstein, Ariela. (2018). Antecedentes maternos prenatales y riesgo de complicaciones neonatales en productos de término de bajo peso para edad gestacional. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 75(4), 237-243. https://dx.doi.org/10.24875/bmhim.m18000032

Departamento Provincial. Registros Médicos y Estadísticas de Salud.Anuario estadístico de salud. Las Tunas. 2016. Departamento Provincial. Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Las Tunas: Dirección Provincial de Salud. Recuperado de: http://infomed.ltu.sld.cu/wp-content/uploads/2018/02/Las-Tunas-Anuario-Estad%C3%ADstico-2016.pdf

Echevarría Martínez, Luis Enrique, Suárez García, Nuvia, Guillén Cánovas, Ana Mercedes, & Linares Cánovas, Lázaro Pablo. (2018). Morbilidad y mortalidad asociadas con el muy bajo peso al nacer. MEDISAN, 22(8), 720-732. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000800720&lng=es&tlng=es.

García Florido, Aylín, Bello Rodríguez, Berta María, Méndez Dayoub, Adriana, Florido Arango, María de las Nieves, & Socorro Montes de Oca, Yunier. (2014). Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Policlínico Universitario Carlos Verdugo. Revista Médica Electrónica, 36(3), 250-257. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000300002&lng=es&tlng=es.

Gómez Mendoza C, Ruiz Álvarez P, Garrido Bosze I, Rodríguez Calvo MD. (2018).Bajo peso al nacer, una problemática actual. Archivo Médico Camagüey ,22(4):[aprox. 5 p.]. Recuperado de: http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5410

Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2018. (2019). 47 ed. La Habana: Ministerio de salud Pública. 2019. Recuperado de : http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/

Montero Mesa, Mabys, Dihigo, María Teresa, Núñez Valdés, Leovaldo, Salabert Tortoló, Idalmi, & Vega Rodríguez, Lissy. (2014). Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en la provincia Matanzas. 2013. Revista Médica Electrónica, 36(4), 425-437. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400005&lng=es&tlng=es.

Padrón Beltrán, Regla, & Garcés Rodríguez, Roberto Antonio. (2016). Factores relacionados con el bajo peso al nacer en el municipio La Lisa, en el período 2010-2014. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 15(2), 177-185. Recuperado en 22 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000200005&lng=es&tlng=es.

Pérez Martínez, M., Basain Valdés, J., & Calderón Chappotín, G. (2018). Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Acta MéDica Del Centro, 12(3), 369-382. Recuperado de http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/885

Pérez Valdés - Dapena, D., Castro Pérez, I., González Salvat, R., Riverón Cobo, A., & Fernández Gómez, J. (2015). Factores de riesgos fetales en la restricción del crecimiento intrauterino en gestantes. Revista Cubana De Obstetricia Y GinecologíA, 41(4). Recuperado de http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/1

Periquet Meriño, Magda, Pascao Gamboa, Adriana, Labaut Ginarte, Onidia, Vargas de la Paz, Liudmila, & Mora Nieto, Juana. (2014). Algunos factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Hospital General "Orlando Pantoja Tamayo". MEDISAN, 18(1), 11-16. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100003&lng=es&tlng=es.

Quevedo Lorenzo, I., Yáñez Crombet, A., González Cubeña, G., Marrero González, D., & More Céspedes, Y. (2018). Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Municipio Yara. Enero – diciembre, 2017. MULTIMED, 22(5). Recuperado de http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/995

Retureta Milán, Silvia, Rojas Álvarez, Lainys, & Retureta Milán, Marta. (2015). Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. MediSur, 13(4), 517-525. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400008&lng=es&tlng=es.

Ulloa-Ricárdez A, Del Castillo-Medina JA, Moreno MA. Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacimiento. (2016). Rev Hosp Jua Mex, 83, (4): 122-128. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2016/ju164b.pdf

Urdaneta Machado JR, Lozada Reyes M, Cepeda de Villalobos M, García J, Villalobos N, Contreras Benítez A, ET AL. Anemia materna y peso al nacer en productos de embarazo a término (2015). RevChilObstetGinecol, 80, (4):297-305. Recuperado de : https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n4/art04.pdf

Verdecia Charadán, A., Colás Alonso, J., Antuch Medina, N., Rousseaux Lamothe, S., & Reyes Matos, I. (2017). Factores de riesgo asociados a sepsis precoz en neonatos. Revista Información Científica, 96(2), 195-204. Recuperado de http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/11

Villafuerte Reinante, Yanet. (2016). Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Municipio Cienfuegos. 2010-2014. MediSur, 14(1), 34-41. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000100008&lng=es&tlng=es

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD EN EL ÁREA DE SALUD DE DELICIAS

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF THE MORTALITY IN HEALTH´S AREA OF DELICIAS

Oralia de la Caridad Fernández Arzol yoennypg@ltu.sld.cu

Yoenny Peña García yoennypg@ltu.sld.cu

Roxana de los Milagros Riveron Prada roxyrp@nauta.cu

RESUMEN

La mortalidad es la incidencia de muerte en la población. La mortalidad, es la segunda causa del cambio demográfico y junto con la fecundidad son los actores centrales de la dinámica de la población. Se realizó una investigación epidemiológica observacional descriptiva; para caracterizar la mortalidad según algunas variables epidemiológicas en Delicias, período 2015-2018; la población objeto de estudio estuvo constituida por el total de habitantes del área de salud en cada año del estudio, y se estimó la población media en el cuatrienio 2015-2018. Las primeras causas de muerte fueron: enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares y suicidio, y las de mayor tasa de letalidad fueron los tumores malignos, el suicidio y las enfermedades cerebro vasculares. Existió un incremento de la sobremortalidad masculina y se perdieron años de vida en la población por muertes prematuras y evitables.

PALABRAS CLAVES: mortalidad; tasas; letalidad, tendencia; estratificación.

ABSTRACT

The mortality is the incidence of death in population. The mortality is the second cause of demographic change and together with fecundity; they are central actors of the population's dynamics. It was carried out a descriptive observational epidemiological investigation; to characterize the mortality according some epidemiological variables in Delicias, period 2015-2018; the population study object was constituted by the total of inhabitants of the health´s area in every year of study, and half population was considered in the 2015-2018 period. The first causes of death were: illnesses of the heart, wicked tumors, vascular illnesses brain and suicide; and those of more lethality rate were the wicked tumors, the suicide and the vascular illnesses brain. An increment of the masculine sobremortalidad existed and they got lost years of life in the population for premature and avoidable deaths.

KEY WORDS: mortality; rates; lethality; tendency; stratification.

INTRODUCCIÓN

Núñez (2013) planteó que la mortalidad, es la segunda causa del cambio demográfico y junto con la fecundidad son los actores centrales de la dinámica de la población. El estudio de la mortalidad se basa en la observación de las muertes que ocurren en una población durante un tiempo determinado, y en su evolución como determinante fundamental del proceso de cambio demográfico.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud -OMS- (2015) definió que la mortalidad es la incidencia de muerte en la población. La OMS (2015) refiere que las enfermedades infecciosas fueron la principal causa de la muerte en 1900 en los países desarrollados, pero ahora son mucho menos significativas. Ahora las enfermedades no infecciosas, asociadas al estilo de vida, como las enfermedades cardíacas y el cáncer, son mucho más prevalentes y causan mayor mortalidad que las enfermedades infecciosas. Sin embargo, la situación actual podría cambiar rápidamente si se interrumpiesen las medidas de salud públicas. En países en desarrollo, las enfermedades infecciosas son todavía la principal causa de mortalidad. La morbilidad se refiere a la incidencia de enfermedades en la población e incluye tanto enfermedades mortales como no mortales. Las estadísticas de la morbilidad definen la salud pública de una población con mayor precisión que las de mortalidad, porque muchas enfermedades tienen una mortalidad relativamente baja,

La mortalidad es el proceso natural mediante el cual desaparece una población a lo largo del tiempo, se estudia a partir de una información de flujo: las defunciones que ocurren durante el período considerado. El fenómeno de la mortalidad se analiza mediante una fuente dinámica de información: el registro de defunciones (OMS, 2015).

No solo se realiza este estudio a partir del total de muertes que se producen, sino que se desagregan las defunciones atendiendo a características tales como edad, causas de muerte, características socio-económicas, etc., observándose comportamientos diferenciales en los mismos. (Preston, 2013).

Se plantea que la mortalidad es diferencial por sexo, ya que a lo largo de toda la vida en los varones es superior a la de las hembras, o sea, existe la sobremortalidad masculina. No obstante, hay algunos países subdesarrollados cuyas condiciones sanitarias son tan bajas que durante las edades de 15-49 años puede ocurrir que exista una sobremortalidad femenina producto de las condiciones del parto, refirió Charmie (2015).

Charmie (2015) también expuso que la mortalidad influye de forma importante en los factores socio-económicos. Dentro de la mortalidad como elemento del análisis demográfico se encuentra la morbilidad que es el estudio de las enfermedades que afectan al ser humano.

La provincia de Las Tunas, el municipio de Puerto Padre y el área de salud de Delicias, reportan cifras similares a las del país, pero se hace necesario realizar un análisis epidemiológico más detallado de la mortalidad, para disminuir los años de vida potencialmente perdidos (identificado como problema de salud en el ASIS del área en más de un quinquenio), prevenir las muertes prematuras y evitables, y así contribuir a mejorar la calidad de vida de la población e incrementar la esperanza de vida; esta es la motivación para desarrollar la siguiente investigación para caracterizar la mortalidad según variables epidemiológicas en el área de salud de Delicias, período 2015-2018.

Mortalidad general

En la tabla 1 se distribuyó la tasa bruta de mortalidad en el área de salud de Delicias en el cuatrienio 2015-2018, donde se pudo apreciar que la misma se ha mantenido ligeramente estable entre 8 y 9 fallecidos por cada mil habitantes, el año que más fallecimientos ocurrieron fue el 2017 con 200 muertes para una tasa de mortalidad de

9,3 por cada mil habitantes. En el cuatrienio ocurrieron 727 muertes para una tasa de mortalidad de 8,5 por cada mil habitantes.

Tabla 1. Tasa bruta de mortalidad. Área de Salud Delicias. 2015-2018.

Años	Casos	Tasa
2015	181	8,4
2016	177	8,2
2017	200	9,3
2018	169	7,8
Total	727	8,5*

* Tasa ajustada para el período

Fuente: Registro de mortalidad. Departamento de Estadísticas. Policlínico “Rafael Izquierdo Ramírez”

Estos resultados obtenidos hacen pensar en que todavía persisten en la población del área de salud características, hábitos y costumbres que hacen que imperen estilos y condiciones de vida inadecuadas, que incrementan la carga de morbilidad y por consiguiente se incremente la mortalidad en edades tempranas de la vida. En Cuba desde 1990 al 2016 ha existido un ligero incremento de la mortalidad con tasas de 6,8 fallecidos por mil habitantes a 8,6; 8,9 y 8,8 fallecidos por mil habitantes en los años 2014, 2015 y 2016 respectivamente. En la provincia de Las Tunas en el 2016 ocurrieron 4168 defunciones para una tasa de mortalidad de 7,7 por mil habitantes. (Estadísticas referidas en el Anuario Estadístico de Salud, DNE-MINSAP, 2017).

La mortalidad general ha descendido notablemente en México, si se compara la existente en fechas recientes con la de comienzos de los años cincuenta. La tasa de mortalidad era del 16 por mil hacia mediados de siglo y se estimaba en un 6 por mil hacia fines de los años ochenta. También ha cambiado la composición etaria de la cantidad de muertes: hace cuarenta años más de la mitad (53%) de los decesos anuales eran de menores de cinco años, mientras actualmente lo son un cuarto de ese total de muertes. No obstante, la cifra actual sigue siendo de nivel intermedio en el contexto regional (en Chile y Costa Rica esa cifra es menor del 15%). Estas estadísticas fueron descritas en el informe de (FLACSO, 2015).

Causas de Muerte en el cuatrienio 2015-2018

En cuanto a las causas de muerte se apreció que las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar con 210 fallecidos en el período para una tasa de 2,4 por cada mil habitantes, seguida de los tumores malignos con 185 fallecidos para una tasa de 2,2 por cada mil habitantes. Las otras dos causas que más aportan fallecidos son las enfermedades cerebro vasculares con 36 y el suicidio con 10 fallecidos para una tasa de 3,2 y 0,4 por cada mil habitantes respectivamente. Las enfermedades más letales en este período fueron los tumores malignos con una tasa de letalidad de 11,9%, seguida

del suicidio con 10,4% y las enfermedades cerebro vasculares con un 8,3% respectivamente.

> (…) Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa, reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales que se define como "la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal, según lo expuesto en la Clasificación Internacional de Enfermedades.(OMS, 2017).

Las principales causas de muerte en Cuba en los años 2000, 2015 y 2016 según tasas por cien mil habitantes fueron: enfermedades del corazón con tasas de 181,1; 219,6 y 217,7; tumores malignos con tasas de 146,8; 216,8; y 216,3; enfermedades cerebrovasculares con tasas de 72,8; 83,0; y 84,2; influenza y neumonía con tasas de 51,3; 59,0; y 60,6; accidentes con tasas de 44,3; 49,1; y 49,0; enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con tasas de 21,0; 38,2; y 36,4; enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares con tasas de 33,0; 25,0; y 24,2; diabetes mellitus con tasas de 13,3; 21,0; y 20,0; cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado con tasas de 8,8; 13,5; y 13,8; y las lesiones autoinfligidas intencionalmente con tasas de 16,5; 13,5; y 12,7. (Estadísticas referidas en el Anuario Estadístico de Salud, DNE-MINSAP, 2017).

Tangcharoensathien y col (2016) en su estudio detectaron dos puntos débiles relacionados con la incompletud de los registros de defunción y las inexactitudes en la atribución de causas de defunción: fallos del registro de los eventos o de la certificación de las defunciones, y problemas de transferencia de información de los certificados de defunción a los registros de defunción.

Las muertes sobrevenidas fuera de los centros de salud, que representan un 65% de todas las defunciones en Tailandia, son uno de los factores que explican la inexactitud de los datos sobre las causas de defunción, pues deben ser certificadas por jefes de aldea que poseen unos conocimientos teóricos y prácticos limitados en lo referente a la atribución de causas de muerte. Sin embargo, también se dan problemas en la certificación de las causas de defunción que hacen los médicos en los hospitales. Habría que dar prioridad a la formación del personal médico en materia de certificados de defunción, el examen de los registros médicos por el personal sanitario en los hospitales de distrito y el uso de las técnicas de autopsia verbal para evaluar la coherencia interna.

De los 56,4 millones de defunciones registradas en el mundo en 2016, más de la mitad (el 54%) fueron consecuencia de las 10 causas que se indican a continuación. Las principales causas de mortalidad en el mundo son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, que ocasionaron 15,2 millones de defunciones en 2016 y han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) causó tres millones de fallecimientos en 2016, mientras que el cáncer de pulmón, junto con los de tráquea y de bronquios, se llevó la vida de 1,7 millones de personas. La cifra de muertes por diabetes, que era inferior a un millón en 2000, alcanzó los 1,6 millones en 2016. Las muertes atribuibles a la demencia se duplicaron con creces entre 2000 y 2016, lo cual

hizo que esta enfermedad se convierta en la quinta causa de muerte en el mundo en 2016. Las infecciones de las vías respiratorias inferiores continúan siendo la enfermedad transmisible más letal; en 2016 causaron tres millones de defunciones en todo el mundo. La tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas, que se redujo casi un millón entre 2000 y 2016, fue de 1,4 millones de muertes en 2016. También ha disminuido el número de muertes por tuberculosis durante el mismo periodo, pero esta enfermedad continúa siendo una de las 10 principales causas de muerte, con 1,3 millones de fallecimientos. En cambio, la infección por el VIH/sida ya no figura entre las 10 primeras causas; si, en 2016, fallecieron 1,1 millones de personas por esta causa, en 2000 esta cifra se redujo hasta los 1,5 millones. Los accidentes de tránsito se cobraron 1,4 millones de vidas en 2016; alrededor de tres cuartas partes de las víctimas (el 74%) fueron varones. Datos estadísticos referidos en el informe de la OMS (2017).

Mortalidad por sexo y sobremortalidad masculina

En cuanto a la mortalidad específica por sexo, ocurrieron 433 muertes en el sexo masculino para una tasa de 9,9 por cada mil hombres contra 296 muertes en el sexo femenino para una tasa de 7 por cada mil mujeres. Apreciándose en el cuatrienio una sobremortalidad de 14 hombres fallecidos por cada 10 mujeres, siendo el año que mas sobremortalidad ocurrió el 2016 con 17 hombres fallecidos por cada 10 mujeres.

La mortalidad por sexo desde 1990 hasta 2016 también ha ido en incremento con tasas en 1990 de 7,0 y 5,6 por mil habitantes para el sexo masculino y femenino respectivamente a tasas de 9,3; 9,6 y 9,7 (sexo masculino) y de 7,9; 8,1 y 8,0 (sexo femenino) por mil habitantes de cada sexo en los años 2014, 2015 y 2016 respectivamente, según datos del Anuario Estadístico de Salud, DNE-MINSAP (2017).

Por grupos de edad y sexo la mortalidad en los años 2015 y 2016 en Cuba se caracterizó de la siguiente forma: en el sexo masculino en el 2015 los grupos de edad con más alta tasa de mortalidad fueron por encima de los 65 años el grupo de 85 años y más con tasa de 166,5 seguido en orden descendente del grupo de 80 a 84 años –tasa de 83,2-, 75 a 79 –tasa de 57,0- en los menores de 65 años los grupos en orden descendente fueron 60 a 64 y 55 a 59 años con tasas de 15,1 y 10,5 por mil habitantes. En el 2016 disminuyó la mortalidad en los mayores de 85 años –tasa de 164,0-; de 80 a 84 años –tasa de 84,7-; y de 75 a 79 años –tasa de 55,1-; existiendo un ligero incremento en los menores de 65 años con tasa de 14,7 y 10,9 en los grupos de 60 a 64 años y de 55 a 59 años respectivamente.

En el sexo femenino en el 2015 la mortalidad fue de 154,0; 64,5 y 41,1 en los grupos de mayores de 85 años, de 80 a 84 y 75 a 79 años respectivamente; en los grupos de 55 a 59 y 60 a 64 años se reportaron tasas de 6,0 y 9,6 fallecidas por mil habitantes. En el 2016 al igual que en el sexo masculino en las mujeres mayores de 85 años, de 80 a 84 y de 75 a 79 años la tasa de mortalidad disminuyó a 144,5; 65,6 y 39,0 respectivamente; y en los grupos de 55 a 59 y de 60 a 64 años fue de 6,3 y 9,3. (Anuario Estadístico de Salud, DNE-MINSAP, 2017).

Por su parte en el informe FLACSO (2015) se describe en el contexto de una mortalidad femenina menor que la masculina, el mayor aumento de la diferencia se produjo en las edades productivas: a principios de los cincuenta la mortalidad de hombres y mujeres en edades de 20 a 59 años era bastante similar, mientras a fines de los ochenta la

mortalidad masculina era mucho mayor que la femenina (las muertes de los hombres eran el 67% del total de decesos en ese tramo etario).Las principales causas de muerte de la población mexicana en la segunda mitad de los años ochenta están referidas a las enfermedades sufridas por las personas adultas y mayores (afecciones del corazón, accidentes y cáncer), aunque también muestran importancia las que padecen los menores (infecciones intestinales y respiratorias).

Mortalidad por grupos de edad y años de vida potencialmente perdidos

Por grupos de edad, la mortalidad específica se apreció que ocurrieron en el período 2 muertes en el menor de un año para una mortalidad infantil de 2,4 por cada mil nacidos vivos. Ocurrieron 159 muertes prematuras en este cuatrienio 2 en el menor de un año, 95 entre los 25 y 59 años de edad (tasa de 1,7 por cada mil habitantes de este grupo) y 62 fallecidos en el grupo de 60 a 64 años (tasa de 12,5 por cada mil habitantes de este grupo). En cuanto a los años de vida potencialmente perdidos (AVPP), se pudo apreciar que se han perdido en el período un total de 360 años de vida, con una tendencia ascendente, esto se relaciona con la mortalidad prematura antes analizada; perdiéndose 4,2 años de vida por cada mil habitantes de esta área de salud.

Los resultados mostrados en las estadísticas referentes a la mortalidad se reflejan en un ascenso de la tasa de AVPP prematura para Cuba y la casi totalidad de sus provincias en ambos sexos dentro del período 1995-2016, (10 el mismo comportamiento mostraron los AVPP/Discapacidad (AVPP/D), lo que hace cierto una disminución de la edad en la que ocurren las defunciones. De igual modo se comportan las tasas de AVPP por morbilidad y los años de vida ajustados por discapacidad (AVA/D) para Cuba, en hombres y mujeres, o sea, que la evolución de esta localización del cáncer es desfavorable tanto en términos de mortalidad como de morbilidad, demostrado en el incremento del número de años de vida saludable que se pierden por su causa, DNE-MINSAP (2017).

Riesgo de morir por Consejos Populares

En cuanto a la distribución de la mortalidad por consejos populares, ocurrieron el mayor número de fallecimientos en el Consejo Popular 3 (Delicias) con 376 fallecidos y tasa de 8,9 muertes por cada mil habitantes, seguido del consejo Popular 12 (San Manuel) con 226 fallecidos y tasa de 8,2 por cada mil habitantes y en el Consejo Popular 10 (Santa María), ocurrieron 127 muertes para una tasa de 7,8 por cada mil habitantes. Según la estratificación del riesgo de morir, fue la población del Consejo Popular 3 la de mayor riesgo, seguida del Consejo Popular 12 (moderado riesgo) y del Consejo Popular 10 (bajo riesgo).

Los estudios realizados en España de Domínguez (2014) y Miqueleiz (2016) han utilizado áreas administrativas. El uso de este tipo de áreas puede plantear problemas relacionados con los límites entre ellas (lo que en inglés se conoce como Modifiable area unit problem) y el tamaño. Los límites pueden no ser relevantes en la vida diaria de los residentes en las áreas. Como alternativa, algunos estudios internacionales han usado diferentes metodologías para crear o definir áreas que puedan ser de interés.

Resulta importante continuar analizando si la influencia de las áreas en la salud varía no sólo en el conjunto de la población, sino en los diferentes grupos demográficos y

sociales como la infancia, las personas de edad avanzada, las minorías étnicas, según refirieron Izco, y col (2013).

CONCLUSIONES

En el área de salud de Delicias en el cuatrienio 2015-2018 la tendencia de la mortalidad se ha mantenido ligeramente estable, el año que más fallecimientos ocurrieron fue el 2017. En cuanto a las causas de muerte se apreció que las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar, seguida de los tumores malignos. Las otras dos causas que más aportan fallecidos son las enfermedades cerebro vasculares y el suicidio. En este período las enfermedades más letales fueron los tumores malignos, el suicidio y las enfermedades cerebro vasculares. Ocurrieron más muertes en el sexo masculino que en el femenino, con una tendencia marcada al incremento de la sobremortalidad masculina. A pesar de que se mantiene el exceso de la mortalidad sobre la sexta década de la vida, se perdieron años de vida en la población por muertes prematuras y evitables, alrededor de una sexta parte de las muertes ocurrieron antes de los 60 años. La población residente en el Consejo popular 3 fue la de mayor riesgo de morir, seguida de la del Consejo popular 12 con un moderado riesgo y la del Consejo popular 10 con un bajo riesgo de morir.

REFERENCIAS

Charmie J (2015). A los 70 años de la ONU: megaciudades, mortalidad y migraciones. OMS, Ginebra. Recuperado de: http://www.ipsnoticias.net/2015/03/a-los-70-anos-de-la-onu-megaciudades-mortalidad-y-migraciones/

DNE-MINSAP (2017). Anuario estadístico de salud 2016. MINSAP. La Habana, Cuba. Recuperado de: www.sld.cu/sitios/dne/anuario/2016.pdf

Domínguez, MF., Rodríguez, M., Marí-Dell'Olmo, M., Esnaola, S., Prieto, MD., Duque, I. (2014). Uso de indicadores socioeconómicos del área de residencia en la investigación epidemiológica: experiencia en España y oportunidades de avance. *Gac Sanit; 28*(5): 418-425. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000-500016-&lng=es

FLACSO (2015). Mortalidad y sus causas. FLACSO, México DF. Recuperado de: http://www3.eurosur.org/FLACSO/mujeres/mexico/salu-3.htm

Izco, N., Etxeberria, J., Delfrade, J., Floristán, Y., Moreno, C. (2013). Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en Pamplona y Logroño en el periodo 1996-2007. *Anales Sis San Navarra; 36*(2): 229-240. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000200006&lng=es

Miqueleiz, E., Lostao, L., Reques, L., Giráldez, C., Regidor, E. (2016). Desigualdades en mortalidad prematura según indicadores de bienestar material en Navarra: estudio poblacional de seguimiento 2001-2008. *Anales Sis San Navarra ; 39*(1):59-68. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script-=sci_arttext&pid=S1137-66272016000100007&lng=es.

Núñez, G. (2013). Determinantes Contextuales de la Mortalidad en México. CCHS México. Recuperado de: http://sociales.cchs.csic.es/jperez/PDFs/2013GerardoNunez.pdf

OMS (2015). Estadísticas de causas de muerte en el mundo. OMS, Ginebra. Recuperado de: http://www.who.int/features/qa/18/es/index.html

OMS (2017). Las 10 principales causas de defunción. Boletín de la OMS. Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

OMS (2017). Mortalidad, conceptos básicos. Boletín de la OMS. Ginebra, Suiza. Recuperado de: https://www.who.int/topics/mortality/es/

Preston, SH. (2013). "Demographic Change in the United States, 1970 - 2050" en Manton, K.G., Singer, B.H., y Suzman, R.M. Forecasting the health of elderly populations. New York: Springer-Verlag.

Tangcharoensathien, V., Faramnuayphol, P., Teokul, W., Bundhamcharoen, K., Wibulpholprasert, S. (2016). Evaluación crítica de las estadísticas de mortalidad en Tailandia: posibilidades de mejora. *Boletín de la OMS; 84* (3). Recuperado de: https://www.who.int/bulletin/volumes/84/3/tangcharoensathien0306abstract/es/

TUMOR DE INTESTINO DELGADO COMPLICADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

SMALL INTESTINE TUMOR COMPLICATED. PRESENTATION OF A CASE

Orlando Escobar Zaldívar caescobar@ltu.sld.cu

Alejandro Ramírez Batista aramirez@ltu.sld.cu

Luis Alberto Escalona Peña luisi8902@ltu.sld.cu

RESUMEN

Los tumores de intestino delgado son poco frecuentes (3 a 5% de los tumores digestivos). Pueden ocurrir en forma esporádica o en asociación con enfermedades genéticas como la poliposis adenomatosa familiar o el síndrome de Peutz Jeghers. Aunque comprenden menos de 1 % de los tumores gastrointestinales, los tumores de estroma gastrointestinal son los tumores mesenquimatosos más comunes del aparato digestivo. El tumor de estroma gastrointestinal puede producirse en cualquier punto del tracto gastrointestinal desde el esófago hasta el ano. Se presenta un caso de una paciente de 71 años que fue intervenida de urgencia al presentar una peritonitis secundaria a un tumor de yeyuno perforado. Su evolución fue buena.

PALABRAS CLAVES: Intestino delgado, tumor complicado, peritonitis secundaria.

ABSTRACT

Small intestine tumors are rare (3 to 5% of digestive tumors). They can occur sporadically or in association with genetic diseases such as familial adenomatous polyposis or Peutz Jeghers syndrome. Although they comprise less than 1% of all gastrointestinal tumors, gastrointestinal stromal tumors are the most common mesenchymal tumors of the digestive system. Gastrointestinal stromal tumor can occur anywhere in the gastrointestinal tract from the esophagus to the anus. We present a case of a 71-year-old patient who underwent emergency surgery due to secondary peritonitis to a perforated jejunum tumor. His evolution was good.

KEY WORDS: Small intestine, tumors complicated, secondary peritonitis.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de intestino delgado son poco frecuentes. Galindo y Lensinas (2009), señalan que estos solo representan del 3 al 5% de los tumores digestivos y que pueden ocurrir de forma esporádica o en asociación con enfermedades genéticas como la poliposis adenomatosa familiar (síndrome de Peutz Jeghers) o asociarse con enfermedades inflamatorias intestinales crónicas como la enfermedad de Crohn y la enfermedad celíaca.

En un estudio reciente, Pellisé y Castells (2018) exponen que su incidencia es similar en varones y mujeres, y pueden diagnosticarse a cualquier edad, aunque es más frecuente en edades avanzadas.

López, Jiménez, Ramírez, Leonher, Fuentes, Schadegg. (2014), refieren que, desde el punto de vista anatómico, de 40 a 45% tiene una distribución similar en duodeno o en el yeyuno. Aclaran que la mayor parte de las lesiones (55-60%) afectan al íleon y que existen más de 35 variedades histológicas las que se clasifican de acuerdo con el tipo

de células que le dan origen: 74% son benignas y 25% son malignas. “ Los tumores de intestino delgado suelen ser asintomáticos y su diagnóstico se realiza, en la mayoría de las ocasiones, de forma accidental en el curso de una laparotomía o de un estudio necrósico” (Galindo, y Lensinas, 2009).

También en ocasiones el diagnostico está asociado a un síndrome de obstrucción intestinal, hemorragia o perforación. Algunos autores como: Sandoval, Lúquez, Marulanda, Otero y Regino (2017), coinciden en señalar, que el diagnóstico suele realizarse en un estadio avanzado, cuando las expectativas terapéuticas son más limitadas y el pronóstico más incierto. Es por ello que su resección deberá siempre respetar los principios oncológicos, particularmente los márgenes, para dejar los bordes libres y evitar recidivas tumorales.

Actualmente estos tumores han generado interés, ya que en cerca del 90% de los casos que se reportan, existen dificultades reales para realizar el diagnóstico preoperatorio oportuno debido a lo inespecífico de los síntomas y signos clínicos, así como la baja especificidad de los exámenes para el estudio del intestino medio.

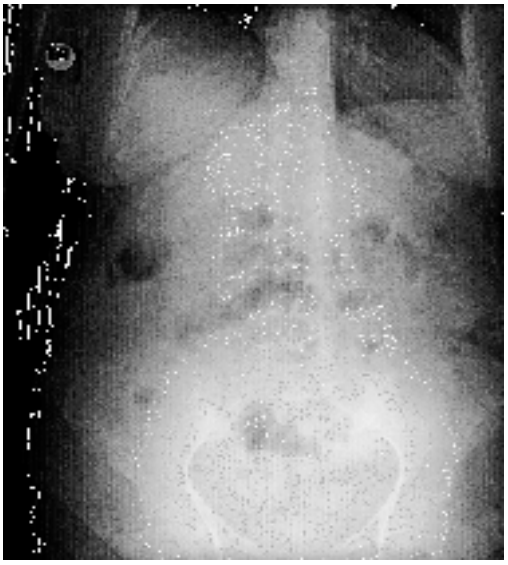
Por lo infrecuentes que resultan los tumores de intestino delgado y la dificultad que plantea su diagnóstico preoperatorio. Por tratarse de un caso complicado en el curso de una tumoración benigna, y por haber tenido una evolución favorable, en buena parte gracias a sospechar oportunamente la existencia de un cuadro obstructivo con complicaciones asociadas, decidimos presentar un caso de una paciente de 71 años que fue intervenida de urgencia al presentar una peritonitis secundaria a un tumor de asas de yeyuno perforado.

Presentación del caso clínico

Paciente femenina de 71 años de edad que acude a consulta de urgencias pues desde aproximadamente 24 horas antes comenzó a presentar dolor abdominal de aparición brusca, de localización periumbilical, que se fue intensificando desde su aparición, a tipo cólico, que no se le alivia, que le provoca pérdida de apetito, distensión abdominal, diuresis escasa, deposiciones liquidas sin sangre. Al examen físico, se encuentra abdomen muy doloroso con reacción peritoneal, FC: 88xmin, FR: 19xmin, TA: 140/60 mmHg.

Se realizan exámenes complementarios: Htto: 0,38, Leucograma: 15,9x10^9/l, P: 086, L014. Eco abdominal: sin alteraciones. Rx Abdomen simple AP de pie: no se observa neumoperitoneo. (fig. 1A)

Se decide intervención quirúrgica con el diagnóstico de apendicitis aguda complicada. Se realiza laparotomía y se encuentra: pus libre en cavidad peritoneal y tumor de yeyuno alto perforado. (fig.1 B) Se realiza resección con márgenes oncológicos, omentectomía, anastomosis término terminal, lavado amplio de la cavidad y se deja drenaje en el fondo de saco de Douglas. Su evolución fue favorable. El diagnóstico anatomopatológico (Biop-1320/2018) fue Leiomioma de yeyuno con bordes libre de tumor y peritonitis aguda.



A



B

Fig. 1-Obstruccion intestinal aguda con perforacion, secundaria a Leimioma del yeyuno. A) Rayos X de abdomen simple AP de pie, donde no se observa el neumoperitoneo. B) Laparomia exploradora que puso de manifiesto la exitencia de una tumoracion de aspecto maligno en el yeyuno, pero que sus caracteristicas histológicas se correspondian con un leiomioma de intestino delgado con perforación, porción superior de asas del yeyuno.

Discusión del caso clínico

Al comparar los Leiomiomas (que representaban la tercera parte de los tumores benignos del intestino delgado), con un pico de incidencia en individuos de 50 a 60 años, Faria y Watanabe, (2015), obtuvieron un mejor conocimiento de la génesis de estos tumores Estos autores instituyen que la mayoría eran tumores estromales llamados GIST y que los verdaderos Leiomiomas eran alrededor del 10%. En el caso que presentamos la paciente rebasa la edad de presentación más frecuente y se trata de un Leiomioma verdadero lo que lo hace más exclusivo.

“El yeyuno es la localización más frecuente para los Leiomiomas, seguida por el íleon y el duodeno. Estos tumores se desarrollan a expensas de la capa muscular y llegan a ulcerarse con bastante frecuencia dando lugar a hemorragias”. (Galindo, y Lensinas, 2009).

También pueden dar lugar a un cuadro oclusivo por crecimiento intraluminal o por invaginación. Frecuentemente tienen un gran desarrollo extramural siendo responsable de vólvulos del intestino delgado. En nuestra paciente, el tumor estaba ubicado en el tercio superior del yeyuno, presentó un cuadro obstructivo por su crecimiento intraluminal y a la vez el tumor presentó un desarrollo extramural considerable, responsable de la perdida de vascularidad de la pared y su perforación.

Velázquez, Jiménez, Duvergel (2016) puntualizan que es difícil para el examen macroscópico y aun para el microscópico, la diferenciación entre Leiomiomas benigno y maligno en los casos limite. La mayoría de los Leiomiomas son asintomáticos y son

hallazgos incidentales de autopsias. Como son tumores muy vascularizados y ulcerados, el sangrado gastrointestinal es la forma más frecuente de presentación (65%), particularmente en el duodeno. Según Sánchez, Cerino, Medina (2012); Martínez y col (2016), este tumor puede manifestarse como hemorragia digestiva severa o en forma de anemia por sangrado oculto. En el caso que exponemos la forma de presentación transcurrió de forma asintomática y no produjo sangramientos digestivos previos al cuadro abdominal agudo.

Martínez y col (2016), aseguran además que la obstrucción por crecimiento intraluminal y compresión o intususcepción es la segunda forma de presentación con el 25%. Y que ocasionalmente estos tumores pueden tener un tamaño muy grande y constituir masas palpables. Señalan que el diagnóstico preoperatorio de los Leiomiomas es muy difícil, por su baja frecuencia y por la falta de signos patognomónicos.

Para Facundo Navia, H., Manrique, A. (2017), el diagnóstico preciso, requiere de técnicas de inmunohistoquímica. Nuestra paciente fue intervenida quirúrgicamente con el diagnostico presuntivo de oclusión intestinal, lo cual se corroboró y se comprobó que la causa obstructiva se debió al crecimiento intraluminal. Nos llama la atención el gran desarrollo extramural responsable de la perforación, sin que se recoja el antecedente de masa tumoral palpable, en el momento de examinar a la paciente. Pensamos que no nos fue posible detectar esta tumoración mediante el examen físico, por la gran distensión abdominal producida por la peritonitis secundaria Fig. 1 B. Tampoco pudimos constatar la existencia de perforación del tubo digestivo al no visualizarse en el Rx de abdomen simple de pie, la existencia de neumoperitoneo Fig.1 A

“Los Leiomiomas, se originan de la muscularis de la lámina propia, ellos se presentan como una masa solitaria y predominantemente se desarrollan en la submucosa del yeyuno”. (Velázquez, 2016).

La razón de la baja incidencia de los tumores de intestino delgado en comparación con otros órganos digestivos, como el colon, permanece incierta. La resección segmentaria del intestino delgado es suficiente en el caso de tumor benigno. Es necesario asegurarse el diagnóstico observando la pieza por fuera y por dentro y dar intervención al patólogo. Los tumores malignos deben ser siempre resecados con suficiente margen (>6cm.) proximal y distal.

Los tumores de duodeno requieren de una duodenopancreatectomía cefálica. Galindo, y col (2009) explican que el diagnóstico es posible hacerlo macroscópicamente lo que se completa con el examen de la pieza abierta y la colaboración del patólogo. Para Fernández, Anido, y Pereira (2016), la resección en yeyuno-íleon se hace en forma de triángulo, siendo la base el intestino y el vértice la arteria mesentérica superior, con lo que se trata de resecar los ganglios del mesenterio.

A veces se efectuara una resección algo más extensa para lograr el objetivo de resecar los ganglios del mesenterio. Sandoval, Lúquez, Marulanda y Otero (2017) sugieren que cuando hay ganglios alejados como en la raíz de la mesentérica, la resección será paliativa por la posibilidad de dejar sin irrigación un órgano vital.

Por su parte López (2014) aclaran que cuando el tumor está localizado en íleon terminal y es resecable debe efectuarse una íleo-Colectomía derecha). En los casos en donde se duda el diagnóstico es conveniente proceder como si fuera maligno.

Los tumores deben resecarse en lo posible, aun a título paliativo, para posibilitar el tránsito y prevenir complicaciones como hemorragia y perforación.

Galindo y Lensinas (2009) sugieren que la operación de bypass para sortear la zona afectada es siempre una segunda opción y la reconstrucción del tránsito debe adecuarse a la anatomía. Aclaran que las anastomosis T-T son funcionalmente las mejores pero frecuentemente no pueden efectuarse por incongruencia de los cabos por lo que las opciones T-L o L-L deben ser tenidas en cuenta como más adecuadas y seguras. En caso de que el tumor no sea resecable las operaciones de bypass para posibilitar el tránsito intestinal serán las más aconsejadas.

En el caso que presentamos se tuvieron en cuenta todas recomendaciones anteriores, el estado general de la paciente, el hecho de tratarse de una intervención quirúrgica de urgencia por un cuadro obstructivo complicado con perforación y peritonitis, así como la imposibilidad de obtener un diagnostico anatomo- patológico durante la operación. Fue por esta razón se procedió a practicar una recepción amplia de las asas de yeyuno comprometidas, con margen oncológico adecuado y anastomosis T_T en dos planos, además se hizo Omentectomía y lavado peritoneal con estudio citológico.

El diagnóstico anatomopatológico (Biop-1320/2018) fue Leiomioma de yeyuno con bordes libres de tumor y Peritonitis aguda, lo que confirmó, lo acertado de nuestra conducta y la ausencia de necesidad de un nuevo tratamiento quirúrgico. La evolución de nuestra paciente ha sido excelente hasta el momento.

REFERENCIAS

Facundo, H., Manrique, A. (2017). Linfoma primario del intestino delgado: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Gastroenterología, 32*(1), 65–71. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123009157&lang=es&site=ehost-live

Faria, P y Watanabe, H.K. (2015). Adenocarcinoma de intestino Delgado. *Braz J Surg Clin Res*, *12*(4), 27–9. Recuperado de**:** http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=118138087&lang=es&site=ehost-live

Fernández, E., Anido, V. y Pereira, J.G. (2016). Tumor extrínseco del estroma del intestino delgado. Presentación de caso. *Rev Hab Cienc Med, 15*(4), 563-72. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n4/rhcm08416.pdf

Galindo, F. y Lensinas, S. (2009). Tumores del intestino delgado. *En: Cirugía digestiva, (pp.1-17).* Recuperado de: http://www.sacd.org.ar/dsesentayuno.pdf

López, J., Jiménez, J.A., Ramírez, L.R., Leonher, K.L., Fuentes, C., Schadegg, D. (2014). Trece años de experiencia en manejo de tumores del intestino delgado. *Rev Latinoam Cir, 4*(1), 32-3. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/felac/fl-2014/fl141g.pdf

Martínez, N., Ruiz, M., González, F.M., Sánchez, A., Fernández, A.J., Ródenas, F.J., (2016). Tumores mesenquimales de intestino delgado: descripción de dos casos inusuales. *Rev Esp Enf Dig*, *108*(7), 432-433. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v108n7/es_imagenes2.pdf

Pellisé, M., Castells, A. (2018). *Tumores de intestino delgado.* Recuperado de:: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/30_Tumores_del_intestino_delgado.pdf

Sánchez, A., Cerino, V., Medina, H. (2012). Tumores de intestino delgado: experiencia en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición ‘‘Salvador Zubirán’’. *Rev Gast Mex, 77*(4), 181-5. Recuperado de: http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-S0375090612001140

Sandoval, C., Lúquez, A., Marulanda, H., Otero, W. (2017). Sangrado del intestino delgado: enfoque y tratamiento. *Rev Colomb Gastroent, 32(*3), 245–57. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=129380798&lang=es&site=ehost-live

Velázquez, R.N., Jiménez, J., Duvergel, N. (2016). Tumor carcinoide en intestino delgado. Presentación de un caso*. Revista Información Científica*, *95*(1), 154–61. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=125838110&lang=es&site=ehost-live

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS CON APENDICITIS AGUDA

CHARACTERIZATION OF THE PEDIATRIC PATIENTS WITH ACUTE APPENDICITIS

Orlando Escobar Zaldívar Caescobar@ltu.sld.cu

Alejandro Ramírez Batista aramirez@ltu.sld.cu

Luis Alberto Escalona Peña Luisi8902@ltu.sld.cu

RESUMEN

La apendicitis sigue constituyendo un importante misterio para los cirujanos. Esta inflamación del apéndice obliga a operar nada menos que a 250 000 estadounidenses cada año, y sigue representando el motivo de cirugía urgente más habitual en los hospitales de todo el mundo. Caracterizar los pacientes en edad pediátrica atendidos con el diagnóstico de Apendicitis aguda en el servicio de Cirugía General del Hospital “Guillermo Domínguez López” en el período comprendido desde el 1 de enero del año 2014 al 31 de diciembre del año 2015. Se realizó un estudio descriptivo en los pacientes pediátricos ingresados con el diagnóstico de Apendicitis Aguda, en el referido hospital y periodo de tiempo. Se tomó como población de estudio a la totalidad de los pacientes (82), con el propósito de caracterizar la enfermedad teniendo en cuenta la edad, sexo, síntomas clínicos, estadio anatomo-patológico, complicaciones y duración de la terapéutica antibiótica utilizada. Predominó el grupo de edad de 10-14 años y el sexo femenino; Los síntomas clínicos predominantes fueron el dolor abdominal, náuseas y vómitos. La complicación más frecuente fue el seroma de la herida quirúrgica. En el estudio anatomo-patológico predominó la forma supurada y el mayor número de pacientes (45.12) recibió dosis única como profilaxis antibiótica. Conclusiones: se describieron los resultados del estudio realizado durante 2 años en los niños con Apendicitis aguda objeto de la presente investigación.

PALABRAS CLAVES: edad pediátrica, apendicitis aguda, apendicectomía.

ABSTRACT

The appendicitis continues constituting an important mystery for the surgeons. This inflammation of the appendix forces to produce nothing less that 250 000 Americans every year, and it continues representing the motive of the most habitual urgent surgery in the hospitals of the whole world. The patients Characterize in paediatric age attended with the diagnosis of acute appendicitis in the service of General Surgery of the Hospital "Guillermo Dominguez Lopez" in the period understood from January 1, 2014 to December 31, 2015. Methods: a descriptive study was realized in the paediatric patients deposited with the diagnosis of Acute Appendicitis, in the above-mentioned hospital and period of time. She took as a population of study to the totality of the patients (82), with the intention of characterizing the disease bearing in mind the age, sex, clinical symptoms, anatomo-pathological stadium, complications and duration of the antibiotic used therapeutics.

KEY WORDS: pediatric age, acute appendicitis, apendicectomía.

INTRODUCCIÓN

El apéndice en el humano se creía un órgano en desaparición y sin ninguna función, en la actualidad no se considera así. Desde el punto de vista anatómico se origina como una prolongación en el fondo del ciego, donde se unen las tres ténias del colon; a unos 2 o 3 cm de la válvula ileocecal.

Peter, Holcomb y Murphy (2010), narran, como en 1886 en la primera reunión de la Asociación de Médicos Americanos celebrada en Washington, D.C., el Doctor Reginald H. Fitz, profesor de anatomía patológica de la Universidad de Harvard, presentó su clásico trabajo *La úlcera perforante del apéndice vermicular*, en este describió las características clínicas de esta enfermedad e identificó el apéndice como el causante de buena parte de la patología inflamatoria del cuadrante inferior derecho del abdomen y coincidió en recomendar su rápida extirpación.

En los años siguientes, según Schwartz, S (2011), Thomas Morton, de Philadelphia, diagnosticó y trató quirúrgicamente con éxito un caso de apendicitis aguda. Luego, apoyado en los conceptos de Fitz, en 1888 Charles McBurney, de Nueva York, realizó su primera apendicectomía por apendicitis aguda no perforada, experiencia que fue publicada al año siguiente, en un trabajo que describe la incisión que lleva su nombre y el punto de mayor sensibilidad dolorosa.

Schwartz (2011) refiere que la inflamación del apéndice obliga a operar nada menos que a 250.000 estadounidenses cada año, y sigue representando el motivo de cirugía urgente más habitual en los hospitales de todo el mundo. Según este autor la apendicitis aguda es el cuadro quirúrgico de urgencia abdominal más frecuente y es la causa principal del abdomen agudo quirúrgico. También es a su vez una de las entidades clínicas mejor reconocidas, pero una de las que mayores problemas diagnósticos pueden suponer para el clínico, constituyendo un desafío único y a veces frustrante. García y Hernández (2013), señalan que del 7 al 12% de la población general, padece apendicitis aguda en algún momento de su vida.

Varios autores Schwartz (2011); González., López, Quintero, Cortiza, Fonseca, y Ponce (2013), aseguran además que las posibilidades de presentar una apendicitis aguda durante toda la vida son de 8,6% para el sexo masculino y de 6,7% para el femenino, con mayor incidencia entre la segunda y tercera décadas de la vida y es rara su presentación en lactantes y ancianos. La apendicitis aguda representa la primera causa de abdomen agudo quirúrgico en la actualidad, constituyendo el 40% de las urgencias no traumáticas en nuestros hospitales. Con un amplio predominio para el sexo masculino, señalándose que una de cada 15 personas padecerán esta enfermedad en algún momento de sus vidas.

Durante décadas la apendicitis aguda ha sido la afección quirúrgica abdominal aguda más frecuente en el cuerpo de guardia de nuestra institución. A pesar del desarrollo alcanzado en los medios diagnósticos, es aun en las edades más tempranas de la vida, un reto para los cirujanos más experimentados que deberán demostrar toda su pericia para alcanzar un diagnóstico certero. Teniendo en cuenta lo frecuente de esta entidad, y la alta morbilidad que representa, nos motivamos a realizar esta investigación y analizar cual han sido la evolución de los pacientes operados en nuestra localidad.

Evaluación del comportamiento de la apendicitis aguda en el niño según diferentes variables

El presente es un estudio descriptivo realizado en el Servicio de Cirugía General del Hospital "Guillermo Domínguez López" en el período comprendido desde el 1 de enero del año 2014 al 31 de diciembre del año 2015, Con el Objetivo de caracterizar los pacientes pediátricos ingresados con el diagnóstico de Apendicitis Aguda, en el referido hospital y periodo de tiempo. La población de estudio estuvo constituida por el total de los pacientes (82). Se tomaron como referencias estudios de varios autores, Bueno Rodríguez, J.C., Hernández Moore, E., Castelló González, M., Aguilar Atanay, D. (2014) y Domínguez González, E.J., Oliu Lambert, H., De la Cruz Castillo, N. (2015). En el caso nuestro decidimos evaluar las variables edad, sexo, síntomas clínicos, estadio anatomo-patológico, complicaciones y duración de la terapéutica antibiótica utilizada.

Distribución de pacientes según grupo de edad y sexo.

Edad	Femeninos.	Masculinos	Total
1-4 años	**3**	**0**	**3**
5-9 años	**12**	**8**	**20**
10-14 años	**24**	**7**	**31**
15-17 años	**16**	**12**	**28**
TOTAL	**55**	**27**	**82**

En el estudio predominó el sexo femenino con 55 pacientes, así como el grupo de 10 a 14 años de edad con 31 pacientes. En la mayoría de la literatura consultada Schwartz, S. (2011); García, Hernández. (2013); González y col (2013) informan, que esta entidad es más frecuente en el sexo masculino con relación de 3-1. No fue así en nuestro estudio, donde predomino el sexo femenino.

Según, Schwartz, (2011); García y Hernández (2013); González. y col (2013), la apendicitis aguda es una enfermedad poco frecuente en menores de 7 años y alcanza su mayor frecuencia en personas entre los 11 y los 25 años, correspondiendo con la edad en que aumentan la cantidad de folículos linfoides en el apéndice. Estos autores señalan que menos del 2% de las apendicitis pediátricas se presentan en lactantes y es extremadamente rara en neonatos, siendo la hiperplasia linfoide la causa más común de la enfermedad en la edad pediátrica. Señalan además que aunque esta afección se puede presentar a cualquier edad, es principalmente por encima del primer año, cuando generalmente aparece, con un máximo de frecuencia alrededor de los 11 años, coincidiendo con nuestro estudio.

Para autores como León, Palacios, Lezama, Herrera y Echávez (2014) menos del 2% del total de niños con apendicitis aguda son menores de 2 años, y solo el 0.4% de los niños son menores de 1 año de edad. La posible causa de esta baja incidencia en los niños menores de cuatro años se debe a la base ancha y a la forma cónica del apéndice, también esto coincide con nuestro estudio donde fue baja la incidencia en estas edades.

Distribución de pacientes según Síntomas clínicos.

Síntomas clínicos	No.	%
Dolor abdominal	**82**	**100.00**
Náuseas o vómitos	**65**	**79.27**
Fiebre	**55**	**67.07**
Anorexia	**51**	**62.20**
Diarreas	**38**	**46.34**
Constipación	**14**	**17.07**

En relación a la sintomatología presentada, los síntomas clínicos más frecuentes encontrados al interrogatorio fueron el dolor abdominal y los vómitos (100 y 79.27% respectivamente). Schwartz (2011); García y Hernández (2013); León y col (2014) nos advierten que los vómitos y la irritabilidad por dolor son síntomas comunes a muchas otras causas de abdomen agudo pediátrico, como infecciones enterales y respiratorias, urosepsis e invaginación. Por su parte Bueno y col (2013, 2014) reconocen la fiebre, el dolor a la palpación en fosa iliaca derecha y la contractura abdominal.

Síntomas y signos más frecuentes encontrados al examen físico

Pienso que aunque el dolor abdominal como síntoma y signo y los vómitos marcan el diagnóstico de la enfermedad, González, Álvarez, Ruiz, Orbe, Delgado y Ares (2016); Sardiñas, Hernández, Pinza (2015), no debemos pasar por alto algunos otros como son: las diarreas, los signos de deshidratación, la polipnea o irritabilidad, que pueden ser “auras” apendiculares.

Estos resultados se asemejan con los reportes publicados nacionalmente Quesada, Ival, González (2015) e internacionalmente García, Hernández (2013), pero no concuerdan con nuestro estudio, lo que hace el diagnóstico más complejo en nuestro medio y apela constantemente a la pericia de nuestros cirujanos.

Distribución de pacientes según estadio anatomo-patológico.

Estadio patológico	No.	%
Supurada	**31**	**37.80**
Flegmonosa	**20**	**24.39**
Catarral	**17**	**20.73**
Gangrenada	**9**	**10.98**
Perforada	**5**	**7.43**
TOTAL	**82**	**100.0**

Estudios actuales García y Hernández (2013); Casado, Peña, Reyna, Méndez, Remón, Méndez (2016), realizan la clasificación en complicadas y no complicadas teniendo en cuenta si el apéndice esta perforado o no y plantean un 39% de perforación. En nuestro estudio el estadio anatomo-patológico que predominó fue la fase supurada en un 37.80% de los pacientes. Pensamos que este resultado está en relación a la evolución rápida de la enfermedad en los niños.

Distribución de pacientes según complicaciones.

Complicaciones	No.	%
Seroma de la herida quirúrgica	7	8.54
Celulitis de la herida quirúrgica	5	6.10
Dehiscencia de la herida quirúrgica	3	3.66
Hematoma de la herida quirúrgica	2	2.44
TOTAL	**17**	**20.73**

Fuente: historias clínicas

Múltiples son las complicaciones que pueden aparecer en los pacientes intervenidos quirúrgicamente, pero todos González y col (2013, 2016); León y col (2014); Bueno y col (2013); Casado y col (2016) coinciden que al igual que en nuestro trabajo.

> (…) La más frecuente de las complicaciones es la infección de la herida. Esta complicación es causa de aproximadamente un cuarto de las complicaciones postoperatorias. Tiene por lo tanto una importancia trascendente y su diagnóstico y tratamiento oportuno es objeto de constante análisis (Casado, 2016, p.21).

En nuestro estudio las complicaciones quirúrgica aparecidas estuvieron en relación con la herida quirúrgica, donde la infección del sitio quirúrgico alcanzó la mayoría, incidiendo con mayor frecuencia el seroma de la herida quirúrgica, en el 8.54% de los casos.

Distribución de pacientes según duración de la terapéutica antibiótica.

Duración del tratamiento	No.	%
Dosis única	37	45.12
24-48 horas	31	37.80
Más 72 horas	14	17.08
Total	82	100.0

En la década de los 60 se introdujo el concepto de profilaxis perioperatoria, revolucionando los criterios de tratamientos antimicrobiano existentes hasta el momento. Para autores como González y col (2013, 2016); Sardiñas y col (2015) este método permite reducir los fenómenos de sepsis perioperatoria y de alto costo hospitalario, y logra por ende una mayor calidad en la atención al paciente. Está fuera de toda duda que la quimioprofilaxis en cirugía en general reduce las cifras de infección postoperatoria, sobre todo la de la herida quirúrgica. A lo largo de los años ochenta se perfiló mediante diferentes ensayos clínicos que se alcanzaba la misma eficacia con una duración sensiblemente menor a la clásicamente administrada (no más de un día), y que debía administrarse cuando la contaminación se producía en el momento de la intervención quirúrgica.

González y col (2016); Quesada y col (2015) recomiendan que la administración del antibiótico debe hacerse en el preoperatorio inmediato, 30 minutos o una hora antes del acto quirúrgico y en caso de urgencia inmediata puede realizarse durante la inducción anestésica. Si la operación se prolonga por más de una hora, es conveniente repetir la dosis inicial para mantener buenos niveles del antibiótico en sangre y tejidos durante el período de riesgo.

Según Casado y col (2016); González y col (2016); Domínguez y col (2015) en la apendicectomía, el estadio patológico del apéndice, es el principal aspecto determinante de la infección de la herida, y es 5 ó 6 veces mayor su incidencia en las gangrenosas y perforadas que en aquellos estadios más iniciales. Como su estadio es difícil de determinar antes de la operación, se debe indicar antibióticos a todos los casos y la mayoría de los autores recomiendan antibióticos que actúan contra bacilos gramnegativos aerobios y anaerobios, generalmente en dosis única, además recomiendan prolongar su uso en dependencia de lo encontrado, ya sea peritonitis local o generalizada, con formación de abscesos o perforación del órgano o sin ellos.

En nuestro estudio predomino la dosis única antibiótica, como profilaxis perioperatoria en el 45.12%, siendo esta duración de la terapéutica antibiótica la más frecuentemente utilizada, ajustándose nuestros cirujanos a los criterios más actualizados sobre el tema.

CONCLUSIONES

En el estudio predominó el sexo femenino y los pacientes del grupo de edad de 10-14 años. Los síntomas clínicos predominantes fueron el dolor abdominal, náuseas y vómitos. Predominó la forma supurada en el estudio anatomo-patológico siendo la complicación más frecuente el seroma de la herida quirúrgica y en la mayoría de los pacientes se usó dosis única como terapéutica antibiótica profiláctica.

REFERENCIAS

Bueno, J.C., Castelló, M., Aguilar, D., Hernández, E. (2013*).*Uso secuencial de los antimicrobianos en los niños con apendicitis aguda complicada: estado de la cuestión*. Rev AMC, 17*(6). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000600014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Bueno, J.C., Hernández, E., Castelló, M., Aguilar, D. (2014). Resultados del tratamiento antimicrobiano secuencial en los niños con apendicitis aguda complicada. *Rev AMC, 18*(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Casado, PR., Peña Y., Reyna, M.M., Méndez H.A., Remón, M., Méndez, O. (2016). Evaluación de la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria y secundaria. *Rev AMC, 20* (1). Recuperado de: http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4005/2275

Domínguez, E.J., Oliu, H., De la Cruz, N. (2015). Urgencias quirúrgicas en adolescentes, Servicio de Cirugía General del Hospital "Saturnino Lora". *Revista Cubana de Cirugía, 54*(2),140-147. Recuperado de: http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/226/120

García, J.A., Hernández, J.L. (2013). Factores asociados a la perforación apendicular en pacientes con apendicitis aguda. Experiencia en el Nuevo sanatorio Durango. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 56*(3). Recuperado de: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=87754e03-f8f2-4645-9b4d-bf4c592c925c%40sessionmgr105&vid=6&hid=101.

González, S., Álvarez, A., Ruiz, J., Orbe, G., Delgado, Z., Ares, W. (2016). Apendicectomía laparoscópica como tratamiento del dolor abdominal crónico de origen desconocido en cuadrante inferior derecho en niños*. Medisur, 14*(2). Recuperado de: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3197

González, S., López, R., Quintero, Z., Cortiza, G., Fonseca, B., Ponce, Y. (2013). Apendicitis aguda en el lactante. *Medisur: 11*(2). Recuperado de: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2175

León, A., Palacios, J.M., Lezama, J.R., Herrera, D.L., Echávez, J. (2014). Absceso escrotal secundario a apendicitis: Informe de caso. *Acta Pediátr Mexico, 35*(2). Recuperado de: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=87754e03-f8f2-4645-9b4d-bf4c592c925c%40sessionmgr105&hid=101.

Peter, S.D., Holcomb, G.W., Murphy, J.P. (2010). Appendicitis. *Ashcrafts Pediatric Surgery. 5ta Ed (pp. 549-56)*. Philadelphia: Saunders Elsevier.

Quesada, L., Ival, M., González, C.L. (2015). *La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda*. *Revista Cubana de Cirugía, 54*(2), 121-128. Recuperado de: http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/296/116

Sardiñas, R., Hernández, L., Pinza J. (2015). Hernia de Amyand. Presentación de un caso. *Medisur, 13*(5). Recuperado de: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2953

Schwartz, S. (2011). *Principios de cirugía*. *9na. Edición (pp. 1080-81)*. México: Interamericana McGraw-Hill.

MELANOMA MALIGNO DE COROIDES. REPORTE DE UN CASO

CHOROIDAL MELANOMA MALIGNANT. A CASE REPORT

Osmara Patterson Smith osmarap@ltu.sld.cu

Elizabeth del Carmen Ramírez Pérez rp63@ltu.sld.cu

Juan Carlos Góngora Torres juancgt@ltu.sld.cu

RESUMEN

El melanoma de coroides es el tumor intraocular primario más frecuente en el adulto, asociándose con alta incidencia metastásica. Clínicamente puede ser asintomático y descubrirse por una exploración oftalmológica de rutina, o manifestarse como una masa tumoral que desprende la retina ocasionando pérdida de la función visual. Se describe el caso clínico de una paciente femenina de 75 años, de procedencia urbana, la cual fue remitida de su área de salud con el diagnostico de glaucoma pigmentario. Después de realizados examen oftalmológico y los estudios correspondientes (hemograma completo, química sanguínea, rayos X de cráneo y orbitas, rayos X de tórax anteroposterior y lateral, ultrasonido abdominal y de mamas) con resultados negativos, se indicó tomografía de cráneo y orbitas contrastada donde se comprueba la presencia de masa Tumoral correspondiente a un Melanoma Maligno de Coroides en el ojo izquierdo. Se procedió a la enucleación por las características que presentó este tumor.

PALABRAS CLAVES: melanoma de coroides, glaucoma pigmentario, enucleación.

ABSTRACT

Choroidal melanomas the most frequent primary intraocular tumor in adults, associated with a high metastatic incidence. Clinically it can be asymptomatic and be discovered by a routine ophthalmological exploration, or manifest as a tumor mass that detaches the retina causing loss of visual function of the affected eye. We describe the clinical case of a 75-year-old female patient from the urban area who was referred from her health area with the diagnostic of pigmentary glaucoma, after the ophthalmological examination and the corresponding studies (complete hemogram, blood chemistry, skull x ray, anterior, posterior and lateral thorax x ray, breast and abdominal ultrasound which were negative).A scull tomography and contrasted orbits were done and they confirmed the presence of a tumoral mass corresponding to a malignant choroidal melanoma of the left eye. The indicated treatment was enucleation due to the characteristics this tumor presented.

KEY WORDS: Choroidal melanomas, pigmentary glaucoma, enucleation.

INTRODUCCIÓN

Muchos autores coinicden en que el melanoma de coroides es la neoplasia maligna del globo ocular más frecuente en la raza blanca entre todos los tumores malignos, comprende del 75 al 90 % de todos los tumores malignos del ojo en adultos, con una mayor incidencia en el sexo masculino, la mayor parte de los casos se observan entre los 40 y 70 años, la afectación de ambos ojos por melanoma de coroides es excepcional. Los tumores coroideos se asocian a una alta incidencia metastásica (González, Kemp y Roberts, 2010 y Russo, Coupland, Raja y Damato, 2011).

Su diagnóstico se basa en los hallazgos oftalmológicos, donde se puede observar una masa en forma de cúpula sobre elevada y subretiniana, de color marrón o gris.

En ocasiones el tumor puede ser moteado con pigmento marrón oscuro o negro, o puede ser prácticamente amelánico, (Ramírez, Martínez, García y Martínez, 2011).

Los tumores coroideos pueden producir metástasis hematógena en cualquier momento y presentar hemovítreo, glaucoma como manifestación tardía o extenderse a tejidos oculares adyacentes y hacia el exterior del ojo a través de los conductos escleróticos o por invasión intravascular. La selección del tratamiento depende del lugar de origen (coroides, cuerpo ciliar o iris), el tamaño y la localización de la lesión, la edad del paciente y si ha ocurrido invasión, recurrencia o metástasis extraocular (se relacionan con un pronóstico malo y no puede preverse la supervivencia a largo plazo (Shields, Mashayekhi y Shields, 2018).

El melanoma coroideo oftalmológicamente puede aparecer de las siguientes formas: asintomático, sospechándose el diagnóstico por un examen oftalmológico de rutina o puede el paciente aquejar una disminución de la agudeza visual o un defecto en el campo visual; otra forma de presentación es que en una tercera parte los pacientes se quejan de fotopsias muy breves que atraviesan el campo visual dos o tres veces al día (Pacheco, Rodríguez, Pérez y Guzmán, 2011).

Las características agresivas y metastizantes, además de sus diferentes formas de aparición, entre ellas el glaucoma secundario, y su infrecuencia, justifican la necesidad de socializar ante la comunidad médica el reporte de este caso clínico que constituye el primero del que se tiene evidencia en la provincia de Las Tunas.

Presentación general del caso

Se trata de una paciente femenina 75 años de edad, de la raza mestiza, de procedencia urbana, con antecedentes de Hipertensión Arterial para lo cual lleva tratamiento con captopril (tableta 25mg cada 8 horas), remitida de su área salud a la consulta de Glaucoma del Hospital General Docente Dr. “Ernesto Guevara de la Serna” de Las Tunas, interpretándose inicialmente por sus características clínicas como un Glaucoma Pigmentario, diagnóstico con el cual llega a este servicio. La paciente solo refería disminución de la visión de forma brusca del ojo izquierdo desde hacía un mes.

Proceso de diagnóstico

En el examen oftalmológico subjetivo se constató una agudeza visual corregida de cuenta dedos a un metro y medio ojo derecho (OD) y 0,05 en ojo izquierdo (OI). No se encontraron antecedentes familiares, ni tampoco que la paciente haya permanecido por períodos prolongados expuesta a la acción de agentes físicos o químicos, tampoco se describen como importantes la presencia de factores inmunitarios, inflamatorios, endocrinos o infecciosos.

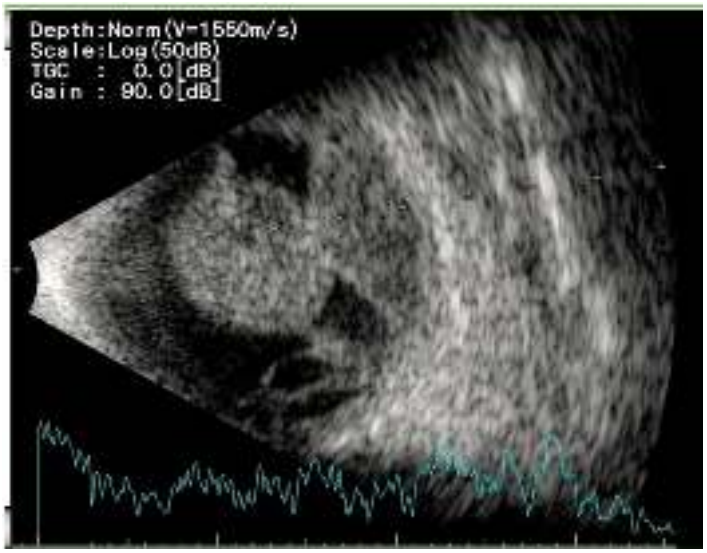
Al examen objetivo en los anexos no se encontraron elementos de importancia. El segmento anterior al ser evaluado con lámpara de hendidura mostró cornea transparente, cámara anterior de buena amplitud, pupila regular, opacidad del cristalino casi total en OD y en OI cornea transparente con pigmentos iridianos en endotelio corneal, cámara anterior de buena amplitud en 180° superior, en el sector inferior prácticamente en atalamia, con cambios de coloración a ese nivel (oscuro), se

visualizan vasos de neoformación en esfínter pupilar en hora 12 y estroma iridiano en hora 10, pupila que responde a la luz solo hacia el sector superior, como se observa en la siguiente figura:



La tonometría por aplanación fue de 10 mmHg en OD y 26 OI mmHg. La oftalmoscopia binocular indirecta en el ojo derecho se visualizó papila definida excavación 0.5 estrechamiento de vasos a predominio arteriolar, macula sin brillo fóveal, no hemorragia ni exudados y en ojo izquierdo no se definen estructuras por opacidad de medios.

Se procedió a realizar un ultrasonido ocular, cuyo patrón ecográfico en el modo A del ojo izquierdo permitió visualizar masa tumoral de reflectividad media que ocupa gran parte del globo ocular sin extensión al nervio óptico:



Las investigaciones complementarias realizadas en esta paciente fueron: hemograma completo, química sanguínea, coagulograma, fosfatasa alcalina, Rayos x de cráneo y orbita, Rayos x de Tórax anteroposterior y lateral, Ultrasonido abdominal y de mamas dentro de límites normales. La tomografía de cráneo y orbita contrastada informó presencia de imagen hiperdensa que mide 14-18 mm en globo ocular izquierdo, que capta contraste con densidades 58-75 UH con proceso tumoral a este nivel, signos ligeros de atrofia cortical.

Proceso terapéutico

Se interconsulta el caso con el servicio de oncología y se concluye como un melanoma maligno de coroides del ojo izquierdo, se procedió al tratamiento quirúrgico que consistió en enucleación del ojo izquierdo. Los dos factores básicos para decidir la modalidad del tratamiento son la localización y el tamaño del tumor

La mortalidad después de la enucleación para estos pacientes se considera en el orden 1 % a los 7 años.

El informe anátomo patológico reveló que se trataba de un melanoma de coroides de células epiteliodes, mal diferenciadas, no se observan infiltración de conjuntiva ni de nervio óptico.

> (…) Dado que se desconoce cuándo se produce la metástasis, no se sabe con certeza si el tratamiento ocular influye o no en la supervivencia. Teóricamente, cuanto más pequeño sea el tumor mayor será la oportunidad de prevenir las metástasis y, por tanto, más urgente será la necesidad de tratamiento". (Kanski y Bowling, 2012, p.502)

La paciente evolucionó de forma satisfactoria con chequeos periódicos, se colocó prótesis ocular en la cavidad izquierda, no encontrándose daños sistémicos, ni en su ojo contra lateral, en el cual se practicó la EECC con implante de LIO, además, fue atendida por un equipo multidisciplinario que brindó apoyo emocional a su condición de vidente monocular.

Características esenciales del melanoma de coroides

El melanoma de coroides es un tumor muy agresivo y de mal pronóstico. Su mayor extensión junto con la afectación del cuerpo ciliar determina el mal pronóstico del tumor. La forma de presentación puede variar, desde un tumor asintomático detectado en examen de rutina, hasta tumores sintomáticos que pueden causar disminución de agudeza visual o defecto del campo visual (Ramírez y col, 2011); (Coutinho y col, 2017).

Reportan que un tercio de los pacientes se quejan de la presencia de "bolas de luz" muy breves que atraviesan el campo visual, y en la oftalmoscopia indirecta se observa una masa en forma de cúpula sobre elevada y subretiniana de color marrón o verde-grisáceo, por lo general mayor de 2 mm, con bordes mal definidos y en ocasiones típica imagen de hongo (al atravesar la membrana de Bruch), que puede acompañarse de desprendimiento de retina exudativo secundario, pliegues coroideos, hemorragia vítrea, glaucoma secundario, catarata y uveítis. (Zárate, Pelayes y Martin 2014).

En cuanto al sexo el melanoma maligno de coroides es ligeramente mayor en hombres que en mujeres, aunque datos más recientes del Collaborative Ocular Melanoma Study Group (COMS, 1996) indican que el melanoma uveal afecta a ambos sexos por igual.

En relación con la raza está bien establecido que existe una incidencia 8,5 veces mayor en pacientes caucásicos, aunque el caso que presentamos se trata de una paciente mestiza que no presenta una coloración del iris azul o claro en los cuales la predilección es mayor, es decir que sus características fenotípicas son propias del mestizaje de nuestra población (Díaz, Maimó, Falcon y Alemañy, 2009).

El papel de la herencia en esta enfermedad es discutido, para algunos autores no ha quedado claro hasta qué punto puede considerarse una etiología “per se”, mientras que para otros sigue un patrón de herencia autosómico dominante (Fernández y col, 2017).

Según (Delgado, Sánchez, Acosta, Garrido y Sánchez, 2017) el sexo masculino favorece el riesgo de metástasis lo que presenta peor pronóstico y sugiere que el influjo estrogénico femenino es de carácter protector frente a la diseminación tumoral.

Zloto, Pe’er, Frenkel (2013); Kaliki, Shields, Shields (2015) refieren que el tamaño tumoral corresponde al factor pronóstico más importante, un mayor diámetro implica más riesgo de mortalidad y un grosor mayor implica más riesgo de diseminación metastásica. La localización del tumor también influye en el pronóstico del mismo, siendo el de mejor pronóstico el localizado en iris, mientras que el de cuerpo ciliar representa el de peor pronóstico.

La clasificación actual anatomo patológica los divide en células fusiformes, epitelioides y mixtas. La forma más frecuente de presentación se corresponde con el patrón epitelial le sigue un patrón mixto entre células fusiformes y epiteliales, y en tercer lugar se presentan con un patrón fusiforme. De entre ellos el que peor pronóstico tiene es el melanoma de células epiteliales correspondiéndose esta clasificación al caso que mostramos. Las características citogenéticas también representan un importante factor pronóstico encontrándose las de peor pronóstico las siguientes: pérdida del cromosoma 3, alteraciones en 8q, 1p y 6q.

Los cambios morfológicos secundarios en la retina como consecuencia de la presencia y desarrollo de un melanoma coroideo son variables y modificables en el tiempo de evolución y constituyen un importante elemento para el diagnostico presuntivo de la lesión coroidial subyacente determinando también importante factores pronósticos.

Los melanomas coroideos están asociados con varios cambios degenerativos en los tejidos que recubren, en gran parte correspondientes a la llamada epitelopatía pigmentaria retinal asociada al tumor, estos cambios incluyen: proliferación, desprendimiento, atrofia y metaplasia del epitelio pigmentario de la retina así como el acúmulos de drusas blandas, duras y depósitos en la membrana de Bruch, desorganización de la coreocapilaris con atrofia degeneración quística y desprendimiento de la retina (Folgar, Pelayes, Zarate, 2015).

El diagnóstico se establece, elaborando una historia clínica detallada, oftalmoscopía directa e indirecta, biomicroscopía con lámpara de hendidura y la ecografía como medio diagnóstico más exacto para precisar localización, extensión y tamaño de la lesión. Otros estudios como la TAC, resonancia magnética nuclear, angiografía fluoresceínica o indocianina verde y la Biopsia por aspiración con Aguja Fina (BAAF) son útiles para complementar el diagnóstico. (Coupland, Taktak, Damato, 2017).

CONCLUSIONES

A partir del análisis de este caso se llega a la conclusión de que es importante prestar especial atención a los cuadros de glaucoma secundario desde el primer momento en que el paciente es valorado, para de este modo poner en consideración todas las causas que lo puedan originar, realizando un estudio cuidadoso y personalizado a cada paciente.

REFERENCIAS

COMS Group. (1996). *The Collaborative Ocular Melanoma Study*. Baltimore, Maryland: Institute, The Johns Hopkins University.

Coupland, S. E., Taktak, A., y Damato, B. (2017). Incorporating Clinical, Histological, and Genetic Parameters for Choroidal Melanoma Prognostication. *JAMA Ophthalmology, 135*(7), 818–819. Recuperado de https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2017.1391

Coutinho, I., Teixeira, T., Simões, P., Lopes, J., Borrego, M., y Proença, RI. (2017). Choroidal Melanoma. *Acta Medica Portuguesa, 30*(7-8), 573-577. Recuperado de https://doi.org/10.20344/amp.8535

Damato BE, Coupland SE. (2009). A reappraisal of the significance of the largest basal diameter of posterior uveal melanoma. *Eye; 23(*12). Recuperado de http;//www.nature.com/eye/journal/v23/n12/full/eye2009235a.html

Delgado, J l., Sánchez, A., Acosta, B., Garrido, S., y Sánchez, J.J. (2017). *Evolución de un melanoma coroideo.* Archivos de la sociedad Canaria de Oftalmología 28, 72-77. Recuperado de http://sociedadcanariadeoftalmologia.com/wp-content/revista/revista-28/28sco12.pdf

Diaz, Y., Maimó, Y., Falcon, S., Alemañy, E. (2009). Melanoma uveal, a propósito de un caso. *Rev. Misión Milagro. 2*(2).

Fernández, JA., Fuentes, J.E., Orges, M., Martínez, S., y Serrano, T. (2017). Melanoma maligno de coroides: a propósito de un caso. *Correo Científico Médico*, *21*(1), 295-304. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812017000100026&lng=es&tlng=es

Folgar, M., Pelayes, D., y Oscar, J. (2015). Cambios retínales secundarios a melanomas coroideos: histopatología y tomografia de coherencia óptica. *Patologia Revista Latinoamericana*, *53*(3), 194–198. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=112862241&lang=es&site=ehost-live

Gonzalez, P., Kemp, EG,y Roberts, F. (2010). Recurrent choroidal melanoma after transscleral local resection with diffuse vitreous seeding. Graefe's Archive For Clinical And Experimental Ophthalmology = Albrecht Von Graefes *Archiv Fur Klinische Und Experimentelle Ophthalmologie, 248*(5), 741–746. Recuperado de https://doi.org/10.1007/s00417-009-1261-9

http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=78098090&lang=es&site=ehost-live

Kaliki, S., Shields, C L. y Shields, JA. (2015) Uveal melanoma: Estimating prognosis. *Indian Journal of Ophtalmology, 63*(2), 93-102.

Kanski, JJ, Bowling, B. (2012). *Oftalmología clínica.* Séptima edición. España: Elsevier.

Pacheco, Y. C., Rodríguez, MR., Pérez, M.R., y Guzmán, ED. (2011). Melanoma coroideo. A propósito de 3 casos. *Gaceta Médica Espirituana*, *13*(3), 1–6. Recuperado de

Ramírez, Y.I., Martínez, E.C., García, M.P., y Martínez, IP. (2011). Melanoma de coroides. Presentación de un caso clínico. *Gaceta Médica Espirituana*, *13*(1), 1–5. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=61209707&lang=es&site=ehost-live

Russo, A., Coupland, S.E., Raja, V., y Damato, B.E. (2011). Recurrent choroidal melanoma after brachytherapy in an eye with scleral calcification. *Acta Ophthalmologica*, *89*(8), e657–e658. Recuperado de https://doi.org/10.1111/j.1755-3768.2010.02019.x

Shields, C.L., Mashayekhi, A., y Shields, JA. (2018). By Sleight of Hand, Prognosis Determined-Even for Small Choroidal Melanoma. *JAMA Ophthalmology*, *136*(5), 488–489. Recuperado de https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2018.0196

Zárate, JO., Pelayes, D. y Martin, F. (2014). Optical digital biopsy: uveal choroidal melanoma case report. *Patologia Revista Latinoamericana, 52*(2), 157–160. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=112758303&lang=es&site=ehost-live

Zloto, O., Pe'er, J., y Frenkel, S. (2013). Gender differences in clinical presentation and prognosis of uveal melanoma. *Investigative Ophthalmology and Visual Science, 54, 652-656.*

SÍNDROME DE RADIUS-MAUMENEE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

RADIUS-MAUMENNE SYNDROME. A CASE REPORT

Osmara Patterson Smith osmarap@ltu.sld.cu

Zandra Olano Reyes zandrarobert@gmail.com

Juan Carlos Góngora Torres juancgt@ltu.sld.cu

RESUMEN

La presión venosa episcleral elevada idiopática o Síndrome de Radius-Maumenee es una afección rara de etiología desconocida caracterizada por venas episclerales dilatadas y glaucoma de ángulo abierto. A continuación se presenta el caso de una paciente femenina de 57 años de edad con antecedentes de Hipertensión Arterial, diagnóstica de glaucoma y dilatación de los vasos episclerales. Al examen oftalmológico subjetivo la agudeza visual corregida fue de 0,05 en el OD y 0.8 en OI, con valores de PIO en ambos ojos de 31 mmHg (aún con la triple terapéutica antiglaucomatosa local). La gonioscopía evidenció ángulo abierto grado IV y sangre en el canal de Schlemm. Al fondo de ojo se constato atrofia óptica glaucomatosa ojo derecho y excavación de 0,8 en el ojo izquierdo. Dentro de los exámenes oftalmológicos el campo visual mostró daño severo en ambos ojos. La Tomografía de Cráneo y Órbita, el Doppler Carotídeo, y la Angiografía Cerebral no evidenciaron alteraciones vasculares evidentes, se realizó implante valvular en ojo izquierdo con un post operatorio satisfactorio, y normalización de la PIO en ojo izquierdo. Por ser un caso poco frecuente en la literatura y de difícil manejo nos motivamos a mostrar el mismo a la comunidad médica

PALABRAS CLAVES: glaucoma de ángulo abierto, presión venosa, venas episclerales.

ABSTRACT

High idiopathic episcleral venous pressure or Radius-Maumenee syndrome is a rare condition of unknown etiology characterized by dilatated episcleral veins and open-angle glaucoma. We present a case of a 57-year-old female patient with a history of hypertension, with a diagnosis of glaucoma and dilatation of the episcleral vessels, corrected visual acuity of 0.05 in the right eye and 0.8 in the left eye, with IOP values of 31 mmHg in both eyes(yet with the local anty glaucomatous triple therapy). In the gonioscopy an open angle grade IV with blood in the Schlemms canal was evidenced. The fundus optic showed glaucomatous optic atrophy in the right eye and excavation of 0.8 in the left eye. Within the ophthalmologic exams the visual field showed severed damage in both eyes. The tomography of the skull, the Carotid Doppler orbit and the Cerebral Angiography were performed without evident vascular alterations; a valvular implant was performed in the left eye. Because this case is not frequent in the literature and difficult to manage, we are motivated to present it to the medical community.

KEY WORDS: Open-angle glaucoma, venous pressure, episcleral venous.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Radius-Maumenee está caracterizado por una dilatación idiopática de los vasos episclerales y está asociado al glaucoma de ángulo abierto así fue planteado por primera vez en 1978 por los oftalmólogos que dieron el nombre a dicha enfermedad (Marques, Farinha , Martins y Faria, 2018), aunque originalmente fue descrito por Minas y Podos, en la literatura alemana, no se tienen cifras confiables de la cantidad de pacientes que la padecen, es muy infrecuente y se diagnostica por exclusión de enfermedades infraorbitarias e intracraneales.

La presión intraocular (PIO) depende de la velocidad de producción, facilidad de salida y presión venosa episcleral (PVE). El aumento de la presión intraocular y la pérdida del campo visual pueden resultar de una elevación de la presión venosa, que sus valores normales oscilan entre 8 a 10 mmHg (Kazerounian, Rickmann, Helaiwa y Waizel, 2016). La fístula es la causa más frecuente de elevación de esta entidad. Otras causas incluyen trombosis del seno cavernoso, derivación arteriovenosa dural, síndrome de vena cava superior, Síndrome de Sturge- Weber, oftalmopatía tiroidea y lesiones obstructivas o várices orbitales. (Groh y Küchle, 1997).

Los signos clínicos consistentes son inyección ocular que resulta de vasos conjuntivales congestionados y arterializados, vasos episclerales dilatados, tortuosos y presión intraocular elevada así lo describió (Kestelyn, 2015).

(Stock, Fernández, Pastro, Oliveira y Bonamigo, 2013), presentaron un informe de cuatro casos de vasos episclerales con dilatación idiopática en ausencia de fístulas carótido-cavernosas, lesiones orbitales obstructivas o hemangiomatosis, que en ese momento eran las enfermedades que explicaban estos casos. Tres de los cuatro pacientes presentaron aumento de la presión intraocular unilateral, lo que corresponde al glaucoma unilateral de ángulo abierto. En estos pacientes, la presión intraocular se controló mediante cirugía. Los autores plantearon la hipótesis de que una anomalía vascular congénita era la causa de esta manifestación ocular. Posteriormente, se han publicado otros casos, con varias teorías que buscan explicar la aparición del síndrome, como los reportes realizados por (Greslechner, Oberacher-Velten, 2019; Lämmer, 2007; Pradhan, Kuruvilla y Jacob, 2015)

El presente reporte de caso describe los hallazgos oftalmológicos en una paciente diagnosticada con un síndrome de Radius-Maumenee, el cual es muy infrecuente, no encontrándose reportes en la literatura nacional acerca del mismo, por lo que su propósito es mostrar a la comunidad médica oftalmológica sus características para lograr la detección temprana, el diagnóstico certero e implantar las terapéuticas adecuadas encaminadas a preservar la calidad visual de los pacientes.

Presentación del caso

Se trata de una paciente femenina de 57 años de edad, mestiza, procedencia urbana y antecedentes patológicos personales de Hipertensión Arterial compensada, para lo cual lleva tratamiento regular con nifedipino 10 mg cada 8 horas, la misma acude a consulta de oftalmológica refiriendo disminución de la visión del ojo derecho, ojo rojo frecuente, ardor y lagrimeo. Inicialmente es atendida en consulta de córnea del Hospital General Docente Dr. “Ernesto Guevara de la Serna” de Las Tunas y remitida a consulta de glaucoma, para su evaluación.

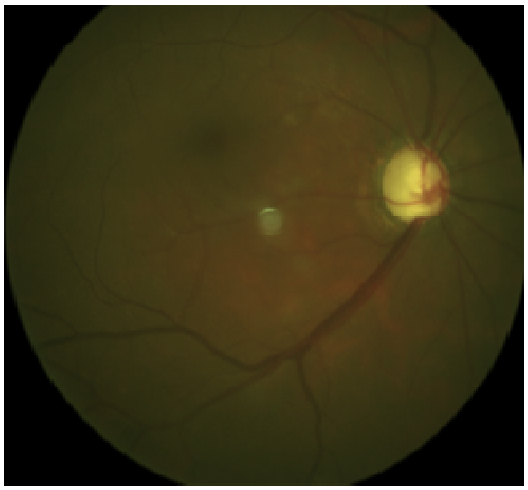
En el examen oftalmológico subjetivo se constató una agudeza visual corregida de 0.05 en ojo derecho (OD) y 0.8 en ojo izquierdo (OI).

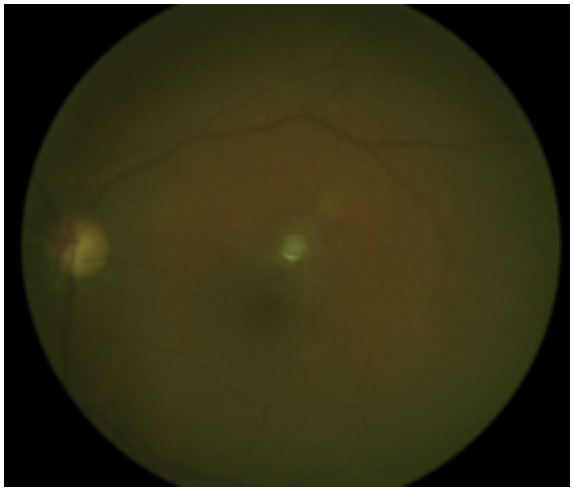
El examen oftalmológico objetivo de los anexos no se encontró nada importante a señalar, en tanto en el examen con lámpara de hendidura se observó moderada inyección conjuntival, además, dilatación de los vasos episclerales en ambos ojos, cornea con edema epitelial dos cruces (XX), pupila del ojo derecho con defecto pupilar aferente y en el OI pupila de tamaño normal y buena respuesta al estímulo luminoso, como se observa en las siguientes imágenes:





Al fondo de ojo se encontró atrofia óptica glaucomatosa ojo derecho y excavación de 0.8 en el ojo izquierdo como muestran las siguientes figuras:





Ojo derecho Ojo izquierdo

En la tonometría por aplanación se constataron cifras de 23 mmHg en ojo derecho y 33 mmHg en ojo izquierdo.

En un estudio realizado por (Kazerounian y otros, 2016) en pacientes con venas episclerales dilatadas de manera unilateral y un paciente con afectación bilateral, la presión intraocular del ojo afectado varió de 21 a 44mmHg. En estos pacientes con implicación unilateral, la presión intraocular era más elevada en los ojos con los vasos

conjuntivales dilatados. La presión venosa episcleral se midió y correspondía a dos veces el valor normal en el ojo afectado.

Existe cierta variabilidad en la presentación clínica de la hipertensión venosa episcleral. El inicio de los signos (dilatados vasos episclerales), puede variar, por lo general se produce entre la tercera y cuarta décadas de la vida. Las venas episclerales dilatadas pueden ocurrir uno bilateralmente. Un estudio realizado por (Pradhan, Kuruvilla y Jacob, 2015). Observaron en 13 casos en los que predominó el OD, tres en el OI y nueve presentaban implicación bilateral, aunque asimétrica. La proporción de hombres y mujeres fue de 13:12.

La sangre en el canal Schlemm puede estar presente en el diagnóstico por gonioscopía, como se describe en los hallazgos clínicos de esta paciente, la prueba concluyó, además, que la paciente presenta ángulo abierto grado IV. La dificultad para establecer un diagnóstico temprano puede causar efectos negativos en la función visual de los pacientes debido al retraso del diagnóstico por algunos oftalmólogos, dado que la mayoría de enfermos no presentan sintomatologías y el diagnóstico se hace por exclusión y apoyado en exámenes complementarios.

Investigaciones complementarias

Se realizó campo visual con perímetro de Goldmann, con programa de baja visión para el ojo derecho observándose reducción concéntrica en 5° y en el ojo izquierdo un escotoma arciforme superior con reducción concéntrica en 15°.

La tomografía axial computarizada de cráneo, orbita y el Doppler Carotídeo resultaron negativos.

Otras pruebas descritas en la literatura son, los exámenes de imágenes neurológicas, y estudios angiográficos. (Acaroglu, Eranil, Ozdamar, Ura, y Teke, 2009; Rhee y Gupta, 2009).

Se utilizó la angiografía cerebral para descartar la presencia de malformaciones arteriovenosa, que son la causa más frecuente de vasos episclerales dilatados, pero el resultado fue normal, informando no presentar malformaciones vasculares u otras anomalías arteriales o venosas. Las pruebas por neuro imágenes realizadas a la paciente fueron negativas.

Conclusión del caso

Se concluyó el diagnóstico definitivo como un síndrome de Radius-Maumenee, dado por las características del cuadro clínico de la paciente, elementos obtenidos al examen físico así como los complementarios.

El síndrome de Radius-Maumenee se produce por un defecto del drenaje venoso de vasos episclerales. Es más común en las personas adultas, no guarda predilección por el sexo y no se han descrito casos en edades pediátricas. (Kestelyn, 2015). Los hallazgos sugestivos son presión intraocular elevada con ángulo iridocorneal abierto y dilatación venas episclerales, asociados a lesión glaucomatosa del nervio óptico que condicionan defectos significativos del campo visual fueron descritos por Rhee y Gupta (2009).

El tratamiento primario se dirige a la disminución de la presión intraocular, utilizando inicialmente los medicamentos hipotensores oculares locales y sistémicos y "…si no tienen los efectos deseados se le agregan los tratamientos quirúrgicos a pesar de las complicaciones operatorias más probables que puedan tener como el derrame coroideo, hemorragia expulsiva y cámara anterior plana". (Stock y otros, 2013, p. 102)

El glaucoma secundario a presión venosa episcleral elevada a menudo es resistente a la medicación. La trabeculectomía con frecuencia se complica por síndromes parecidos a derrames uveales y algunos autores recomiendan realizar esclerotomías con cirugía de filtración.

Otros han intentado esclerectomía profunda no penetrante y, aunque tuvieron menos complicaciones, tuvieron un mal control a largo plazo de la presión intraocular y todos los casos requirieron medicación a los 2 años. (Klemm, 2015; Pradhan y otros, 2015). Se ha planteado en múltiples ocasiones el uso de antimetabolitos (la mitomicina C) durante la realización de la trabeculectomia y la esclerectomía en estos pacientes (Cillino, 2011).

La sinusotomía, realizada en el momento adecuado, puede proporcionar buenos resultados como tratamiento, aunque no siempre se obtienen los resultados esperados que es la reducción de vasos episclerales, otros autores plantean que su uso no proporciona beneficios en los pacientes (Foroozan y Buono, 2003; Lämmer, 2007).

Como nuestra paciente era joven con un daño importante del nervio óptico, establecimos una presión intraocular objetivo de 10-14 mmhg mediante la terapéutica antiglaucomatosa protocolizada y posteriormente decidimos enviarla al servicio de glaucoma del Instituto Cubano de Oftalmología para un implante valvular ojo izquierdo a pesar de que en la literatura nacional revisada no se ha descrito hasta el momento dicho proceder en este tipo de glaucoma.

En esta paciente para el control de su presión ocular se indicó el tratamiento medicamentoso que consistió en el uso de colirios antoigloucomatoso (Dorzolamida 2%+Timolol 0.5% colirio y Latanoprost 0,005% colirio) en las frecuencias establecidas usándose también por vía oral Acetazolamida (tableta 250mg cada 8 horas). Después de un seguimiento riguroso en consulta y al no presentar mejoría y no obtenerse los valores de presión intraocular deseados se decidió tratamiento quirúrgico, derivándola al servicio de Glaucoma del Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer" en ciudad de la Habana donde se le realizó implante valvular en ojo izquierdo, con evolución satisfactoria tras y post operatoria, sin existir complicaciones, manteniendo una evolución estable y una reducción de la presión intraocular en 10 mmHg en el ojo izquierdo.

Actualmente se encuentra asintomática, cumpliendo con el tratamiento específico diferenciado apara ambos ojos y los controles médicos establecidos por sus facultativos de asistencia.

CONCLUSIONES

Dado lo infrecuente del Radius-Maumenee no se han publicado consensos ni recomendaciones de tratamientos a este síndrome, por lo que es necesario aprender a identificar dicha entidad por médicos oftalmólogos y socializar las investigaciones al

respecto entre comunidad médica. En el reporte que se realiza se evidenció una buena respuesta al tratamiento quirúrgico con compensación de la presión intraocular.

REFERENCIAS

Acaroglu, G., Eranil, S., Ozdamar, Y., Ura, I. F., y Teke, M. Y. (2009). Idiopathic episcleral venous engorgement. *Clinical & Experimental Optometry, 92*(6), 507–510. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=44844153&lang=es&site=ehost-live

Cillino, S. (2011). Biodegradable collagen matrix implant vs mitomycin-C as an adjuvant in trabeculectomy: a 24-month, randomized clinical trial. *Eye (Lond), 25*(12), 1598–1606.

Foroozan, R., y Buono, L.M. (2003) Idioathic dilated episcleral veins and increased intraocular pressure. *British Journal Ophthalmology, 87*, 652–654.

Greslechner, R., y Oberacher-Velten, I. (2019). Glaucoma due to elevated episcleral venous pressure. *Der Ophthalmologe: Zeitschrift Der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft, 116*(5), 423–429. Recuperado de: https://doi.org/10.1007/s00347-018-0828-4

Groh, M.J., y Küchle, M. (1997). Idiopathic episcleral venous stasis with secondary open-angle glaucoma (Radius-Maumenee syndrome). *Klinische Monatsblatter Fur Augenheilkunde, 211*(2), 131–132. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=9379640&lang=es&site=ehost-live

Kazerounian, S., Rickmann, A., Helaiwa, K. y Waizel, M. (2016). Management of Radius-Maumenee syndrome: Treatment with deep sclerectomy, viscocanalostomy and collagen matrix implantation. *Der Ophthalmologe: Zeitschrift Der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft, 113*(9), 775–778. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26782914&lang=es&site=ehost-live

Kestelyn, P. (2015). Radius Maumenee Syndrome. *Acta Ophthalmologica, 93*(s255). Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=119942930&lang=es&site=ehost-live

Klemm, M. (2015). Deep Sclerectomy. *An Alternative trabeculectomy Ophtlolmologe, 112* (4), 313-318.

Lämmer, R. (2007). Secondary open angle glaucoma with idiopathic episcleral venous pressure (Radius-Maumenee syndrome). Sinus-otomy as operative procedure of choice. *Der Ophthalmologe: Zeitschrift Der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft, 104*(6), 515–516. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=17522868&lang=es&site=ehost-live

Marques, S. H., Farinha, C., Martins, A., & Faria, P. (2018) Radius-Maumenee syndrome: a rare cause of glaucoma. *British Medical Journal Case Reports.* Disponible en

Pradhan, Z. S., Kuruvilla, A., & Jacob, P. (2015). Surgical management of glaucoma secondary to idiopathic elevated episcleral venous pressure. *Oman Journal of Ophthalmology,* *8*(2), 120–121. Disponible en http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=103550957&lang=es&site=ehost-live

Rhee, D. J., & Gupta, M. (2009). Idiopathic elevated episcleral venous pressure and open angle glaucoma. *British Journal Ophthalmology,* 93, 231–234.

Stock, R. A., Fernández, N. L., Pastro, N. L., Oliveira, R. S., & Bonamigo, E. L. (2013). Idiopathic dilated episcleral vessels (Radius-Maumenee syndrome): case report. *Arquivos Brasileiros De Oftalmologia,* *76*(1), 45–47. Disponible en http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23812528&lang=es&site=ehost-live

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL CMF#28 DE LAS PARRAS

EDUCATIONAL INTERVENTION ON UTERINE NECK CANCER IN WOMEN OF CMF # 28 DE LAS PARRAS

Osmary Santiesteban Pérez rmatos89@nauta.cu

Rolando Bueno Agüero

RESUMEN

Se realizó un estudio Cuasi-Experimental Prospectivo de Intervención Educativa sobre Cáncer Cervical y sus principales riesgos en pacientes del CMF#28 de Las Parras, municipio Majibacoa, provincia Las Tunas, en el período de noviembre de 2018 a julio de 2019, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre el tema en las mismas. El universo estuvo constituido por las pacientes en edad fértil y la muestra se conformó por 60 de ellas, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los veinte y treinta y cinco años, y que cumplieran con los criterios de inclusión, dividiendo la muestra en 2 grupos. El estudio se realizó en tres etapas; una diagnóstica, una de intervención propiamente dicha y una de evaluación. Los resultados más significativos fueron el predominio de los grupos de edades de 26 a 30 años y el nivel de escolaridad el preuniversitario. No fueron significativos los hábitos tóxicos y se detectó una gran incidencia en la promiscuidad y en las edades menores de 18 años para el inicio de las relaciones sexuales, lográndose elevar los conocimientos después de la intervención. Para la realización de esta investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos internacionales basados en la beneficencia y la no maleficencia.

PALABRAS CLAVES: Cáncer Cervical, riesgos, diagnóstica, intervención, evaluación.

ABSTRACT

A Prospective Quasi-Experimental Study of Educational Intervention on Cervical Cancer and its main risks in patients of CMF # 28 of Las Parras, Majibacoa municipality, Las Tunas province, was carried out in the period from November 2018 to July 2019, with the objective to raise the level of knowledge on the subject in them. The universe was made up of patients of childbearing age and the sample consisted of 60 of them, whose ages were between twenty and thirty-five years, and that met the inclusion criteria, dividing the sample into 2 groups. The study was conducted in three stages; a diagnosis, an intervention itself and an evaluation. The most significant results were the predominance of the age groups of 26 to 30 years and the pre-university level of education. The toxic habits were not significant and a great incidence was detected in promiscuity and in the ages under 18 for the beginning of sexual intercourse, being able to raise knowledge after the intervention. For the conduct of this investigation, international ethical principles based on beneficence and non-maleficence were taken into account.

KEY WORDS: cervical cancer, risks, diagnosis, intervention, evaluation.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino se origina en las células que revisten el cuello del útero. El cuello del útero es la parte inferior del útero (la matriz). Algunas veces se le llama *cérvix uterino*. El cuerpo del útero (parte superior) es el lugar donde se desarrolla un el feto. El cuello uterino conecta el cuerpo del útero con la vagina (el canal por donde nace el bebé). La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama *endocérvix*. La parte próxima a la vagina, es el exocérvix (o ectocérvix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix*)* y las células glandulares (en elendocérvix). El punto en el que estos tipos de células se encuentran se llama *zona de transformación*. La ubicación exacta de la zona de transformación cambia a medida que envejece y al dar a luz (MINSAP, 2016).

La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en las células de la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino se transforman gradualmente en cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Los doctores usan varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo neoplasia intraepitelial cervical (*cervical intraepithelial neoplasia*, CIN), lesión intraepitelial escamosa (*squamous intraepithelial lesion*, SIL) y displasia. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de cáncer (Ortíz, 2017).

Los cánceres de cuello uterino y los precánceres se clasifican de acuerdo con el aspecto que presentan bajo el microscopio. Existen dos tipos principales de cáncer de cuello uterino: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. Aproximadamente un 80% a 90% de los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas. Estos cánceres se originan de células en el exocérvix y las células cancerosas tienen características de las células escamosas cuando se observan con un microscopio (Ministerio de Salud, Colombia, 2018).

Con menor frecuencia, el cáncer de cuello uterino tiene características tanto de los carcinomas de células escamosas como de los adenocarcinomas. Estos tumores se llaman *carcinomas adenoescamosos* o *carcinomas mixtos*.

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) se reconoce como una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del treinta y hasta la actualidad. Se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares y se han subdividido en tres grados según su extensión y gravedad: I, II y III.

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) parece ser la "causa fundamental" en la génesis del cáncer de cérvix. Esta hipótesis es muy aceptada por la comunidad científica mundial y se apoya en numerosas evidencias morfológicas como la coexistencia de VPH con la NIC y la Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV) y los datos que nos brinda la biología molecular como el elevado porcentaje de infección por el VPH en pacientes con carcinomas invasores del cuello uterino, de NIC, de NIV y carcinomas invasores de la vulva y del pene (Zuma y Hausen, 2017).

Así, se hace necesario considerar algunos otros factores de riesgo que pueden actuar asociados a la infección con el VPH pues no todas las mujeres infectadas desarrollan lesiones intraepiteliales de alto grado y carcinoma *in situ*.

La infección por el VPH es una infección de transmisión sexual que se encuentra muy extendida en mujeres y hombres, sin embargo, las condiciones anatómicas del varón y otros factores hacen que esta se pueda desarrollar en forma subclínica o latente y evolucione en pocas ocasiones a cáncer del pene u otra localización genital. No sucede así en la mujer que con mayor frecuencia lo desarrolla en el cérvix, la vagina, la vulva o el perineo.

Se deduce que la mujer con mayor cantidad de compañeros sexuales tiene más probabilidades de desarrollar la infección como ocurre con todas las infecciones de transmisión sexual incluida la del virus del herpes simple tipo 2, que pudiera actuar como cofactor del VPH produciendo una acción sinérgica que motive los cambios celulares cervicales.

Es imprescindible considerar la influencia del hombre en la génesis del cáncer uterino y sobre todo en el varón de riesgo o promiscuo que mantiene relaciones sexuales sin protección de barrera como el condón, este tiene una probabilidad más alta de desarrollar una infección de transmisión sexual (ITS) y, por tanto, una contaminación en su plasma seminal, la cual tiene un importante papel en la infección por el VPH.

El diagnóstico de neoplasia cervical no es sinónimo de promiscuidad femenina, aunque no es menos cierto que las promiscuas tienen una posibilidad mayor de padecerla, muchas mujeres que sólo han tenido una pareja sexual también desarrollan la enfermedad, por lo que resulta interesante considerar el plasma seminal en la génesis del cáncer uterino (OMS, 2017).

La probabilidad de que las mujeres sean portadoras del VPH y el riesgo de padecer de cáncer de cérvix se ha relacionado con la presencia de ADN viral en el pene o la uretra de su pareja sexual. Según un estudio publicado por *Benedet* y *CaberoRoura* las mujeres tienen un riesgo tres veces superior de padecer la enfermedad si su compañero sexual ha tenido relaciones con otras mujeres que han desarrollado la enfermedad.

La multiparidad es otro elemento considerado, ya que se ha comprobado que durante el embarazo ocurre una cierta depresión inmunológica y de los niveles de folatos en la sangre, lo que se ha relacionado con el aumento del riesgo de aparición de la neoplasia intraepitelial mientras más embarazos tenga la mujer.

La inmunodepresión sistémica y la reducción de los antioxidantes provenientes de la dieta son otros elementos a tener en consideración como veremos más adelante (4). El estado nutricional puede influir en la progresión de la infección por VPH.

El patrón de metilación del ADN-VPH se ha asociado *in vitro* con la actividad de transcripción viral. La pérdida de la trascripción en los fenómenos de carcinogénesis podría vincularse a factores dietéticos con la capacidad de metilar al ADN. Los folatos, la vitamina B_6, la vitamina B_{12} y la metionina pueden tener su mecanismo de acción en la prevención del cáncer de cuello uterino a través de su papel en la metilación (Ortíz, 2017).

Los factores hormonales también se han considerado y existen reportes que el uso de anticonceptivos orales por más de cinco años incrementa el riesgo de padecer cáncer

de cérvix en mujeres portadoras de VPH y que si existe una lesión intraepitelial, puede progresar más rápidamente a carcinoma *in situ* (CIS). (García ,1989).

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. En ausencia de hormonas, el receptor para estas es inactivo y se localiza en el núcleo de la célula diana como un gran complejo molecular asociado a muchas proteínas, cuando las hormonas se unen a sus receptores estrogénicos y progestacionales se produce un cambio en la capacidad del receptor para unir secuencias específicas de ADN.

Igualmente, las mujeres sometidas a trasplantes de órganos tratadas con inmunosupresores tienen un elevado riesgo de padecer infección por el VPH y cáncer cervical cuando se compara con la población general, también se conoce que el progreso evolutivo de lesiones intraepiteliales cervicales a carcinoma invasor cuando en ellas se asocia la infección VPH, es más acelerado.

La neoplasia intraepitelial cervical y su vinculación con la infección por el virus del papiloma humano precede a la aparición del cáncer de cérvix, por lo que resulta muy importante detectarla y tratarla para evitar su evolución hacia las etapas invasoras.

El tratamiento ideal de la NIC, debe ser un método de fácil ejecución, nula mortalidad, muy baja morbilidad, preservación de la capacidad reproductiva, no mutilante, de bajo costo y excelentes resultados a largo plazo.

Diferentes modalidades han sido empleadas para el tratamiento de las displasias cervicales, algunas más conservadoras que otras desde la primera mitad del siglo pasado. La conización con bisturí, la amputación de cuello y la histerectomía tuvieron su protagonismo en esa época (10).

En esta investigación se utilizaron los siguientes métodos.

Del nivel teórico:

El histórico-lógico para determinar los antecedentes y comportamiento en el tiempo del objeto de la investigación.

El análisis-síntesis para analizar y sintetizar los materiales bibliográficos consultados para llevar a cabo el diseño de la investigación.

El inductivo-deductivo para establecer generalizaciones sobre la base del estudio y análisis de los resultados, permitiendo confirmar la validez de los aspectos teóricos que sustentaron la investigación.

Del nivel empírico:

Encuestas: Consiste en un cuestionario de preguntas que se aplica a escala masiva a sujetos seleccionados para obtener información directa de determinados aspectos, hechos, opiniones y opiniones sociales.

Para dar cumplimiento a los objetivos se aplicó un cuestionario elaborado por la autora, previo consentimiento informado (Anexo I).

Durante la intervención se realizaron diferentes técnicas participativas para lograr un mejor ánimo y entusiasmar a las participantes de manera que se sintieran más seguras y en confianza, logrando así una mejor relación entre las integrantes.

Técnicas participativas

Técnica "por persona": esta técnica se realizará con el objetivo de que los integrantes del grupo se conocieran. Se iniciará con un voluntario que diga su nombre, el que esté a su derecha lo repetirá y agregará el suyo, así continuando con los demás participantes, con un tiempo mínimo de 10 minutos.

Técnica "el pueblo manda": se realiza con el objetivo de animar a los participantes. En la misma el coordinador orientará algunas tareas que deben realizar con rapidez; ejemplo, el pueblo manda que se paren, que se sienten, que se rían, con un tiempo de duración de 10 minutos.

Técnica "las cualidades": con el objetivo de animar los participantes, con un tiempo de duración de 15 minutos, consiste en que un voluntario se ponga de pie y hable acerca de una cualidad de un miembro del grupo; se pondrán de pie las personas que permanezcan a cada lado de él. El voluntario dirá a una de ellas" fulana es tan… (Amable) como…". Las 4 personas (es decir el voluntario, persona de quien se habla y las 2 que se mantienen a su lado) intercambiarán de posiciones y el que esté parado se sentará.

Técnica "feliz cumpleaños": con un tiempo de 15 minutos se utilizará esta técnica de animación donde se sugerirá a cada cual que recuerde la fecha del día de su cumpleaños. Se propone hacer una hilera, sin hablar y por orden cronológico, de fecha de nacimiento del primero de enero al 31 de diciembre. Una vez formada la hilera se pregunta a cada uno la fecha de nacimiento para verificar si la ubicación es adecuada.

Técnicas y procedimientos

La información fue recogida a partir de la fuente primaria que la constituyeron las encuestas que fueron aplicadas en cada una de las etapas de nuestra intervención, dichas encuestas fueron elaboradas por el autor, revisadas y aprobadas por un comité de expertos, las cuales se aplicaron previo consentimiento informado, con la privacidad requerida, empleando un lenguaje claro y asequible según el nivel cultural de las pacientes para lograr su mejor comprensión y colaboración.

Procesamiento de los datos y análisis estadístico

Los datos se recogieron en sábanas y se procesaron de forma computarizada con el uso de una PC Intel i3- 2120, utilizando paquetes estadísticos MICROSTAT. Para el procesamiento y análisis de la información se utilizaron técnicas de estadísticas acorde con los objetivos, tipos de variable y su categoría. Se emplearon para el resumen de los datos números absolutos y porcientos.

La información se presentó en tablas que se crearon para facilitar su comprensión. De acuerdo con los resultados obtenidos se realizaron las conclusiones finales, así como las recomendaciones a seguir.

Consideraciones éticas

Para desarrollar esta investigación se solicitó el aval del cliente, en este caso del Policlínico 7 de noviembre (Consentimiento de la institución para la aplicación de este proyecto) quedando Osmary Santisteban Pérez bajo compromiso de la utilización de los resultados obtenidos como parte de su estrategia de trabajo. Nuestro estudio se realizó cumpliendo con los principios enunciados en la declaración de Helsinki como norma ética de la Asociación Médica Mundial y con las Buenas Prácticas Clínicas. Se desarrolló bajo las condiciones de respeto a los derechos fundamentales de las personas y a los postulados éticos de las investigaciones biomédicas en seres humanos, basados en la declaración de Helsinki por la 52 Asamblea General en Edimburgo, Escocia y sus posteriores actualizaciones.

Análisis y discusión de los resultados

La estrategia de Intervención Educativa fue aplicada y evaluada durante el periodo comprendido entre enero del 2018 y julio del 2019, con la intervención persistente del Equipo Básico de Salud y análisis de los resultados, se logró una mejor precepción de los riesgos, así como identificar el grupo más afectado y como el desconocimiento a edades tempranas influye en la aparición de esta enfermedad y aclarar que la realización de la prueba citológica es de vital importancia para la detección precoz de las mismas.

CONCLUSIONES

Al realizar el estudio sobre Cáncer Cervical y sus principales riesgos en pacientes del CMF#28 de Las Parras, municipio Majibacoa, provincia Las Tunas, en el período de noviembre de 2018 a julio de 2019, se logró caracterizar a la población de acuerdo a varios criterios. La muestra con la que se trabajó afirma que según el grupo de edades el más propenso es de 26 a 30 años, mientras que por el nivel escolar están la etapa de secundaria y preuniversitario; por otro lado, en cuanto a hábitos tóxicos el mayor grupo no está influenciado por alcoholismo, tabaquismo u drogas. Y todas concuerdan que ante un aumento del número de compañeros sexuales y la realización da edades tempranas de las prácticas sexuales aumenta la posibilidad de contraer este tipo de cáncer. No siendo así con el conocimiento de estas enfermedades y la realización de la primera prueba citológica pues ambas condiciones ayudan a decrementar el número de personas que padecen esta enfermedad. Todas estas acciones realizadas con la muestra tomada unida a la intervención educativa contribuyo a elevar el nivel de conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino, enfermedad que afecta a nuestras mujeres.

REFERENCIAS

Guibert, W., Grau, J., Romero, T. (2018). Procesos psicosociales en la educación en salud y en la prevención del cáncer. *Rev Med Gen Integral, 16*(2):1186-93.

Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integralde Información (SISPRO) --- Indicadores Observatorio Nacional de cáncer en Colombia. 2018. Recuperado de: http://www.sispro.gov.co/Pages/Observatorios/cancer.aspx).

Zuma, TM., Hausen. HZ. (2017). *Progreso en la prevención del cáncercervicouterino: informe de cervical cancer action* [monografía en Internet]. Cervical cancer action: a global coalition tostop cervical cancer. Recuperado de: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi D427.pdf2.

Arrossi S., Paolino, M. (2018) *Proyecto para el mejoramiento del Pro-grama Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina*. Informe final: Diagnóstico de situación del programa nacional y programas provinciales [monografía en Internet]. OPS/OMS Argentina. 160p. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000008cnt-05-Diagnostico Pub64OPS.pdf.3

Ortíz, CS. (2017). Virus del Papiloma Humano y cáncer de cuello uterino en el Perú. (2017). *Rev Per Ginecol Obstet.* 53:98----100.4.)

Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica Observatorio Nacional de Cáncer de Colombia 2012-2021.*Colombia. 2018: 1-59.*

Organización Mundial de la Salud (OMS*). Detección temprana. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces*. [Mono-grafía en Internet]. Suiza: Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud; 2017 49p. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44023/1/9789243547336 spa.pdf? ua=1

Organización Panamericana de la Salud, Área de Prevención y Control de Enfermedades, Unidad de Enfermedades no transmisibles. Inspección visual del cuello uterino con ácido acético (IVAA): reseña crítica y artículos seleccionados; 2015: 82 p.

GLOBOCAN 2017, Cáncer incidence and mortality worldwide [Internet]. IARC – International Agency for Research on Cancer. [Internet]. (2017) . Recuperado de: http:// globocan.iarc.fr

Guía Clínica Cáncer cérvico-uterino 2. (2016). 1st Chile: Santiago, MINSAL. Recuperado de: http://www.redsalud.gov.cl/ archivos/guiasges/CancerCervicouterino.pdf

DESAFÍOS COMUNICACIONALES EN EL ENFRENTAMIENTO AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LOS JÓVENES

CHALLENGES OF THE COMMUNICATION IN THE CONFRONTATION TO THE VIRUS OF THE HUMAN PAPILOMA IN THE YOUTHS

Pedro Damián Ayala Pérez pedroap@ltu.sld.cu

Filomena Marisa Da Rosa Oliveira Neves dradarosa76@gmail.com

Ligia Magdalena Sales Garrido ligiasg@ult.edu.cu

RESUMEN

El presente trabajo trata la experiencia acumulada en la literatura especializada a nivel mundial y nacional, referido al aumento en la incidencia de las Verrugas Genitales en jóvenes, causadas por el Virus del Papiloma Humano (VPH); lo que coincide con los resultados obtenidos en las visitas de terreno, donde se ha detectado que las Verrugas Genitales se observan con mayor frecuencia en jóvenes; entre las causas se encuentran, el desconocimiento de la existencia de enfermedades de transmisión sexual, el comienzo de las relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas de la vida, así como la práctica del sexo sin protección y la tendencia a la promiscuidad. Por todo lo anterior el objetivo es contribuir a los desafíos comunicacionales mediante la aplicación de un plan de acción para la lucha contra este virus en los jóvenes.

PALABRAS CLAVES: VPH, desafíos comunicacionales, plan de acción, jóvenes.

ABSTRACT

The present work treats the experience accumulated in the specialized literature at world and national level, referred to the increase in the incidence of the Genital Warts in young, caused by the Virus of the Human Papiloma (HPV); what coincides with the results obtained in the land visits, where it has been detected that the Genital Warts are observed with more frequency in young; among the causes they are, the ignorance of the existence of illnesses of sexual transmission, the beginning of the sexual relationships in more and more early ages of the life, as well as the practice of the sex without protection and the tendency to the promiscuity. For all the above-mentioned the objective is to contribute to the challenges of the communication by means of the application of an action plan for the fight against this virus in the youths.

KEY WORDS: HPV, challenges of the communication, action plan, young.

INTRODUCCIÓN

La experiencia acumulada en la literatura especializada a nivel mundial y nacional, referido al aumento en la incidencia de las Verrugas Genitales en jóvenes, causadas por VPH; coincide con los resultados obtenidos en las visitas de terreno en la localidad, donde se ha detectado que estas se observan con mayor frecuencia en jóvenes; entre las causas se encuentran, el desconocimiento de la existencia de enfermedades de transmisión sexual, el comienzo de las relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas de la vida, así como la práctica del sexo sin protección y la tendencia a la promiscuidad.

Por todo lo anterior, este trabajo propone un plan de acción con el objetivo de contribuir a los desafíos comunicacionales para aplicarlo en escuelas secundarias, politécnicos, preuniversitarios y otras instituciones educacionales donde se concentren los jóvenes, en el cual participen la escuela, la institución de salud y la comunidad. Dirigido a proporcionar conocimientos sobre las características de las Verrugas Genitales, sus consecuencias, los factores que favorecen su adquisición, el reconocimiento precoz de los síntomas así como a desarrollar actitudes reflexivas para el enfrentamiento y la prevención de esta enfermedad, lo que debe redundar en la disminución de su incidencia en este grupo poblacional.

Las Verrugas Genitales

Las Verrugas Genitales (VG) "son una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes mundialmente, con un aumento en su incidencia en las tres últimas décadas; se estima la existencia de 600 millones de individuos infectados y 190 millones con infección clínica" (Menéndez y otros, 2004, s/p.). Actualmente, la infección genital causada por el virus del papiloma humano (VPH) "…es la infección de transmisión sexual más común en los Estados Unidos. Más de la mitad de las mujeres y los hombres sexualmente activos son infectados por el VPH en algún momento de sus vidas" (MMWR, 2002, p. 51) "En Latinoamérica no existen estadísticas oficiales sobre la extensión de la infección por HPV" (Obanza y González, 2003, s/p). "En Cuba, durante el período 1990-2005, se notificaron 52.101 casos, con la tasa más alta en el 2000 con 42,5 x 100 000 habitantes" (MINSAP, 2004, s/p).

El contagio y la vía de trasmisión

El contagio con VPH depende de varios factores: localización de las lesiones, cantidad del virus presente, grado y naturaleza del contacto, y el estado inmunológico del individuo expuesto.

La vía de transmisión más frecuente en adultos es la sexual, "Estos causan formaciones generalmente planas y casi invisibles, comparadas con las verrugas causadas por los VPH-6 y VPH-11" (Muñoz, 2003, p. 348). En niños la transmisión puede ser además vertical (transplacentaria) o perinatal (contacto con el canal de parto) La infectividad es alta (90 al 100% de las parejas de mujeres infectadas se contagian y 50 a 60 % de los contactos se infectan con una sola exposición). Estudios epidemiológicos señalan que "…de las mujeres que inician su actividad sexual, hasta el 50% estará afectada por algún tipo de HPV en los 2 primeros años y 80% podrán desarrollar la infección" (Bekkers, 2004, p. 14). "Se ha detectado un amplio espectro de HPV en 35 % de muestras de biopsia de piel normal y hasta 90 % en raspado de superficie de piel normal" (Miracco y col, 2001, p. 826).

La experiencia acumulada en la literatura especializada a nivel mundial y nacional, referido al aumento en la incidencia de las Verrugas Genitales en jóvenes, causadas por VPH; "A lo largo de la vida se estima que más del 80 por ciento de las personas sexualmente activas resultarán infectadas por el virus del papiloma humano (VPH), según ha informado la coordinadora del Grupo Español de ETS/SIDA de la Academia Española de Dermatología y Venerología (AEDV), la doctora Teresa Puerta" (La vanguardia Vida, 2016. p.1). También se expresa que: "En general (hombres y mujeres combinados) informaron la incidencia anual de las VAGs (incluyendo nuevas y

recurrentes); variaron desde 160 hasta 289 por 100.000", (Harshila, y Puneet , 2011, p. 2).

En Cuba se han realizado estudios al respecto y se ha reconocido que "El condiloma acuminado (verruga genital) es la infección de transmisión sexual más frecuente que existe a nivel mundial" (Osa de la, 2015, p. 1). coincide con los resultados obtenidos en las visitas de terreno en la localidad, donde se ha detectado que las Verrugas Genitales se observan con mayor frecuencia en jóvenes; entre las causas se encuentran, el desconocimiento de la existencia de enfermedades de transmisión sexual, el comienzo de las relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas de la vida, así como la práctica del sexo sin protección y la tendencia a la promiscuidad, debido a la mayor movilidad de los jóvenes hacia áreas recreativas como campismos, playas y otras.

Por todo lo anterior el propósito de este trabajo es proponer un plan de acción para aplicarlo en escuelas secundarias, politécnicos, preuniversitarios y otras instituciones educacionales donde se concentren los jóvenes, dirigido a proporcionar conocimientos sobre las características de las Verrugas Genitales, sus consecuencias, los factores que favorecen su adquisición, el reconocimiento precoz de los síntomas así como a desarrollar actitudes reflexivas para el enfrentamiento y la prevención de esta enfermedad, lo que debe redundar en la disminución de su incidencia en este grupo poblacional, en una mejor calidad de vida y en un mejoramiento de la salud de la comunidad.

Desafío comunicacional en la prevención de verrugas genitales

Los planes de acción constituyen un desafío comunicacional desde el trabajo grupal, en el que intervienen las instituciones de salud, la escuela y la comunidad. Constan de:

Título

A quien va dirigido el plan de acción

Meta

Objetivo general

Objetivos específicos

Desarrollo de acciones mediante: objetivo, actividad, responsable, fecha y lugar, recursos e indicadores para la evaluación.

A continuación presentamos el que nos ocupa.

Título: Plan de acción para contribuir a la prevención de verrugas genitales

El plan de acción va dirigido a:

Publico principal: jóvenes

Publico secundario: familiares más allegados, maestros, enfermera entrevistadora encuestadora, psicólogo, brigadista sanitaria.

Meta: proporcionar conocimiento sobre esta enfermedad y reducir el número de jóvenes con Verrugas Genitales.

Objetivo general: prevenir a la población de mayor riesgo sobre la adquisición y consecuencias de las Verrugas Genitales.

Objetivos específicos:

- Identificar las características de las Verrugas Genitales, sus consecuencias y los factores que favorecen su adquisición.
- Reconocer, de forma precoz, los síntomas de la enfermedad.
- Desarrollar actitudes reflexivas para el enfrentamiento y la prevención de esta enfermedad.

Desarrollo de acciones

Objetivos	Actividad	Responsable	Fecha y Lugar	Recursos	Indicador
I Constitución de los grupos en las instituciones educacionales	Encuentro con jóvenes, sus familiares y maestros para proponer la creación del grupo	Maestro, médico y enfermera entrevistadora encuestadora Invitado: Psicólogo del área.	1ra quincena de enero Escuela seleccionada	Local	% de asistencia Bueno: 80 % o más
	Lluvia de ideas para nombrar el grupo	Maestro médico	Ídem ant.	Local	Ídem ant.
	Discusión grupal para fijar fechas y lugar de los encuentros	Maestro médico	Ídem ant.	Local	Idem ant.
II Que las personas incluidas en el plan de acción obtengan conocimientos sobre las características de las verrugas genitales	1. Charla educativa. Tema: Cuadro clínico de las verrugas genitales	Médico Invitados: Enfermera y maestro	2da quincena de enero Escuela seleccionada	Local	% de asistencia Bueno: 80 %
	2. Discusión grupal sobre los aspectos expuestos en la charla educativa	Médico Invitados: Enfermera y maestro	Ídem ant.	Local	Asistencia B= 80 % Intervenciones adecuadas B = 50%
III Que las personas incluidas en el plan de acción obtengan conocimientos sobre las causas y consecuencias de la enfermedad y cómo prevenirla.	3. Exposición oral: Tema: Adquisición, desarrollo y prevención de las verrugas genitales.	Médico Invitados: Enfermera, psicólogo y maestro	1ra quincena de febrero Escuela seleccionada	Local	% de asistencia B = 80 %
	4.Entrega de hojas educativo-informativas sobre el tema	Enfermera entrevistadora encuestadora	Ídem ant.	Papel	Existencia y calidad de las hojas.
	5. Confección de un mural sobre la prevención de verrugas	Maestro, enfermera, y brigadistas	Ídem ant.	Papel, goma y demás	Existencia y calidad

	genitales	sanitarias		mate riales necesarios	
	6. Confección de materiales informativos sobre las causas consecuencias y prevención de la enfermedad. colocarlos en las escuelas	Enfermera entrevistadora encuestadora y brigadistas sanitarias	Ídem ant.	Papel, goma y demás mate riales necesarios	Existencia y calidad
	7. Demostración sobre el modo de empleo de los anticonceptivos más usados en los jóvenes.	Médico Enfermera y brigadista sanitaria y maestro	2da quincena de febrero Escuela seleccionada	Local, Anti con cepti vos Pizarra y tizas, para esquemas y diagramas.	% Asistencia B = 80 %
	8.Agregar al mural materiales sobre los métodos anticonceptivos	Maestro y brigadistas sanitarias	Ídem ant.	Mate riales necesarios	Existencia y Calidad
	9. Técnica participativa a fin de consolidar el conocimiento	Médico Invitados: Enfermera psicólogo del área y maestro	1ra quincena de marzo Escuela seleccionada	Local	% de respuestas adecuadas B = 60%
IV Que las personas incluidas en el plan de acción puedan identificar de forma precoz los síntomas de la enfermedad.	10. Exposición de un video que muestre las características y síntomas de la enfermedad.	Médico Invitados: Enfermera, psicólogo del área y maestro	2da quincena de marzo Escuela seleccionada	Televi sor, video-casetera, Película	% de asistencia B = 80 %
	11. Discusión Grupal sobre el material expuesto.	Médico Invitados: Enfermera, psicólogo del área y maestro	Ídem ant.	Local	Intervenciones adecuadas B = 70 %

	12.Técnica participativa para comprobación del conocimiento	Médico Invitados: Enfermera, psicólogo del área, maestro y brigadista sanitaria	1ra quincena de abril Escuela seleccionada	Local	% respuestas correctas B = 70 %
V Promover a la autorreflexión sobre los factores que favorecen la adquisición de la enfermedad, sus consecuencias, actitud ante ella y cómo evitarla.	13. Técnica de simulación (socio drama) sobre los factores que favorecen la adquisición de esta enfermedad, así como sus consecuencias.	Medico, apoyado por: psicólogo enfermera maestro y brigadista sanitaria	2da quincena de abril Escuela seleccionada	Local	% de asistencia Calidad de la actividad B = 80 %
	14. Discusión grupal sobre el tema	Médico y maestro	Ídem ant.	Local	Calidad de la actividad
	15. Exposición de vivencias por parte de una persona que haya sufrido la enfermedad sobre sus experiencias para manejarla.	Médico y maestro	1ra quincena de mayo Escuela seleccionada	Local	% de asistencia y calidad de la actividad B = 80 %
	16.Discusión grupal	Medico y maestro	Ídem ant.	Local	Calidad de la actividad B = 80 %
	17. Proponer al grupo la formación de un club de jóvenes para la divulgación de cómo prevenir las verrugas genitales.	Médico Invitado: Trabajador Social	2da quincena de mayo Escuela seleccionada	Local	% Asistencia B = 80 %
	18.Proponer al Grupo plan de actividades recreativas	Maestro, Invitados Líderes formales de la comunidad	De junio en adelante Escuela seleccionada	Local	% de asistencia y calidad de intervenciones B = 80 %
	19.Técnica participativa de consolidación de conocimiento	Médico y maestro Invitado Psicólogo	2da quincena de junio Escuela seleccionada	Local	% de respuestas adecuadas B = 80 %

Supervisión

- Realizar visitas sistemáticas a las diferentes actividades que se realizan según el plan de acción.

- Comprobar existencia y calidad de murales y volantes.
- Constatar por ciento de respuestas positivas en las actividades de consolidación de conocimientos incluidas en el plan de acción.

Evaluación:

De proceso tendrá en cuenta los % de asistencia y calidad de las respuestas según se reflejan en el plan de acción, así como su repercusión en la reducción de casos. A los 6 meses de iniciado el plan debe haberse reducido en un 5 %, al año un 10%, la incidencia de casos de Verrugas Genitales.

De impacto a los 2 años la tasa debe haberse reducido en un 20 %.

CONCLUSIONES

Las Verrugas Genitales tienen una mayor incidencia en la población joven.

El aumento de la incidencia de las Verrugas Genitales está dado, fundamentalmente, por: el desconocimiento de la existencia de enfermedades de transmisión sexual, el comienzo de las relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas de la vida, así como la práctica del sexo sin protección y la tendencia a la promiscuidad.

La aplicación de un plan de acción en los centros educacionales constituye un desafío comunicacional para contribuir al conocimiento sobre esta enfermedad. Los resultados de la aplicación del plan de acción se medirán en el proceso y en el impacto, de acuerdo con las cifras reflejadas en el plan como evaluación de la actividad.

REFERENCIAS

Bekkers, R.L. y col. (2004). Epidemiological and clinical aspect of human papillomavirus detection in the prevention of cervical cancer. *Rev Med Virol*.

Cuba. (2004). Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.

Harshila, M., Puneet Singhal, (2011). *S. Perlas. Revisión Sistemática de la Incidencia y Prevalencia de las Verrugas Genitales*. Recuperado de https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/menopausia/vm-193/incidencia-prevalencia-verrugas-genitales/

La vanguardia Vida, (2016). *Se estima que más del 80% de las personas sexualmente activas resultarán infectadas por el VPH* Recuperado de https://www.lavanguardia.com/vida/20160212/302110200515/se-estima-que-mas-del-80-de-las-personas-sexualmente-activas-resultaran-infectadas-por-el-vph.html

Menéndez M. y col. (2004). Actualización de la terapéutica del papilomavirus humano. Terapia convencional. *Rev Cub Med.* 43 (1)

Miracco, C. y col. (2001). Malignant Melanoma: Search for human papillomavirus. *Arch Dermatol/Vol-137,* Jun, pages: 826-827.

MMWR. (2002). *Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases*. Centers for Disease Control and Prevention.

Muñoz, N. y col. (2003). Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *New England Journal of Medicine*.

Obanza, E.F. y González, A.L. (2003). Condiloma Acuminado. *Guías Clínicas en Atención primaria*; 3 (33). Recuperado de: http://www.Fisterra.com.br.

Osa de la, J. (2015). Condiloma acuminado. Consulta Médica. Entrevista con el Doctor en Ciencias Médicas Israel Alfonso Trujillo, especialista de Segundo Grado en Dermatología, Máster en Enfermedades Infecciosas, Profesor Auxiliar Periódico *Granma.* 11 de enero de 2015.

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA FORMACION DE UNA CULTURA DE SALUD EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

EDUCATIONAL STRATEGY FOR THE FORMATION OF A HEALTH CULTURE IN MEDICINE STUDENTS

Prudencio Eloy Caballero Peña pcaballero@ltu.sld.cu

Clara Noemí Goodridge Altabás

Norka Goodridge Altabás

Rafael Izquierdo Ramírez

RESUMEN

El trabajo aborda desde una perspectiva integradora la necesidad de la implementación de una estrategia educativa para la formación de una cultura de salud en los estudiantes de medicina en el municipio Puerto Padre, a partir de las insuficiencias detectadas se declara como problema de la investigación las insuficiencias en la educación para una cultura de la salud en los estudiantes de las ciencias médicas, como objetivo se propone elaborar una estrategia educativas para una cultura de salud en los estudiantes de las ciencias médicas se declara como hipótesis que con la aplicación de una estrategias educativa se contribuirá a la formación de una cultura de salud en los estudiantes de la ciencias médicas, se trabaja como metodología la conformación de una estrategia educativa que consta de tres estadios fundamentales con sus objetivos bien definidos y las acciones que dan viabilidad a la misma desde una perspectiva educativa para la salud los resultados más importante están determinados por un notable grado de satisfacción de los estudiantes ante la ejecución de estos estudios, contribución al fomento y consolidación de una cultura integral desde las Ciencias Médicas.

PALABRAS CLAVES: estrategia educativa, cultura de salud, formación

ABSTRACT

The work addresses from an integrative perspective the need for the implementation of an educational strategy for the formation of a health culture in medical students in the Puerto Padre municipality, based on the inadequacies detected, the insufficiency of the research is declared as inadequacies. in the education for a health culture in medical science students, the objective is to develop an educational strategy for a health culture in medical science students, it is stated as a hypothesis that with the application of an educational strategy It will contribute to the formation of a health culture in medical science students, the formation of an educational strategy consisting of three fundamental stages with its well-defined objectives and the actions that give viability to it from a perspective is worked as a methodology health education the most important results they are determined by a remarkable degree of student satisfaction with the execution of these studies, contribution to the promotion and consolidation of an integral culture from the Medical Sciences, student understanding about their role in health education,

KEY WORDS: educational strategy, health culture, training

INTRODUCCIÓN

Desde los tiempos más remotos el hombre ha ido a la búsqueda del conocimiento a partir de sus propias necesidades, lo anterior explica el hecho de que a través de las diferentes etapas de la práctica socio histórica este haya acumulado paulatinamente los conocimientos que han formado su saber en un contexto biopsico social .

Cada una de estas etapas históricas antes referidas han estado signadas por características peculiares que han determinado su diversidad de concepción y en la cual han intervenido un grupo importante de factores objetivos y subjetivos, sin embargo en los albores del desarrollo de la especie humana no se puede hablar de investigación ni de ciencia, fenómenos que a la postre se fusionaran armónicamente para devenir en herramienta imprescindible para la solución de los problemas mas acuciantes de la humanidad.(Aballe, 2001).

En los momentos actuales los fenómenos relacionados con la salud humana cobran una mayor singularidad y esto también ocurre en el contexto educativo de la sociedad básicamente en la Educación Superior. La ausencia de una estrategia que permita el hallazgo de la causa de los problemas inherente a la salud es una limitante de gran envergadura en la actualidad, sin embargo la propia practica como proceso interactivo ha ido dotando al individuo de instrumentos cognoscitivos para enfrentar esta problemática.

En la educación Médica Superior se torna como una necesidad para los estudiantes de las especialidades medicas la consolidación de un conocimiento y una actitud en torno a una cultura de salud desde una posición teórica y un método que explique científicamente los problemas mas urgentes de este proceso y busque las causas que los engendraban aparejado a su solución a partir de una estrategia que marque el desarrollo de acciones para la consolidación de estos propósitos (AbdaL, 1999).

Es necesario además destacar que independientemente de lo puesto en práctica en el contexto de la docencia médica los procesos referidos a una cultura de salud han contado con innumerables escenarios de actuación pero en el escenario de referencia aun se vislumbran fisuras epistemológicas lo cual explica cuan importante es tener en cuenta esta situación para demostrar lo complejo de su atención y desarrollo, cabe decirse también que de nada vale conocer los resortes que mueven la salud si no se establecen políticas adecuadas de promoción para que el proceso salud- enfermedad no quede en el olvido como un deber institucional y social.

El presente trabajo aborda desde una perspectiva integradora la necesidad de implementar una estrategia para una cultura de salud en los estudiantes de las especialidades médicas como experiencia pedagógica en la Filial de Ciencias Médicas de Puerto Padre, Las Tunas.

Materiales y métodos

El estudio se realizó en la Filial de Ciencias Médicas de Puerto Padre, Las Tunas en un periodo de dos años (2016-2018) y para ello se han tenido en cuenta sobre todo el nivel de insuficiencias que existen en la formación de una cultura para la salud en estudiantes de esta institución lo que ha evidenciado la necesidad de este estudio y la implementación de una estrategia educativa para la ejecución de esta alternativa

científico pedagógica que se pongan en función de estas necesidades en un proceso del construcción científica del conocimiento.

Estas insuficiencias están direccionadas ante todo hacia una concepción tradicionalista de los procesos culturales formativos en estos estudiantes en un contexto pedagógico.

El estudio estuvo respaldado por el uso de talleres interactivos y técnicas de recolección de información como encuestas y entrevistas que posibilitaron una valiosa información sobre el tema de investigación y la muestra estuvo integrada por 20 estudiantes de un universo de 62 lo cual es representativo. De ellos 12 son estudiantes de Medicina y 8 de Estomatología.

La muestra refleja como característica fundamental el ser estudiantes de primer año de sus respectivas carreras y que han evidenciado determinadas insuficiencias en la formación cultural desde la salud por lo que se requiere de un proceso formativo que contribuya a la solución de esta problemática,

Como criterios de inclusión se tienen:

Estar desempeñándose como estudiantes en la institución de manera sistemática.

Estar de acuerdo a participar en el estudio.

Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta:

No desempeñarse como estudiantes de la institución.-.

No estar de acuerdo a participar en el estudio

Tras este análisis se aplicó la siguiente estrategia educativa

Estrategia educativa para una cultura de la salud

Primer estadio: Identificación de la formación cultural

Objetivo: Identificar la esencialidad de la formación cultural del estudiante reflejando el reconocimiento de esta como necesidad de manera autocrítica

En consecuencia con lo anterior, se configura como:

Segundo estadio Interiorización de la formación cultural

Objetivo: Caracterizar la formación cultural del estudiante desde la estrategia explicándola desde la dinámica de la misma a partir de la relación contradictoria entre la valoración de la formación cultural, entendida como potencialidad contextual para el desarrollo de este proceso y las relaciones y regularidad que tipifican el modelo de la dinámica de esta formación

A partir del anterior, se arriba a un tercer estadio.

Tercer estadio: Materialización de la formación cultural

Objetivo: Valorar el desarrollo de la dinámica del proceso de formación cultural el que están presentes no solo la valoración de esta formación y los sustentos culturales que tipifican la misma sino también las acciones específicas para la formatividad cultural del estudiante en una dialéctica entre los componentes de la práctica educativa determinada por conocimientos y habilidades, expresados en acciones concretas y la

regularidad, que determinan el movimiento de los eslabones de este proceso de formación cultural desde la docencia médica.

Principales resultados.

Los aspectos más relevantes del estudio obtenidos a través de las técnicas de recolección de información y el taller interactivo se direccionan hacia una aseveración científica acerca de este proceso formativo de los estudiantes de las Ciencias Médicas pues se pudo demostrar que no existe una suficiente formación cultural desde la salud y que además no se ha tenido en cuenta el componente pedagógico, corroborando que esta formación ha discurrido a través de patrones tradicionalistas que no han tenido en cuenta suficientemente lo pedagógico como componente esencial en un proceso de esta categoría.

Los resultados de este estudio se palpan a través de una indagación científico pos estudio a través de las técnicas de recolección de datos descritas y que permitieron mostrar las insuficiencias declaradas por lo que se aprecia un sentido práctico en la investigación, además se pudo corroborar que existen limitaciones importantes en la formación cultural de los estudiantes apreciadas en la propia práctica docente, hay que significar además, que los estudios realizados hasta el momento sobre el tema si bien muestran resultados parciales muestran aun inconsistencias al respecto que deben ser cubiertas con nuevas alternativas de formación, los resultados alcanzados a través de este estudio ofrecen todas la posibilidades de comprobación en la práctica por lo que pueden ser validadas por las vías establecida para ello.(Addine, 2002 y Abreu, 1997).

Estos resultados pueden observarse de la siguiente forma:

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto es importante señalar que la estrategia educativa representan un espacio de suma importancia para el desarrollo cultural del estudiante asumiendo este como una necesidad de primer orden, la concepción de esta alternativa constituye además un fenómeno de carácter ético pues las manifestaciones conductuales de los individuos favorecen o retrasan el desarrollo social en todas sus manifestaciones .Para comprender el impacto social de esta investigación en Puerto Padre es necesario conocer las características más importantes del territorio y su incidencia en la sociedad cubana, según Núñez (2007) la polémica en torno a cómo debería ser pensado el papel de la ciencia en relación al desarrollo socio cultural sigue teniendo una actualidad extraordinaria por lo que se han tenido en cuenta los siguientes aspectos básicos en este análisis.

La sociedad ha de ser colocada como elemento primordial respecto a los múltiples temas en juego.

El abordaje de la cultura desde la ciencia ha de tener en cuenta su carácter clasista y su movimiento en el desarrollo.

La concepción de la formación cultural del estudiante debe hacerse con racionalidad y objetividad

El abordaje de la ciencia en función de la cultura debe tener un carácter sistemático, holístico y dialectico.

Resultados más importantes

Notable grado de satisfacción de los estudiantes ante la ejecución de estos estudios.

Contribución al fomento y consolidación de una cultura integral desde las Ciencias Médicas

Comprensión por parte del estudiante acerca de su papel en torno a la promoción de salud desde lo cultural.

Impacto social sostenido en cuanto a las necesidades del conocimiento desde lo cultural y su incidencia en el estado de salud de la población..

Papel protagónico de los medios de difusión especialmente la radio en el territorio lo cual ha servido de canal informativo y de educación para la salud de la población desde una perspectiva educativa y cultural.-

Incremento de las investigaciones en el territorio desde una perspectiva cultural en el contexto de la salud.

Crecimiento de las sociedades científico estudiantiles en el municipio a partir de las necesidades socio culturales con repercusión en una promoción para la salud

Crecimiento sustancial en el nivel de interdisciplinariedad de las Ciencias en un contexto docente educativo y científico cultural.

Como se puede apreciar son disímiles los resultados evidenciados en el municipio a partir del desarrollo de esta estrategia educativa aplicada para la formación de una cultura de la salud en estos estudiantes lo cual constituye una imperiosa necesidad para el logro de los objetivos propuestos sobre la base de una plataforma científica que tiene su fundamento en los postulados básicos de las investigaciones socio médicas y la intervención de lo socio cultural. (Ancizar, 2016).

Hay que señalar demás que el estudio realizado abre nuevos espacios para futuras investigaciones sobre el tema pues los resultados muestran una comprensión plena por parte de los docentes de la necesidad de implementar estrategias de formación científico profesional a partir de las insuficiencias detectadas en el estudio y reconocidas por estos profesionales.

Como confirmación del estudio se puede afirmar que el mismo ofrece una atinada fundamentación epistemológica acerca del proceso de formación cultural de los estudiantes de las Ciencias Médicas como necesidad impostergable para la consolidación de los procesos formativos que se gestan en el contexto de la Educación Médica Superior.

CONCLUSIONES

Las investigaciones socio culturales en la salud en Puerto Padre han evidenciado un crecimiento sustancial en el orden cuanticualitativo a partir de las necesidades sociales del territorio en este contexto.

El impacto social de la estrategia educativa aplicada ha podido ser corroborado a partir de la indagación científica y sustentada en un ordenado mecanismo de obtención de datos.

El impacto social y académico de las investigaciones socio culturales en la Filial de Ciencias Médicas de Puerto Padre constituye un punto de partida para el desarrollo de una aprehensión cultural sostenida estratégicamente para una promoción de salud en el contexto de la docencia médica

REFERENCIAS

Aballe, PV. (2001). *Las reflexiones epistemológicas de formación de profesionales de la Educación Superior*. La Habana: Material impreso ISPJVE.

AbdaL- H,T. (1999). *Constructivism in Teacher Education: Considerations For Those Who Would Link Practice to Theory*. Recuperado de http://www.ericsp.org/pages/digests/construct_edu_97-.htm

Abello R. LL. (2007). *Estrategias de formación Investigativa*. Colombia: Editorial Universidad del Norte

Addine F. F. (2002). *Modelo para el diseño de las relaciones interdisciplinarias en la formación científica de profesionales de la educación*. La Habana: Pueblo y Educación.

Abreu, J. (1997). *Formación de los profesionales en la Educación*, Estudios Latinoamericanos Rómulo Gallegos. Venezuela: Editorial CELARG

Airhihenbuwa, C. (1994) *Metodología educativa*. Canadá: Editorial Health

Ancizar. R, (2016) Investigación pedagógica y formación del profesorado. En: *Revista Iberoamericana de educación (*OEI) Universidad de Caldas, Recuperado de: http://www.rieoei.org/deloslectores/054Ancizar

Angulo. F. (1999). *El proceso de formación pedagógica en la universidad actual*. Mexico: Fondo cultural.

Añorga. J. (2005) *Glosario de Educación de Avanzada*. La Habana: Material impreso. Maestría en Ciencias de la Educación.

Alanís. A. (1996) *Formación científica e investigativa*. México: Editorial Trillas. .

Alba.de A. (1991) *Metodología educativa. Problemática y aspectos propositivos. Perspectivas docentes*. México: Editorial UNAM. 62/1999.

INTERVENCIÓN COMUNITARIA SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADULTO MAYOR

COMMUNITY INTERVENTION ON THE SUICIDAL BEHAVIOR IN THE OLDER ADULT

Randy María Rodríguez López randymaría@ltu.sld.cu

Ondina Carmenate Perera

Ibis Mariño Parra ibis7211@nauta.cu

RESUMEN

Se realizó una intervención en salud con participación familiar y social sobre adultos mayores con factores de riesgo de la conducta suicida, Policlínico Docente “Romárico Oro Peña” desde septiembre de 2017 a junio 2019. Se revisaron las historias clínicas de la consulta de salud mental del área de salud y de familiares, que desearon participar en la investigación.Los grupos de edades que predominaron fueron los de 75 a 79 y el de 70 a 74 años para un 24.2 y 23.7% respectivamente. Existió un predominio del masculino con 402 (52 %) y el nivel educativo de secundaria terminada con 227 casos (29%). El 72 % eran jubilados. Los individuos del estudio se caracterizaron por ser mayores de 70 años, masculinos, viudos, jubilados y con nivel de escolaridad de secundaria básica. La ansiedad y la depresión constituyeron los síntomas más frecuentes. El trastorno psiquiátrico predominante fue el trastorno afectivo bipolar.

PALABRAS CLAVES: adulto mayor, conducta suicida, trastornos psiquiátricos, prevención.

ABSTRACT

It was carried out an intervention in health with family and social participation on older adults with factors of risk of the suicidal behavior, Policlinic Docent "Romarico Oro Peña" from September of 2017 to June 2019. The clinical histories of the consultation of mental health of the area of health were revised and of family that wanted to participate in the investigation. The groups of ages that prevailed those went from 75 to 79 and the one of 70 to 74 years for a 24.2 and 23.7% respectively. A prevalence of the masculine one existed with 402 (52%) and the educational level of secondary finished with 227 cases (29%). 72% was retired. The individuals of the study were characterized to be bigger than 70 years, masculine, widowers, pensioners and with educational level of secondary basic. The anxiety and the depression constituted the most frequent symptoms. The predominant psychiatric dysfunction was the bipolar affective dysfunction.

KEY WORDS: older adult, suicidal behavior, psychiatric dysfunctions, prevention.

INTRODUCCIÓN

La palabra suicidio, plantea Turiño (2004), viene de dos voces latinas: sui (sí mismo) y cidium (matar). El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, variando sus características de acuerdo a la cultura y la estructura socioeconómica. Como fenómeno individual es conocido en todas las sociedades.

Así en Mesopotamia era asumido hasta el punto que, según un mito, el primer hombre fue modelado con barro y sangre del dios suicida Bel. En Egipto la muerte voluntaria no fue condenada, según ha referido Hernández (2015).

En el siglo XVIII, se comienza a observar una actitud menos punitiva en relación con el suicidio. Más tarde, el siglo XX, vio nacer la época moderna del estudio del suicidio: los estudios de Emile Durkheim, con una visión plenamente sociológica o la presencia de Sigmund Freud, que dedican esfuerzos destacados a la comprensión del suicidio, Organización Panamericana de la Salud (2014) y Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el suicidio como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal. Se entiende por intento de suicidio todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación auto infligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal. Por otra parte, el comportamiento suicida incluye la ideación suicida, así como planificar, intentar y cometer un suicidio propiamente dicho, Organización Panamericana de la Salud (2014).

A nivel mundial, refiere Barrientos (2017), este grave problema de salud pública representa un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. En los países de altos ingresos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre: mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer; es en estos últimos donde los recursos y servicios suelen ser escasos y limitados para la identificación temprana, el tratamiento y apoyo a las personas necesitadas, según refiere Benton (2007).

Con respecto a la edad, las tasas son más elevadas entre las personas de 70 años o más, en ambos sexos, en casi todas las regiones del mundo; aunque entre los jóvenes de 15 a 29 años, “el suicidio es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial” Soler, 2010,p.20).

Según las estimaciones de la OMS (2017), en el 2020 más de un millón y medio de personas morirán por suicidios y entre 10 y 20 veces más personas llevaran a cabo una tentativa suicida. Esta cifra representa una muerte por suicidio en el mundo cada 20 segundos y una tentativa suicida cada 1 o 2 segundos. A pesar del avance de la psiquiatría, especialmente en el campo de la psicofarmacología, las tasas de suicidio apenas se han modificado en los últimos 20 años e, incluso, han aumentado en algunos países en vías de desarrollo.

Hoy en día en Cuba la tasa de suicidios continúa siendo inferior a 15 casos por cada 100 000 habitantes, al final del 2016 se registra12.7 ubicado entre las primeras diez causas de muerte en el país, según datos estadísticos de DNE-MINSAP (2017).En nuestra provincia se reportaron 92 casos para una tasa de 17.1 por cada 100000 habitantes. En el municipio Puerto Padre se registraron 4 casos mientras que al cierre del 2017 se incrementa a 11 para un tasa de 20 por cada 100000 habitantes. En Cuba, la expectativa de vida es mayor de los 75 años. Al final del 2016, había 2198220 personas mayores de 60 años, lo que representaba 19.5% de la población. Se espera

que para el 2025, 25 % de la población cubana tenga más de 60 años, DNE-MINSAP (2017).

La consumación de actos autolíticos en esta población alcanza la mayor proporción de casos con respecto a otros grupos etarios. El suicidio aparece enfocado en esta población dirigido bajo un prisma multifactorial, fundamentado de elementos previos y manifestados por el afectado de modo deliberado y externo. (Ocio, 2007).

Como se ha señalado con anterioridad, el suicidio en los ancianos es un fenómeno altamente complejo en el que se conjugan factores tanto individuales como familiares y sociales. Su frecuente asociación a trastornos depresivos y la poca frecuencia con que estos se diagnostican, obligan a revisar detenidamente el tema en la búsqueda de nuevas estrategias de intervención y promoción de salud. (Campos, 2008).

Caracterización socio-demográfica de los adultos mayores.

Edad y sexo:

Al analizar los resultados obtenidos después de aplicada la entrevista a los sujetos que participan en la intervención, encontramos que los grupos de edades que predominaron fueron los de 75 a 79 y el de 70 a 74 años para un 24.2 y 23.7% respectivamente. El relacionar la edad avanzada como factor de riesgo favorecedor del suicidio se basa en que, desde el punto de vista psíquico, el proceso de envejecimiento se caracteriza por las transformaciones corporales, tanto anatómicas como funcionales. La vivencia corporal cobra en el anciano una importancia singular. Para muchos ancianos, el cuerpo es percibido con una mayor frecuencia y generalmente con una connotación negativa. Los adultos mayores muestran una menor capacidad de adaptación al estrés y situaciones nuevas, con una mayor tendencia a la autoprotección y a la evitación, y este fenómeno se incrementa con la edad.

Estos hallazgos también coinciden con una investigación realizada en el Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología en Santiago de Cuba por Moreno (2012), donde se demostró que el mayor riesgo de morir por suicidio estaba en la población mayor de 60 años de edad, en el grupo etario de 75 y más años, y en el de 60-74 años.

En cuanto al sexo que se evidenció que existe un predominio del masculino con 402 casos para un 52 %.

En un estudio realizado en el Departamento de Sociología de la Universidad de Antioquia por Pérez FA (2014), se aborda sobre ciertos factores como protectores o como potenciadores de la conducta suicida, los cuales son asociados a pautas de comportamiento femeninas y masculinas. Para el caso de los hombres, un factor de riesgo es el alto consumo de alcohol, pues como lo demuestran varios estudios existe una mayor proporción de intoxicación alcohólica en el acto suicida por parte de éstos. A este elemento también se relaciona la mayor letalidad de los métodos usados por el sexo masculino tanto por el acceso (armas de fuego y en este contexto pesticidas altamente tóxicos) como por el hecho de encontrase en un estado alterado que contribuye a desinhibir el comportamiento. En cambio, en las mujeres, podrían mencionarse por lo menos dos elementos que pueden actuar como protectores de la

conducta suicida: por un lado, el rol de ser madre y que genera un peso moral frente a la propia existencia.

Resultados similares se evidenciaron en un estudio peruano, donde se expone como un mayor riesgo: ser varón, mayor de 60 años, con historia de un intento previo, con antecedentes familiares de suicidio o trastornos del estado del ánimo, con pérdida de pareja reciente (separación, divorcio o fallecimiento), el transcurso de fechas señaladas con gran carga afectiva, sufrir aislamiento social, dificultades económicas, desempleo, sentimientos de incomprensión reales o imaginarios hacia el entorno, humillaciones sociales recientes, abuso de alcohol o drogas, evidenció Tello (2016).

Escolaridad:

En cuanto al nivel escolar predominó el de secundaria terminada con 227 casos para un 29%.

Este dato coincide con un estudio realizado por Santamarina y col (2015) donde se encontró que la proporción más alta de ideación suicida estaba entre las personas con secundaria completa.

El nivel escolar puede influir en las personas con relación al enfrentamiento de los problemas con mayor objetividad o la cultura suficiente para conocer las particularidades de algunos eventos y etapas de la vida, influyendo en la toma de decisiones autodestructivas. Cuando una familia posee una baja escolaridad ocasiona en los miembros situaciones de desesperanza, depresión y conducta suicida, lo que garantiza el medio propicio para la aparición repetitiva del acto suicida, Cruz Rodríguez (2011).

Ocupación:

Otro aspecto encontrado en la entrevista fue que el72 % de los sujetos de la investigación se encuentran jubilados. Este hallazgo no coincide con algunas de las literaturas revisadas, donde varios autores plantean que los desvinculados laboralmente constituyeron un factor de riesgo muy importante, sin embargo en estudio realizado en el Policlínico docente Bartolomé Masó Márquez de Granma durante el año 2015, por Santamarina y col (2015) el mayor riesgo aparece en los jubilados, amas de casa y ultimo por personas que no tienen vínculo laboral.

Las pérdidas asociadas a la jubilación se pueden vivenciar como una agresión a la autoestima, más aún cuando la identidad de una persona está fundamentada en su actividad profesional, por ello es tan importante prepararse para ese cambio y considerar posibles alternativas de desarrollo individual, Hernández (2015).

Estado civil:

En cuanto al estado civil, predominaron los viudos con 256 casos para un 33.1 %, seguido de los solteros 30.7%, divorciados 21.6 y por último los casados con 15.4%.

En un estudio realizado en España por López (2015) se refleja que no hay diferencias significativas en el estado civil sin embargo consideramos que este factor incrementa las frustraciones afectivas, la desesperanza y la soledad, independientemente de que estas carencias afectivas puedan ser sustituidas por otros familiares allegados. Esto coincide con un estudio realizado por Kokoulina (2014) donde se describe quelas

personas viudas y solteras presentan tasas de suicidio más elevadas que las casadas, y el matrimonio es un factor protector frente al suicidio, lo cual podría explicarse por el apoyo social que se recibe de la pareja.

Riesgo de conducta suicida

En la clasificación del riesgo, el extremo está representado por el menor número de pacientes con solo 9 casos para un 1.16 % predominando el sexo masculino y el de menor o leve con el mayor número 469 para 60.6%por el femenino. En este caso resulta importante evaluar la ideación y el plan, estos reflejan un alto grado de perturbación emocional.

En su comienzo, el sujeto suele manifestar a quienes les rodean que "es mejor terminar con todo, así no se puede vivir, es mejor desaparecer", es decir, explicita su idea autodestructiva. Pero hasta aquí hay ambivalencia, pues se piensa en el suicidio, pero se resiste a la idea; sin embargo, el riesgo aumenta cuando el individuo parece tranquilizarse. Como ya se dijo, entonces cesa la ambivalencia, desaparece la disyuntiva y la lucha interior; generalmente la resolución ha sido tomada y ahora se elabora la ejecución del acto. Abordan sobre el tema estudios realizados por Campos (2008) y Pérez (2014).

Los síntomas que se asocian en los pacientes con riesgo de conducta suicida en este caso en primer lugar la depresión y la ansiedad con 232 casos para un 30%.

Algunos estudios han demostrado en poblaciones clínicas la comorbilidad depresión-ansiedad como el factor de riesgo más importante para la conducta suicida, a diferencia de estas condiciones por separado y que otros diagnósticos, Kokoulina (2014), Hernández (2015) y Tello (2016).

La adaptación a la vejez, como resultado de interacción entre el ambiente y la constitución individual, depende de diferentes factores, fundamentalmente de lo psicológico y social. Es un proceso para el cual el hombre y la sociedad deben estar preparados, cuyo fracaso conlleva innumerables desajustes en el anciano como la depresión, Campos (2008).

Respecto al insomnio se reportan 168 casos para un 21.7 %, seguido de la irritabilidad y por último los pacientes con idea suicida con 6.5% y 1.4% respectivamente.

Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento involucran la disminución del sueño, dificultad para poder mantener un sueño consistente en la noche incrementa el tiempo de estancia en cama, el tiempo que transcurre hasta iniciar el sueño, los despertares, el tiempo de vigilia nocturna y las siestas durante el día, López (2015).

Trastornos psiquiátricos en el adulto mayor:

Los trastornos psiquiátricos asociados en los pacientes del estudio, se evidenció en primer lugar el trastorno afectivo bipolar con 28 casos para 3.6%, los trastornos de personalidad con 21 para 2.7%, el trastorno depresivo recurrente para 1.4% y otros trastornos del humor 2.1%.

Los trastornos del estado de ánimo constituyen un factor de riesgo importante de la conducta suicida. En estudio realizado por Tello Rodríguez (2016); se comprobó que los familiares de primer grado de los que padecían un trastorno del estado de ánimo

tenían un índice de conductas suicidas cuatro veces más alto que los familiares sin trastornos del estado de ánimo, confirmando así la trascendencia de los trastornos del estado de ánimo para el comportamiento suicida.

Kokoulina (2014) en su artículo, refirió que el componente afectivo o emocional de la vida cuotidiana del adulto mayor, muchas veces privada del calor y el apoyo del grupo familiar o de un mínimo de interacciones sociales positivas, confiere significados diferentes a la gradual reducción de diversas funciones biológicas, cognitivas o sensoriales y, con ella, una mayor vulnerabilidad a variados agentes o factores patógenos.

CONCLUSIONES

Los individuos del estudio se caracterizaron por predominar en las edades entre 75 a 79 años, del sexo masculino, estado civil viudos, jubilados y nivel de escolaridad de secundaria básica. La ansiedad y la depresión constituyeron los síntomas más frecuentemente presentes en los pacientes del estudio. El trastorno psiquiátrico predominante fue el trastorno afectivo bipolar.

REFERENCIAS

Barrientos, G., Clavijo, A. (2017). Conducta suicida y su manejo en atención primaria de salud. En: Álvarez Sintes R. (editor científico). *Medicina General Integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social*. 4ta edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Benton T, Staab J, Evans DL (2007).Medical co-morbidity in depressive disorders.Ann *ClinPsychiatry; 19*(4): 289-303.

Campos, M, Hernández, CX, Sotolongo, Y., Oliva, R. (2008). La depresión en el adulto mayor. Algunas consideraciones para su diagnóstico en la atención primaria. *Revista Médica Electrónica; 30*(5). Recuperado de: http://index.html./vol5%202008/revista%20medica%20vol5%202008.htm

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (2015). Suicidio. Mortalidad y prevención. Factográfico de Salud. Biblioteca Médica Nacional. MINSAP. Cuba. Recuperado de: http://files.sld.cu/bmn/files/2015/09/factografico-de-salud-septiembre-2015.pdf

Cruz, E., Moreira, I., Orraca, O., Pérez, N., Hernández, PL. (2011). Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, *Pinar del Río. Rev. Ciencias Médicas; 15*(4):52-61. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n4/rpr07411.pdf

DNE-MINSAP (2017). Anuario estadístico de salud 2016. MINSAP. La Habana, Cuba.

Hernández, P., Villarreal, R. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *Medisan; 19*(8):1048-55. Recuperado de: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=8e5bfa38-f606-4d52-a498-721cd0a4adad%40sessionmgr4007

Hernández, PA., Villarreal, RE. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN; 19*(8): 339-344. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Edsan&format=iso.pft&lang=e&limit=1029-3019

Kokoulina, E., Fernández, R. (2014). Maltrato físico y emocional en la infancia y conducta suicida en el adulto. *RevPsicopatPsicolClin; 19*(2):93-103. Recuperado de: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=28785017-b510-4c4c-bc3c-a73a9fbae0b4%40sessionmgr4007

Moreno, C., Díaz, CL., Soler, R., BrossardCisnero, M., Carbonell, IC. (2012). Caracterización epidemiológica de la conducta suicida en la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN; 16*(2): 205-211. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000200008&lng=es.

Ocio, S., Hernández, MJ. (2007). Manual de la urgencia psiquiátrica en atención primaria. Madrid: TCC.

OMS (2017). Las 10 principales causas de defunción. Boletín de la OMS. Ginebra, Suiza. Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

Organización Panamericana de la Salud (2014). Prevención del suicidio: Un imperativo global. Washington, DC: OPS; Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1&ua=1

Pérez, FA. (2014). Muertes silenciadas: Problemática del suicidio en los campesinos de La Unión (Antioquia). *RevFacNac Sal Púb;32*(2):92-102. Recuperado de: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=fb2b9f82-1cb7-41b3-9dff-9f0726362f36%40sessionmgr4010

Santamarina, A, Quintero, O., Pupo, W., Cambar, Y., Quintero, M, Santamarina, M. (2015). Caracterización de la Conducta Suicida en Bartolomé Masó Márquez en el 2014. *Rev. Hosp. Psiquiátr. 12*(3): Recuperado de: http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro%203/caracterizacion%20de%20la%20conducta%20suicida.html

Soler, R., Castillo, B., Brossard, M., Peña, CE. (2010). Calidad en la ejecución de Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida. *MEDISAN; 14*(5). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-01920100005000 10&lng=es.

Tello, T., Alarcón, D., Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev Perú MedExp Sal Pub; 33*(2):342-50. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200021&lng=pt

Turiño, JA., Castro, F. (2004). Conducta suicida en niños y adolescentes. Aspectos éticos y morales. *RevHumMed; 4* (1):123- 128.

BAJO PESO AL NACER. UN PROBLEMA DE SALUD PERINATAL

LOW WEIGHT AT BIRTH. A PERINATAL HEALTH PROBLEM

Reinier Céspedes Mesa r9207@nauta.cu

Margarita del R. Labrada Gómez

RESUMEN

El índice de bajo peso al nacer se considera un indicador de la calidad de los servicios de salud, y tiene valor pronóstico en la morbilidad y mortalidad neonatal e infantil. Se realizó un trabajo referativo con la finalidad de actualizar los principales factores que condicionan el bajo peso al nacer como un problema de salud perinatal. Se reveló en la sistematización realizada que existen factores determinantes de origen materno, ambiental, placentario y fetal que tienen su génesis en el bajo peso al nacer, se concluye que los factores determinantes del bajo peso al nacer son la mayoría modificables y depende de una actuación con enfoque de riesgo desde el adecuado control preconcepcional y de la atención prenatal. El equipo básico de salud es un ente esencial para mejorar este indicador con acciones específicas en la salud de la mujer durante el ciclo reproductivo.

PALABRAS CLAVES: bajo peso al nacer, mortalidad infantil, riesgo preconcepcional, mortalidad perinatal.

ABSTRACT

The low birth weight index is considered an indicator of the quality of health services, and has a prognostic value in neonatal and infant morbidity and mortality. A referative work was carried out in order to update the main factors that condition low birth weight as a perinatal health problem. It was revealed in the systematization carried out that there are determining factors of maternal, environmental, placental and fetal origin that have their genesis in low birth weight, it is concluded that the determining factors of low birth weight are mostly modifiable and depends on a performance with a risk approach from adequate preconception control and prenatal care. The basic health team is an essential entity to improve this indicator with specific actions on women's health during the reproductive cycle.

KEY WORDS: low birth weight, infant mortality, preconception risk, perinatal mortality.

INTRODUCCIÓN

Un problema relevante en el mundo es el bajo peso al nacer (BPN), que se define como el peso al nacer menor de 2500g, independientemente de la edad gestacional en que se haya producido el parto. Se ha comprobado que por lo menos la mitad del total de las muertes perinatales ocurren en niños con esa condición.

Hoy en día, a pesar de encontrarnos en los albores del siglo XXI el nacimiento de niños con bajo peso al nacer continúa siendo una problemática de carácter universal. Desde principios del pasado siglo, cuando se comenzó a utilizar la expresión parto prematuro, los niños que nacían antes del término se denominaban en general enclenques o bebés congénitamente debilitados. (Magda, 2014 y Matos, 2013)

De hecho, antes de 1872, los niños no eran pesados al nacer, fueran a término o pretérmino, incluso en 1900, en este sentido, Ransom escribía en los Estados Unidos: “de los miles de prematuros que nacen…la mayoría son puestos calladamente apartes…y se realiza muy poco o ningún esfuerzo para rescatarlos” (Ransom, 1900).

En 1903 Williams en la primera edición de su libro escribió: “En términos generales, los niños prematuros que pesan menos de 1500 g casi no tienen oportunidad de sobrevivir, aunque se comentaron algunos casos excepcionales”. (citado por Matos, 2013).

A medida que avanzó el siglo xx, se adquirió conciencia creciente de que los recién nacidos pretérmino y bajo peso requieren cuidados especiales, lo cual fue puesto de manifiesto por el desarrollo de las incubadoras y de las salas de cuidados intensivos neonatológicos. (García, 2014).

En 1910, el escocés Ballantyne llamó la atención sobre la existencia de recién nacidos cuyo peso era mucho menor que el correspondiente para su edad gestacional y Gruenwald en 1963 reconoció que un tercio de los recién nacidos que pesaban poco se debía a sufrimiento fetal crónico o insuficiencia placentaria y no a prematuridad.

En 1967, Battaglia y Lubchenco publicaron tablas de peso según edad gestacional para establecer el diagnóstico del retraso de crecimiento intrauterino. (Magda, 2014; García, 2014; Pérez, 2013)

En septiembre de 1990 se efectuó en la ciudad de Nueva York una cumbre mundial con la finalidad de reducir la morbilidad y la mortalidad en los menores de 5 años, de mejorar la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño.

Globalmente el índice de bajo peso al nacer se considera un indicador de la calidad de los servicios de salud, y tiene valor pronóstico en la morbilidad y mortalidad neonatal e infantil. (García, 2014).

Los niños con bajo peso al nacer tienen serias limitaciones en su sobrevida y en su calidad de vida, son causa de trastornos familiares y sobrecarga a los presupuestos de los servicios de cuidados intensivos y neonatales especiales. Estos neonatos muestran una gran tendencia a padecer distintas enfermedades, con evolución tórpida en la mayoría de los casos, y se considera que la mortalidad durante el primer año es 40 veces mayor en niños con bajo peso en relación con los que nacen con peso normal. (3)

Los que sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico y recientemente esta insuficiencia ponderal se ha asociado con la aparición de algunas enfermedades que ocurren en los adultos, tales como Diabetes Mellitus y enfermedad coronaria. Asimismo, tienen más probabilidad de seguir desnutridos y con menor coeficiente de inteligencia, además de discapacidades cognoscitivas en el futuro.

La Organización Mundial de la Salud, plantea que 1 de cada 6 niños nace con bajo peso, y se reporta un índice del 17 % a nivel mundial, lo que representa 20 millones de niños cuyo peso está por debajo de 2500g. En los países desarrollados el 7 % de los recién nacidos tienen bajo peso, mientras que en los países en vías de desarrollo el 17 % de los recién nacidos presentan bajo peso al nacer. (Pérez, 2013).

La composición del bajo peso al nacer presenta dos posibles mecanismos: uno es nacer antes y consecuentemente ser un niño pretérmino. El otro es sufrir durante la vida

fetal un retardo en el crecimiento (CIUR), habiendo nacido pretérmino o al término de la gestación, lo que se conoce como crecimiento intrauterino retardado (CIUR).

> (…) Los niños que nacen con CIUR tienen 5 veces más posibilidades de morir durante el período neonatal, 4 veces más en el período posneonatal y 4,7 veces más en el transcurso del primer año de vida, si se les compara con los niños nacidos con peso adecuado. Con referencia a lo anterior, los recién nacidos pretérmino deben luchar, en primer lugar, por sobrevivir, y los que sobreviven deben enfrentarse, a largo plazo, a la morbilidad: parálisis cerebral, retardo mental y retinopatía del prematuro. Las principales causas de muerte de los que nacen pretérmino son los trastornos respiratorios, las hemorragias interventriculares y la sepsis, entre otras (Martínez, 2014, p.23).

Aunque hay variaciones según los países y el desarrollo de la neonatología, alrededor de 30 a 60 % de las muertes neonatales ocurre en los niños de menos de 1 500 g y entre 60 a 80 % de todas las admisiones a las unidades de cuidados intensivos neonatal están condicionadas por problemas derivados con el hecho de haber nacido antes de las 37 semanas de gestación. En Cuba el índice de BPN fue de 5,2 en el 2007, con una disminución progresiva; de modo que, en los años 2008, 2009 y 2013 se lograron las cifras más bajas de la historia. Por su parte, en la provincia de Las Tunas, durante el 2017 hubo un índice de 5,5. (Rodríguez, 2014).

Debido al impacto que el bajo peso al nacer tiene en la morbilidad y mortalidad en la infancia, siendo aún un problema relevante de salud pública a nivel mundial, sin resolver, fue que este trabajo se propuso actualizar los principales factores que condicionan el bajo peso al nacer como un problema de salud perinatal.

Generalidades del bajo peso al nacer

El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según *Zuspan,* debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido. (Jorna, 2012).

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades de los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como de procrear y también la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia**.**

En Cuba, en el nivel de Atención Primaria de Salud (APS) existe un programa para el control del Riesgo preconcepcional, que se desarrolla en todos los Consultorios del Médico de Familia (CMF) y se centraliza a nivel del policlínico; tiene como objetivo principal incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr de que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles. (Pérez, 2011).

El enfoque de riesgo encierra la hipótesis que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo nos permite acciones preventivas eficaces, y los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia. La importancia y el valor de los factores de riesgo para la medición preventiva, dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia en la comunidad y en la posibilidad de prevenirlo.

Una vez detectado el problema y su magnitud se debe actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo y de esta manera posibilitar el embarazo en el caso de que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva**.** El eslabón final es esta cadena es la ejecución de medidas para eliminar o modificar los problemas detectados, aplicándose al mismo tiempo acciones de control, promoción y prevención de salud. (Aagaard, 2008).

El bajo peso al nacer ha constituido un enigma para la ciencia a través de los tiempos. Múltiples son las investigaciones realizadas acerca de las causas que lo producen y de las consecuencias que provocan. Se define como recién nacido de bajo peso al nacer a las cifras inferiores a los 2500 gr, el cual obedece a dos causas fundamentales: haber ocurrido el nacimiento antes del término de la gestación (parto pretérmino) o tener el feto una insuficiencia de peso en relación con la edad gestacional (crecimiento intrauterino retardado) o pequeño por su edad gestacional. (Rubén, 2011).

Factores de riesgo y causa del bajo peso al nacer

Las causas antes señaladas están en correspondencia con la aparición de factores determinantes, de origen materno, ambiental, placentario y fetal.

Maternos: Edad materna inferior a los 16 y superior a los 35 años, Malnutrición de la madre, Tabaquismo, Abortos provocados previos, Hipertensión gestacional, Incompetencia ístmico-cervical, Anemias; Sepsis cérvico-vaginales, Diabetes gestacional, Uso de drogas.

Ambientales: Radiaciones, Exposición a teratógenos.

Placentarios: Trombosis de vasos fetales, Arteria umbilical única, Transfusión feto-fetal.

Fetales: Gemelaridad, Infecciones, Cromosomopatías, Enanismos hormonales y genéticos, errores innatos del metabolismo. (Pérez, 1992).

El bajo peso al nacer constituye un importante indicador de maduración biológico y presenta una estrecha relación con la morbi-mortalidad infantil y perinatal, debido a que estos recién nacidos son fisiológicamente más susceptibles ante el estrés del parto, como consecuencia de su insuficiencia vascular, la inmadurez pulmonar y del centro respiratorio. (Prieto, 2014).

Incidencia y prevalencia del bajo peso al nacer

Actualmente la tasa de recién nacido bajo peso al nacer se considera un indicador general de salud; siendo uno de los indicadores más útiles de evaluar los resultados de la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud del niño durante su primer año de vida. Este indicador también refleja la calidad del control prenatal recibido por la madre. La frecuencia con que ocurre el bajo peso al nacer puede considerarse un indicador del estado de salud de una población, si se estima que en el 15% de los partos nacen niños con bajo peso; cifras que pueden incrementarse, ya que dicha frecuencia es sensible a condiciones socioeconómicas adversa. (Prieto, 2014; Cabrera, 2005)

El índice de bajo peso al nacer en Cuba mostró un 20% en los inicios de la década del 60, hasta llegar a un 11.4% en 1975 y un 7.3%, el año 1989. Desde 1990 las condiciones económicas a que se enfrentaba el país repercuten negativamente en las

posibilidades de nutrición de nuestra población y es por eso que el índice de bajo peso al nacer comenzó a aumentar hasta alcanzar la cifra máxima en 1993 cuando llegó a un 9%. Frente a esta situación que atravesaba el país fueron trazadas estrategias encaminadas a mejorar el estado nutricional de la mujer embarazada.

Esto tuvo un rápido impacto logrado revertir favorablemente en el índice de bajo peso al nacer, que para el año 2011 alcanzó un 7.4% cifras estas comparables a las que presentan países altamente desarrollados como Japón, Finlandia y Suecia, todo esto se logró gracias al arsenal científico técnico con el que cuenta nuestro país donde el médico y enfermera de la familia, como verdaderos guardianes de la salud del pueblo, somos los encargados de detectar a tiempo los diferentes factores de riesgos y dispensarizar adecuadamente, ejercer acciones de salud encaminadas al control y protección del grupo con riesgo. (Muguercia, 2014).

Al nivel mundial nacen alrededor de 20 millones de niños con peso insuficiente, lo que representa un 10 a 20% de los recién nacidos vivos, es comprensible la preocupación que, para obstetras, pediatras, neonatólogos y médico general integrales, representa la posibilidad del nacimiento de un niño con estas características, el cual es de causa multifactorial, pues se debe tanto a causas maternas como fetales, así como ambientales.

Complicaciones, control y seguimiento del bajo peso al nacer

Gracias a la atención Primaria de Salud, con el desarrollo de la medicina comunitaria, en el subsistema de atención del Médico y Enfermera de Familia, y a través de la dispensarización, se logra una profundización en la identificación de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población dentro de los cuales el materno infantil ocupa un lugar de alta prioridad. La prevención de las complicaciones y de la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva. (Peraza, 1997).

Se ha considerado que los cuidados de la salud reproductiva deben comenzar en la llamada etapa preconcepcional, es por ello, que entre todas las acciones de salud se destacan las que brindan atención a las mujeres y parejas en edad fértil; por tal razón, entre de los numerosos subprogramas incluidos en el PAMI, adquiere relevancia el Programa de Riesgo Reproductivo. Al respecto, el riesgo reproductivo es la posibilidad que tiene una mujer o su producto potencial de sufrir daño -lesión o muerte- durante el proceso de la reproducción, embarazo, parto y puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez. Sobre la base de lo anterior se puede dividir el riesgo reproductivo en riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), obstétrico, perinatal e infantil. Por su parte, el RRPC se define como la probabilidad que tiene una fémina no gestante de sufrir daño -ella o su producto-, si se involucrara en el proceso reproductivo.

El riesgo preconcepcional consiste en la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción.

Es decir, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado de igual en cada caso; pues la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que se debe hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso.

Por lo tanto, no se puede hacer una clasificación esquemática del RP, pero sí se debe tener en cuenta una serie de criterios principales que ayuden a su identificación. Existen antecedentes y condiciones generales como la edad y la malnutrición. (Quintero, 2007).

En la mujer <18 años y >35 años es frecuente el aborto, parto inmaduro o prematuro, malformaciones congénitas y complicaciones; inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc. En las >35 años hay más frecuencia de estas complicaciones y se añade multiparidad, tabaquismo, y enfermedades crónicas. Las malnutridas por defecto tienen el riesgo de parto pretérmino y toxemia. En las malnutridas por exceso se reporta toxemia, HTA, prematuridad y BPN.

Hay condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuados como, por ejemplo: tabaquismo, alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica y maltrato. (Navas, 2006).

Se conoce que una de las formas de evitar complicaciones maternas durante el embarazo, entre éstas, el bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas, es que la mujer en edad fértil que desee tener un hijo, llegue al embarazo en buen estado de salud (biológico-psicológico y social); con la reducción al mínimo posible de los diferentes factores de riesgo, presentes en la pareja desde la etapa preconcepcional. (Fernandez, 2002).

Una dispensarización adecuada de la población femenina permite identificar los riesgos colectivos o individuales y al actuar sobre ellos se logra un embarazo satisfactorio, un parto feliz y un recién nacido sano**.**

En Camagüey los principales riesgos han estado relacionados al padecimiento de enfermedades crónicas no trasmisibles como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión, aunque otras referencias agregan además el período intergenésico corto, la edad mayor de 35 años y la multiparidad. Hasta el cierre del mes de mayo del año en curso el policlínico cuenta con 125 nacidos vivos, 3 fallecidos, y una tasa de 25 x 100000 nv, un índice de bajo peso al nacer de 1.3 x 100000 nacimientos.

Además, el GBT al que pertenece nuestro consultorio cuenta con x embarazadas, de ellas, x sin riesgo obstétrico, x con bajo riesgo, y x alto riesgo obstétrico. En cuanto a las edades, existen xx menores de 20 años y x con más de 35 años. Todo lo que trae consigo un bajo índice de control del riesgo reproductivo preconcepcional, lo que influye directamente en los resultados presentes en el Programa Materno Infantil en estos tiempos

El Equipo Básico de Salud es el máximo responsable de garantizar que mantener los resultados alcanzados hasta ahora y con la labor preventiva lograr modificar actitudes y conductas que van en detrimento de una vida saludable y sana.

El riesgo se define como “la probabilidad de sufrir un daño no deseado, temporal o definitivo.” A su vez, se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. (Fernandez, 2010).

Respecto al riesgo preconcepcional es importante que la intervención se haga antes de la concepción, para eliminar, modificar o, cuando menos, controlar estos factores de

riesgo sin violentar la voluntad de la pareja. Los elementos fundamentales a tener en cuenta, en esta etapa, son:

La edad, dentro de ella, menores de 18 años y mayores de 35 años. En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones. En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones y si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas.

El peso, las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso.

Paridad: es más riesgosa, sobre todo cuando ha habido más de 3 partos.

Intervalo intergenésico: Se considera corto cuando es menor que 1 año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta 2 años. Esta condición se asocia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.

Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.

Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.

Toxemia anterior: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos, así como si han aparecido otros factores.

Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años.

Rh negativo sensibilizado: constituye un importante riesgo, no es frecuente.

En un embarazo, parto o puerperio con complicaciones, la parte más sensible de este proceso que el recién nacido también puede sufrir las consecuencias de un mal seguimiento y control del riesgo reproductivo, por tanto, se puede presentar:

Bajo peso al nacer (por prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino o ambos)

Infecciones perinatales.

Asfixia.

Traumatismos en el nacimiento.

Enfriamiento.

Todas estas situaciones que se presentan en el momento del diagnóstico del embarazo, se pueden solucionar las modificables y controlar las no modificables para lograr que la mujer en edad fértil que desee un embarazo, llegue al mismo en las mejores condiciones posibles, sin complicaciones o eventos que puedan comprometer o pongan en riesgo la vida de la madre y el hijo. (Muguercia, 2014).

CONCLUSIONES

Los factores determinantes del bajo peso al nacer son la mayoría modificables y depende de una actuación con enfoque de riesgo desde el adecuado control preconcepcional y de la atención prenatal. El equipo básico de salud es un ente esencial para mejorar este indicador con acciones específicas en la salud de la mujer durante el ciclo reproductivo.

REFERENCIAS

Aagaard-Tiller, KM., Porter, TF., Lane, RH., Varner, MW., Lacoursiere, DY. (2008).In uterl tobacco exposure is associated with modified effects of maternal factors on fetalgrowth. *Am J Obstet Gynecol. 198*(1):66-6.

Cabrera, Y., Ortega, M., Orbay, M., Sanz, L. (2005) Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. *Rev Cubana Med Gen Integr 21*(3-4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php? script=sciarttext&pid =S0864-21252005000300012&lng=es

Fernandez, H., Crespo, Y., Estrada, IL., Rodriguez, K., (2002). Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo preconcepcional, reproductivo. *AMC 12*(3) Recuperado de http//scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext.&pid=s102502552008000300007&lng=es&nrm=150&tlng=es

Fernandez, SM., Delgado, CJ., Breto, GA. (2010). *Consenso de Procederes diagnósticos y terapéuticos en Obstetricia y Perinatología*. Ciudad de La Habana. 13-18, 50-54

García, L., López, L., Barroso, M., Alonso, M., Morera, M. (2014). Comportamiento del bajo peso al nacer. (Spanish). *Revista Cubana De Obstetricia y Ginecología 40*(1): 24-34. Medic Latina.

Jorna, A., Rodríguez, I., Véliz, P., Cuellar, R., Olivera, Y. (2012). Comportamiento del bajo peso al nacer en el Policlínico Universitario "Héroes del Moncada" (2006-2010). *Revista Cubana De Medicina General Integral 28*(1): 3-14. Recuperado de: Medic Latina

Magda, M., Pascao, A., Labaut, O., De la Paz, L., Mora, J. (2014). Algunos factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Hospital General "Orlando Pantoja Tamayo". *Medisan 18*(1): 11-16. MedicLatina.

Martínez, P., Arochena, A., Rodríguez, B. (2014). Nuevo enfoque de intervención para la prevención del bajo peso al nacer. *Revista Cubana De Salud Pública 37*(3): 245-258. Medic Latina.

Matos, N., Magre, N., Miyares, V., Cruz, Y., Pimienta, A. (2013) Indicadores del bajo peso al nacer en el área de salud del Policlínico Docente "José Martí Pérez" durante un quinquenio. *Medisan 17*(7): 1060-1064. Medic Latina.

Mayo, R., López, K., García, AB. (2011) Factores influyentes en el bajo peso al nacer en el área salud "Camilo Cienfuegos" de Chambas, 2007-2008. *MediCiego 17*(2): 1-7. Medic Latina.

Muguercia, SJL, Ortiz, AL., Bertrán, BJ. y Kindelán, M. (2014). Repercusión de los factores de riesgo reproductivos del hombre sobre la salud reproductiva de la mujer y su descendencia. MEDISAN 18(4). Santiago de Cuba. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S1029-30192014000400004

Navas, N., Castillo, FA, Campos, A. (2006) Caracterizacion del riesgo preconcepcional. *AMC 10*(2) Recuperado de: http//www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n2-2006/2137.htm.

Peraza, MR. (1997). *Riesgo preconcepcional: Identificación de factores de riesgo*. (Tesis de grado. Policlínico Com. Doc. Teniente Tomas Rojas). Céspedes. Camagüey.

Pérez, D., Bruzón, B., Noda, O., García, M. (2011). Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. (Spanish). *Revista Cubana de Obstetricia Y Ginecología 37*(4): 489-501. MedicLatina.

Pérez, R., Pollit, E. (1992). Causas y consecuencias del retraso del crecimiento intrauterino en América Latina. *Bol SanitPanam. 112*(6): 473-92.

Pérez, R., Ruiz, Y. (2013). Colesterol materno como marcador de riesgo del bajo peso al nacer. (Spanish). *MediCiego 19*(2): 1-5. Medic Latina.

Prieto, ME., García, C., Rubio, EM., Serrano, J., Rodríguez, N. (2014). Relación del bajo peso al nacer con la sepsis vaginal. *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología 37*(2): 162-171. MedicLatina.

Quintero, P., Regal, I., Quintero, MM. (2007). Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Universitario "Luis A. Turcios Lima". Pinar del Río. *Bolet Med Gen Integral 11*(1) Recuperado de: http://publicaciones.pri.sld.cu/bol-mgi/bol-mgi111/index.htm.

Rodríguez, P., Cabrera, J., León, L. (2014). Propuesta de acción para reducción de factores maternos en el bajo peso al nacer. *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología 38*(4): 488-498. MedicLatina.

LA INDUCCIÓN DEL PARTO CON OXITOCINA EN LA ADOLESCENTE

THE INDUCTION OF THE CHILDBIRTH WITH OXITOCINA IN THE ADOLESCENT

Reparada Balmaseda Bruzón

Dalia Rosa Peña Vázquez

Yorlandis Leyva Muñoz

RESUMEN

La oxitocina es muy utilizada como inductor de la labor de parto, resultando por sí solo muy efectivo, aunque se deben reconocer los riesgos que representa el uso de la oxitocina en el parto de embarazadas adolescentes, se realizó un estudio bibliográfico con la finalidad de actualizar los referentes sobre la inducción del parto con oxitocina en adolescentes para ello se revisaron artículos y libros publicados en los últimos cinco años en el gestor Ebescohost, Medline, Scielo. La sistematización reveló la oxitocina como método inductor es muy eficaz por su capacidad para desencxadenar el trabajo de parto al favorecer la dilatación del cérvix y las contracciones uterinas, pero a su vez requiere de un control mantenido sobre estos elementos mucho más en las adolescentes por la incidencia de problemas maternos perinatales tales como la ruptura uterina, la polisistolia, el estado fetal intranquilizante, las disdinamias y el parto distócico.

PALABRAS CLAVES: oxitocina, inducción, trabajo de partos

ABSTRACT

The oxitocina is very used as facilitator of the childbirth work, being by itself very effective, although the risks should be recognized that represents the use of the oxitocina in the childbirth of pregnant adolescents, he/she was carried out a bibliographical study with the purpose of upgrading the relating ones on the induction of the childbirth with oxitocina in adolescents for they were revised it articles and books published in the last five years in the agent ebescohost, medline, scielo. The systematizing revealed the oxitocina it is very effective for its capacity to unchain the childbirth work when favoring the dilation of the uterine neck and the uterine contractions, but in turn it requires of a control maintained on these much more elements in the adolescents for the incidence of such perinatal maternal problems as the uterine rupture, the state fetal non tranquilizer, difficulties in the uterine dynamics and the pathological childbirth.

KEY WORDS: oxitocina, induction, work of childbirths

INTRODUCCIÓN

Es la gestación el período más crítico en la vida de una mujer y más aún cuando se trata de una adolescente, etapa en la cual ocurren diversos cambios en el organismo humano, sumado a los diversos cambios que provoca también el embarazo. Es considerado por muchos, la prueba más fiel que traduce el estado de cualquier sistema del organismo y constituye la razón de estudio de la mayor parte de nuestra especialidad.

Es habitual que muchas mujeres embarazas, sobre todo las que van a ser madres primerizas, vean pasar su fecha probable de parto sin tener ni una sola contracción. Y cuanto más se alejan de esa fecha, más nerviosas se ponen. Es posible que hasta empiecen a dudar de que su bebé vaya a nacer algún día. La última etapa del embarazo puede resultar difícil de sobrellevar: usted se sentirá enorme, le dolerán los pies y la espalda, le faltará energía para hacer cualquier cosa y estará más que preparada para conocer al bebé que ha estado alimentando y cuidando durante todo este tiempo. Por eso, esperar un poco más de lo que usted pensaba puede resultarle bastante difícil.

De todos modos, el hecho de que ya haya pasado su fecha probable de parto no implica que su médico (u otro profesional de la salud que lleve su embarazo) vaya a hacer algo para provocarle (o iniciar de forma artificial) el parto; por lo menos, no de inmediato. Esas preocupaciones son más probables en embarazadas adolescentes, dadas las características de esta etapa del desarrollo. (Kinberg, 2015). En este sentido la Organización Mundial de la Salud (2009), señala que: “la adolescencia es período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio - económica. OMS, 2009, s/p).

Internacionalmente ha sido la oxitocina, el método inductivo más usado; pero en los últimos años ha ocupado un segundo lugar por ser un medicamento muy costoso, por producir complicaciones graves en la madre y el feto, pasando a ocupar el primer lugar el uso de sustancias prostaglandínicas en países desarrollados. (Naeye, 2017).

Nacionalmente continúa siendo la oxitocina el método favorito de inducción del parto, por los magníficos resultados que se han obtenido durante años, con complicaciones no graves para la madre y el feto, aunque en los últimos 5 años se ha usado sustancias prostaglandínicas en el mayor número de provincias de nuestro país con muy buenos resultados. (De la Fuentes, 2015).

La oxitocina en nuestro medio sigue siendo utilizada como inductor de la labor de parto, resultando por sí solo muy efectivo debido a que permite desencadenar el trabajo de parto. Es importante para la dilatación cervical previa al parto, así como contracciones durante las fases secundaria y terciaria del parto.

Se deben reconocer los riesgos que representa el uso de la oxitocina en el parto de embarazadas adolescentes, a pesar de ser considerado un método de inducción. Entre los principales problemas maternos perinatales, se encuentran la ruptura uterina, la polisistolia, el estado fetal intranquilizante, las disdinamias y el parto distócico. Motivados por los escasos estudios realizados sobre el tema en nuestra provincia se realiza este estudio referativo para actualizar los referentes de la inducción del parto con oxitocina en adolescentes.

La adolescencia como grupo poblacional de riesgo obstétrico

Es en la adolescencia donde relativamente aparecen caracteres sexuales secundarios; esto refuerza la sensación de adultez, propio de la etapa, las hormonas sexuales se activan por lo que aparecen necesidades de índole sexual que traen consigo el enamoramiento, y las relaciones de pareja; encontrando para satisfacerla diferentes vías que pueden ir desde la masturbación, como primera forma de la actividad sexual,

hasta el coito. Es en esta última donde están los mayores riesgos que conllevan a las conductas sexuales irresponsables y con ello a una inadecuada salud sexual y reproductiva, dentro de ellas el embarazo adolescente, aspecto que hay que educar desde los primeros momentos de la vida humana. (Mosqueda, 2018).

Dentro de los problemas ligados a la inmadurez de la adolescente se debe hablar de embarazo precoz en la adolescencia, que, a criterio de Organización Mundial de la Salud (2009), embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. (Cifuentes, 2016).

El término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.

En el embarazo se pueden presentar eventos de trascendencia, ya sea por parte de la madre o del feto, que demandan la necesidad de realizar el parto, logrando por todos los medios extraer al feto con éxito y/o proteger a la madre. Es en estos casos donde la inducción del parto juega un papel importante, ya que las circunstancias obligan al obstetra a actuar y no esperar el curso fisiológico del mismo, aclarando que no nos referimos al parto sin inducción al llegar al término de la gestación, lo que ha llegado a constituir una práctica cotidiana en algunos lugares, sino que la decisión de la inducción deberá surgir en nuestro medio, de la discusión colectiva perinatológica, la cual, de ser ilógica e inaceptable, pondría en riesgo al feto, a la madre y al juicio profesional del médico. (Aias, 2016).

Proceso de inducción del parto

Conceptualmente la inducción del parto consiste en desencadenar los fenómenos fisiológicos del mismo después de las 20 semanas de gestación tratando de reproducir lo más fielmente posible el parto natural y espontáneo. Las inducciones deben ser limitadas a las indicaciones de orden materno y fetal. La decisión de inducción debe sugerir una discusión en colectivo perinatológica en la sala, salvo en los casos de urgencias. Su ejecución debe ser antecedida del consentimiento informado de la embarazada o sus familiares. Este debe incluir las razones para la inducción la selección del método a emplear y los riesgos potenciales y consecuencias de aceptar o declinar este procedimiento. (Benson, 2016).

Muchos son los métodos que a lo largo del tiempo se han utilizado para inducir el parto. Entre ellos podemos mencionar: la colocación de sondas, laminarias, enemas, despegamiento de las membranas ovulares, su rotura artificial, acupuntura y el más extendido y mundialmente conocido método farmacológico, fundamentado en el efecto oxitócico de diferentes medicamentos como: el nona péptido oxitocina, ampliamente generalizado y utilizado, al que hoy se suman las prostaglandinas, grupo de ácidos grasos presente en todos los tejidos humanos, considerados como reguladores metabólicos extracelulares y factor de inhibición y estimulación de varias hormonas. (Cifuentes, 2016).

Varios son los adelantos significativos que se han hecho en los últimos 20 años sobre los eventos que ocurren durante la contracción del miometrio y la madurez cervical

relacionada con el mecanismo de acción de la oxitocina y las prostaglandinas. Estudios actuales plantean que el efecto de las prostaglandinas sobre la actividad uterina es similar a aquella que se obtiene con la oxitocina, y que puede ser considerado como un método alternativo, seguro y conveniente para la inducción del parto. (Mosqueda, 2018), Benson, 2016) y Aias (2016).

Sin dudas, hoy en día existe un uso ampliado de las prostaglandinas como inductor del parto, reportándose que el tiempo de latencia y de trabajo de parto son menores, sin embargo, la polisistolia, el síndrome de hiperestimulación y la aparición del meconio en el líquido amniótico son mayores cuando se utiliza este método farmacológico. La acupuntura, por su parte, ha sido mostrada como método alternativo, seguro y eficaz, que en combinación con la estimulación eléctrica puede dar inicio a la labor de parto, por lo demás indolora y con una ulterior terminación feliz por vías naturales y con la obtención de niño sano, lo cual da una nueva esperanza al parto sin dolor.

Uno de los grandes progresos alcanzados por la obstetricia llegado el siglo XX fue el advenimiento de sustancias capaces de provocar contracciones uterinas, si se administran a la mujer gestante. Ellas permitieron inducir o provocar artificialmente el trabajo del parto reforzarlo cuando la dinámica era ineficiente.

En este sentido, para estos efectos el médico partero dejaba de ser un sujeto pasivo, pues se ponía en sus manos los medios para que se convirtiera en el director o conductor del parto. (Ngai, 2018).

Aunque lo ideal es el inicio espontáneo del trabajo de parto, hay ocasiones en las que se debe acelerar la culminación del mismo mediante inducción, siendo esta una práctica común en la obstetricia moderna, que tiene como indicación múltiples causas a veces por afecciones propias del embarazo, por entidades asociadas a él, por afecciones fetales u otras. (Mesieh, 2015).

Habitualmente el fármaco empleado para la inducción del parto es la oxitocina, de la cual se tiene una amplia experiencia y múltiples trabajos que avalan su empleo. A pesar de que en algunas ocasiones no se tienen los resultados deseados (especialmente cuando el cérvix no es maduro), el uso de la oxitocina es aceptado por la mayoría de las escuelas en el ámbito mundial. (Jaskson, 2016).

La oxitocina fármaco inductor del parto

La oxitocina (del griego ὀξύς oxys "rápido" y τόκος tokos "nacimiento"), igualmente llamada informalmente por algunos como la "molécula del amor" o "la molécula afrodisíaca", La hormona de los mimosos, es una hormona relacionada con los patrones sexuales y con la conducta maternal y paternal que actúa también como neurotransmisor en el cerebro.

En 1953 se descubrió que la oxitocina era un péptido corto que contenía 9 residuos de aminoácidos, con un puente disulfuro entre dos mitades de cistina en posición 1 y 6. Por la síntesis de esta hormona Vigneaud recibió en 1955 el premio Nobel y desde entonces se cuenta en obstetricia con oxitocina sintética altamente purificada.

En las mujeres, la oxitocina igualmente se libera en grandes cantidades tras la distensión del cérvix uterino y la vagina durante el parto, así como en respuesta a la

estimulación del pezón por la succión del bebé, facilitando por tanto el parto y la lactancia.

La oxitocina, neurohormona hipotalámica liberada por el lóbulo posterior de la hipófisis, es un neuropéctido corto. Esta hormona circula libremente y es depurada de la sangre materna por el riñón y el hígado, interviniendo además la oxitocinaza producida por la placenta humana que fragmenta rápidamente a la hormona in, Vitro. La oxitocina posee efectos periféricos (hormonales) y centrales en el cerebro (neurotransmisor). Los efectos están mediados por receptores específicos de alta afinidad. El receptor de la oxitocina es un receptor acoplado a proteína G que requiere Mg++ y colesterol. Pertenece al grupo de receptores acoplados a proteína G del tipo de la Rodopsina (clase I). (Cunnigham y col, 2015).

Se dispone de oxitocina sintética en el mercado para la administración por la vía intramuscular o intravenosa, por vía subcutánea, intramural, rectal, vaginal, nasal, oral y vía transparieto abdominal usada en la hemorragia del alumbramiento llamadas “Técnicas de Esquivel”.

Conceptualmente la inducción del parto consiste en desencadenar los fenómenos fisiológicos del mismo después de las 20 semanas de gestación tratando de reproducir lo más fielmente posible el parto natural y espontáneo. Las inducciones deben ser limitadas a las indicaciones de orden materno y fetal. La decisión de inducción debe sugerir una discusión en colectivo perinatológica en la sala, salvo en los casos de urgencias. Su ejecución debe ser antecedida del consentimiento informado de la embarazada o sus familiares. Este debe incluir las razones para la inducción la selección del método a emplear y los riesgos potenciales y consecuencias de aceptar o declinar este procedimiento.

Cuba se encuentra entre las naciones con una baja tasa global de fecundidad. Sin embargo, nos hallamos entre las naciones con elevada tasa de fecundidad y proporción de nacimientos en mujeres adolescentes, con cifras de 16%. Las complicaciones y la morbilidad y mortalidad perinatales de estas gestantes se verán incrementadas en cualquiera estadística consultada. Rigol (2014)

Causas de la indicación más frecuente de inducción de parto

Se pueden agrupar según la causa en:

Afecciones propias del embarazo:

Enfermedad hipertensiva del embarazo.

Embarazo en vías de prolongación.

Rotura prematura de membranas.

Hematoma retro placentario con feto vivo.

Polihidramnio intenso.

Retardo del crecimiento intrauterino.

Liquido meconial sin alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.

Oligohidramnios.

Enfermedad hemolítica perinatal.

Enfermedades asociadas a la gestación:

Hipertensión arterial.

Enfermedad renal.

Diabetes gestacional.

Otras causas:

Muerte habitual del feto antes del término.

Retención intrauterina del feto.

Malformaciones fetales incompatibles con la vida.

Contraindicaciones de las inducciones:

Absolutas:

Enfermedad cardiaca materna clases funcionales lll y lV.

Hipoxia fetal.

Desproporción feto-pélvica.

Cesáreas anteriores.

Miomectomia con gran debilidad de la pared uterina.

Presentación de vértice móvil, situación oblicua y presentaciones anormales (cara, frente y hombro).

Relativas:

Presentación pelviana.

Gran multiparidad.

Operaciones vaginales y cervicales anteriores.

Otras cicatrices uterinas.

Algunas infecciones cervicovaginales.

Inserción baja de la placenta. Naeye (2017), Rigol (2014)

Riesgos de la inducción.

La madre debe ser vigilada cuidadosamente porque la inducción puede producir contracciones demasiado fuertes. Las contracciones artificiales son más difíciles de sobrellevar, pues el periodo entre las contracciones es más corto y el feto no recibe tanto oxígeno. En algunos casos, la inducción causa la separación temprana de la placenta (Placenta abrupta).

Otro elemento a considerar cuando se elige una inducción es que, además de aumentar las posibilidades de sufrir una cesárea, eleva los riesgos para la paciente y el feto. La inducción incrementa el estrés que el feto experimenta, aumenta el riesgo de estado

fetal intranquilizante, especialmente cuando se utilizan las dosis más altas de oxitocina. (Naeye, 2017).

Al elegir una inducción se hace más probable que la madre elija o necesite una epidural para soportar las contracciones. La epidural añade otros grupos de riesgos, incluyendo dolor espinal, incontinencia urinaria temporal, hipotensión materna, dolores de espalda a largo plazo, dolor de cabeza, migrañas y entumecimiento u hormigueo; en casos pocos comunes, se produce paro cardiaco, convulsiones, ataques, alergia y parálisis respiratoria.

La epidural eleva la temperatura de la madre, lo que a su vez eleva la temperatura del bebé, por lo que después del nacimiento este puede requerir intervenciones para descartar una infección. Más aún, la epidural puede ocasionar estado fetal intranquilizante, pues las drogas usadas pasan al sistema del bebé. La epidural también hace el parto más lento lo cual puede conducir a otra cesárea por “Parto detenido”, y usarla aumenta la probabilidad de necesitar fórceps, pues la madre está en menor capacidad de pujar de manera efectiva. (Scollo, 2014).

Si se sufre una cesárea por una inducción fallida o por “Parto detenido” se habrá sufrido algunos o varios de los efectos secundarios y los riesgos de una cirugía mayor, así como también los de la inducción, aunque todos ellos posiblemente se hubieran podido evitar.

La rotura artificial de membrana tampoco se recomienda como inductor. Una vez que la bolsa de aguas está rota, aumenta el riesgo de infección y se imponen límites de tiempo en la mayoría de los partos. Estadísticamente hablando la rotura artificial de las membranas eleva, en vez de disminuir la probabilidad de que sufra una operación cesárea. La amniotomía se hace para promover el comienzo del trabajo de parto cuando el cuello uterino se ha dilatado y adelgazado, y la cabeza del bebé se ha desplazado hacia abajo dentro de la pelvis. En la mayoría de las mujeres el trabajo de parto comienza al cabo de unas horas de romperse el saco amniótico. Los bebés cuyo nacimiento son inducidos parecen tener mayor riesgo de ser prematuros. A pesar de las pruebas y las mejores intenciones del personal médico, no existe una garantía total de maduración. Además, es más común en los bebés con nacimiento inducidos necesitar resucitación, admisión a la unidad de cuidados intensivos y foto terapia para tratar la ictericia, y en todos estos casos. (Mesieh, 2015), Cunningham y col (2015).

Inducción por rotura de membranas.

Las tasas de mortalidad y morbilidad del infante aumentan si se espera que el parto comience espontáneamente, aunque pueda estar más tiempo en el Hospital. No existe una diferencia significativa en la tasa de infección o cesárea si se espera 24 horas o hasta tres días.

Algunos estudios muestran que cuando se induce el parto por ruptura de membranas aumenta la tasa de partos instrumentados (cesáreas o usos de fórceps o ventosas) sin que haya beneficio alguno para el feto. “Si no se aplica el manejo expectante del parto, un 70% de las mujeres da a luz antes de las 24 horas y un 85%, antes de las 48 horas. La mayoría de estas mujeres obtendrá muy pocos o ningún beneficio de la inducción, y a partir de la evidencia disponible no se justifica el protocolo de inducir el parto

rutinariamente después de la rotura de membranas. (Mesieh, 2015), Cunningham y col, 2015).

Embarazo prolongado e inducción.

Conceptualmente se define como embarazo prolongado aquel que cuya duración es de 42 semanas o más, es decir 294 días o más a partir del primer día de la última regla.

Algunos estudiosos del tema indican la inducción del embarazo prolongado alrededor de las 42 semanas de gestación. Sin embargo, los estudios científicos no apoyan la inducción cuando el embarazo ha pasado las 42 semanas. Algunos estudios han mostrado que la separación de las membranas reduce la duración del embarazo, pero es difícil encontrar estudios recientes que tomen en cuenta el efecto sobre el bienestar del feto al nacer y sobre la tasa de operaciones cesáreas. En otras palabras, separar las membranas acorta el embarazo, pero eso no significa que disminuya la posibilidad de sufrir una cesárea.

La inducción del parto antes de 39 semanas aumenta el riesgo de complicaciones y muerte prematura, a partir de factores, entre ellos los pulmones poco desarrollados, las infecciones debido a un sistema inmunológico poco desarrollado, problemas de alimentación debido al cerebro subdesarrollado e ictericia de hígado poco desarrollado. Algunos hospitales de los Estados Unidos observaron un aumento significativo en pacientes de cuidados intensivos neonatales en que las mujeres programen las entregas para la comodidad, y están tomando medidas para reducir la inducción por razones no médicas. Los riesgos de la separación de las membranas incluyen: infección, rotura involuntaria de las membranas y problemas debido a una placenta previa no diagnosticada con anterioridad

Aunque existe evidencia de que los riesgos para el bebé aumentan un poco después de la semana 41 ó 42, es igualmente necesario sopesar los riesgos de la inducción con los riesgos de esperar a que el trabajo de parto empiece espontáneamente. “en los embarazos prolongados no hay una respuesta definitiva: las pruebas realizadas para inducir de manera selectiva, riesgos de la inducción de rutina crea más problema de los que resuelve. Generalmente, lo mejor es dejar que la naturaleza siga su curso, aunque esta opción tampoco carece de riesgos. (Naeye, 2017) y Rigol, 2014).

Riesgos de rotura uterina.

En cuanto a la rotura uterina, los hechos hablan por sí mismo, la inducción con fármacos aumenta el riesgo de rotura uterina.

La tasa de rotura uterina en partos no inducidos es solo de 0.5%, menor al riesgo de sufrir muchas otras complicaciones mayores del parto. Sin embargo, cuando se induce el factor inducción, el riesgo aumenta. Un estudio reciente, el cual obtuvo mucha atención por parte de los medios mostró que en los partos inducidos con oxitocina, el riesgo de rotura se elevó a 0.77% y con prostaglandinas como agente inductor, la tasa de rotura aumentó a 2.45%. (Zaideh, 2017).

Casi todos los estudios confirman el riesgo de inducción en los partos, aunque algunos no muestran un incremento en la tasa de rotura (41). En un estudio realizado con 752 embarazadas, se produjeron 12 roturas, 11 de los cuales estuvieron asociados al uso de inducción o conducción del parto o ambos. Los autores afirman que el parto es

seguro, pero que el parto inducido no lo era. En un estudio mencionado más arriba sobre la eficacia de la inducción, se halló que en los partos inducidos la tasa de apertura de la cicatriz (dehiscencia) es de 7 %. (Naeye, 2017).

Una revisión de casi 115000 partos en Canadá confirmó que la inducción y la conducción del parto (Usar agentes químicos para estimular una mayor actividad uterina en un parto iniciado espontáneamente) son factores de riesgo confirmados para la rotura uterina.

Aunque la conducción al parto podría ser una opción menos cuestionada que la inducción, pues el parto ya se ha iniciado, sigue existiendo riesgo de rotura uterina. Un estudio israelí concluyó que el uso de oxitocina y prostaglandinas aumentan el riesgo de rotura. Scollo (2014) Otro estudio confirmó que los partos espontáneos tienen un bajo riesgo de rotura (0.45%), pero que el uso de prostaglandinas aumenta el riesgo 6.41 veces. (Cunningham y col, 2015).

En general cuando se usa oxitocina de manera juiciosa en soluciones diluidas con esquemas bajos de dosificación, son raras las complicaciones graves.

Técnica de la venoclisis de oxitocina.

Su uso para el método de inducción del parto endovenoso, se debe colocar el medicamento 2,5 u de oxitocina, después de haber canalizado la vena con la solución fisiológica 500 ml.

Comenzar con 0,5 mu/minuto, si no hay respuesta duplicar la dosis cada 30 o 45 minutos hasta alcanzar una dinámica uterina efectiva de 3 a 4 contracciones en 10 minutos de 40 segundos de duración, y que el útero se relaje adecuada mente entre las contracciones. No utilizar dosis de oxitocina superior a 15 mu/minutos, excepto en casos que lo requieran, previa evaluación colectiva. Se realizan control electrónico intermitente de la dinámica uterina y la frecuencia cardiaca fetal. Durante la inducción puede aparecer respuesta uterina excesiva, si se suspende la inducción el efecto debe desaparecer en unos minutos, pues la concentración de oxitocina disminuye rápidamente. Si la dinámica uterina ulterior corresponde a la de un trabajo de parto se suspenderá definitivamente o ser reinstalada nuevamente si la dinámica decayera. La venoclisis de oxitocina debe mantenerse durante el alumbramiento y después de este puede aumentarse el goteo para favorecer la hemostasia.

Algoritmo para inducción del trabajo de parto con oxitocina.

Primer examen vaginal debe ser realizado en el salón de parto para el pronóstico del parto. Realizar cardiotocografia simple previa al inicio de la inducción y cada 3 horas según el caso, infusión de oxitocina con solución salina al 0,9% 500 ml más 2,5 U de oxitocina a 12ml por hora o 4gotas por minuto. Incrementar cada 30 minutos esta proporción hasta lograr dinámica uterina bien establecida para el parto.

Segundo examen vaginal, se realiza a las 8 horas después de iniciada la dinámica uterina efectiva, Valorar realizar rotura artificial de membranas como complemento de la inducción.

El tercer examen vaginal, se realiza con no menos de 8 horas del segundo. De mantener iguales condiciones cervicales buscar posibles causas, por ejemplo:

Desproporción cefalopelvica, disdinamia, inversión de triple gradiente descendente entre otras y tratar las mismas.

El cuarto examen vaginal se realiza a las 8 horas del anterior, de mantener iguales condiciones se da como fallida la inducción y realizar cesárea. (Cifuentes, 2016).

CONCLUSIONES

La oxitocina como método inductor es muy eficaz por su capacidad para desencxadenar el trabajo de parto al favorecer la dilatación del cérvix y las contracciones uterinas, pero a su vez requiere de un control mantenido sobre estos elementos mucho más en las adolescentes por la incidencia de problemas maternos perinatales tales como la ruptura uterina, la polisistolia, el estado fetal intranquilizante, las disdinamias y el parto distócico.

REFERENCIAS

Aias, F. (2016). Pharmacology of oxytocine and prostaglandins. *Clin Obstet-Ginecol 43*: 455-468.

Benson, RC. (2016). *Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétrico*. 4 Edición. México Editorial el Manual moderno.

Cifuentes, B. y Rodrigo (2016). Vía de evacuación y terminación del embarazo. En *Obstetricia de alto riesgo*. 4ta Edición. Colombia p: 628.

Cunningham, F.G., Mac Donalt, PC., Gant, N F., Leveno, L C., Han, K J., Gilstrap, L C., Hankins, GDV y Clark, S L. (2015). Embaraza Prolongado. En William Obstetricia 2014 Edición Madrid: Medica Panamericana.

De la Fuentes, L y Cols.(2015). Resultados obstétricos y perinatales en la inducción; *Toko- Gin y Pract; 57* (6): 275 -81.

Mosqueda, L. y Rivas, Y.J. (2018). Una vía para la prevención del embarazo precoz en el contexto de las escuelas pedagógicas. En: https://www.eumed.net/rev/carib/06/prevencion-embarazo-precoz.html.

Naeye, RL. (2017). Causes of Perinatal Excess in Prolonged gestation. Is J *Epidemiology; 108*: 429.

Ngai, SW., Chan, YM., Lam, SW. y Lao, TT (2018). Labour characteristics and uterine activity: misoprostol compared with oxytocin in women ateri with prelabour rupture of the membrane. *Br.J Obstet-Ginecol: 107*:222-227.

OMS (2009). Boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. 87*, 405-48.

Rigol, O. (2014). *Obstetricia y Ginecología*. Cuba: Editorial Ciencias Médicas.78-81(6)

Scollo (2014). Epidemiology. Of Cesarean Sections: Prolonged. Pregnancy. *Clin Exp Obstet - Ginecol; 26*: 22-6.

Zaideh, SM. Sunnae. (2017). Obstetric. And perinatal. Outcome of freg naneles with term labor and meonium-stained amniotec fleud. Arch ginecol obstet. Germany:45-46.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES ENTRE 12- 49 AÑOS

EDUCATIONAL INTERVENTION ON SEXUAL TRANSMISSION INFECTIONS IN WOMEN BETWEEN 12-49 YEARS

Reynier Segura Peña reynier1992@yahoo.es

Orquídea Alomá Magariños

Dianelis Pérez Jorge

RESUMEN

El control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), es decisivo para mejorar la salud reproductiva de la población y representa uno de los grandes desafíos en los momentos actuales; motivo de preocupación por el personal médico que lucha constantemente contra los factores de riesgos y las dificultades para su prevención, elementos de enorme importancia para que sean considerados prioritarios por el equipo básico de salud que trabaja en zona rural, ya que la población en ocasiones por el desconocimiento, y la falta de responsabilidad en la protección, no les permite asumir el rol que le corresponde. Con el objetivo de modificar estos conocimientos se realizó una intervención educativa en el consultorio médico No. 38,perteneciente a la comunidad de Barranca, en el municipio de Las Tunas, con mujeres en edad comprendida entre 12-49 años,lamuestra está constituida por un total de 65 pacientes. Se trabajó con las variables de estudio, las cuales fueron procesadas por medios estadísticos. La recolección de la información fue por encuestas. Se hicieron revisiones bibliográficas y documentales. Como medida resumen de la información utilizamos la proporción en por ciento.

PALABRAS CLAVES: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), intervención educativa, protección, prevención.

ABSTRACT

The control of Sexually Transmitted Infections (STIs) is decisive to improve the reproductive health of the population and represents one of the great challenges at the present time; cause for concern for medical personnel who constantly fight against risk factors and difficulties in their prevention, elements of great importance to be considered a priority by the basic health team working in rural areas, since the population sometimes Ignorance, and lack of responsibility for protection, does not allow them to assume their rightful role. With the aim of modifying this knowledge, an educational intervention was carried out in the medical office No. 38, belonging to the community of Barranca, in the municipality of Las Tunas, with women aged between 12-49 years, the sample consists of A total of 65 patients. We worked with the study variables, which were processed by statistical means.

KEY WORDS: Sexually Transmitted Infections (STIs), educational intervention, protection, prevention.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo actual de la sociedad, la situación económica cada vez más agravante, el impetuoso desarrollo tecnológico acontecido desde la segunda mitad del siglo XX ha propiciado a escala mundial y local una progresiva relegación de la medicina como arte, ganando cada vez más terreno el paradigma tecnocrático de la atención médica, que desconoce o minimiza las herramientas para diagnosticar, tratar, prevenir y promover las aportadas por la semiología, la psicología y la epidemiología. (Álvarez, 2014).

La necesidad de dotar de conocimientos a las familias y a sus miembros acerca de enfermedades que hoy por hoy constituye problemas serios de salud, es una necesidad que urge darle solución, entre estas enfermedades tenemos las Infecciones de Transmisión Sexual.

> (…) Si la persona es un ser social, el proceso salud- enfermedad no puede considerarse solo en el ámbito individual, sino también hay que enfocarlo en el familiar y comunitario.Se llega así a la conclusión de que sin salud comunitaria rara vez se alcanza la familiar y sin esta no habrá jamás la individual. (Álvarez, 2014, p.30)

El control de las ITS es decisivo para mejorar la salud reproductiva de la población y representa uno de los grandes desafíos de la salud contemporánea. El impacto creciente que tiene en la salud de las mujeres y niños, la conexión que existe entre éste grupo de enfermedades y el VIH, son dos elementos de enorme importancia para que sean consideradas prioritarias en nuestros tiempos. (Álvarez y col, 2014).

Cada año se presentan en todo el mundo más de 340 millones de casos de ITS curables, que incluyen sólo aquellas infecciones bacterianas, fúngicas y parasitarias susceptibles de tratamientos efectivos. Solamente para Latinoamérica y el Caribe se estimaron entre 35 y 40 millones de casos de ITS con más de cien mil infecciones promedio por día. Existe una mayor incidencia de estas infecciones entre los jóvenes de 15 a 30 años, siendo el grupo de 15 a 17 añoslos más vulnerables y siendo numerosas las causas que se atribuyen a esta tendencia, como la insuficiente información que tienen los jóvenes sobre las ITS, que por temor, ignorancia, timidez o inexperiencia no solicitan información o tratamiento, de manera que desde el primer contacto se exponen a contraer cualquier ITS.

En Cuba se notifican anualmente aproximadamente 50,000 casos de ITS, con una tendencia ascendente en los últimos años. A pesar de los grandes cambios económicos y socioculturales que ocurrieron en nuestro país al triunfo de la Revolución –que han elevado el nivel de salud y la expectativa de vida de nuestro pueblo a niveles comparables con los de muchos países desarrollados con relación al incremento de las ITS, marcha al unísono con el resto del mundo, aunque con incidencias un poco más bajas. (Alfonso, 2006).

La investigación desarrollada en una zona rural, demostró que a pesar del trabajo preventivo que se realiza en la atención primaria de salud, aún es insuficiente la percepción del riesgo que tiene la población sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, sus causas y consecuencias.

Motivado por el incremento de las relaciones inestables y desprotegidas, además de contar con pacientes que no acuden a consulta en busca de atención médica cuando en diferentes ocasiones presentan síntomas y factores de riesgos asociados. Por constituir un problema de salud en esta comunidad, se trata de una situación que precisa atención, estudio y búsqueda de mejores condiciones y estilo de vida de las pacientes, a partir de conductas sexuales responsables y saludables.

Las Infecciones de Transmisión Sexual. Causas y consecuencias

El Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) cuenta con los recursos del Estado para garantizar el acceso a los diferentes servicios que se relacionan con la SSR, tanto hospitalarios como del nivel primario de atención a la salud. La voluntad política del MINSAP en el abordaje de estos temas se manifiesta en la implementación de programas nacionales, tales como el de atención integral a la salud de adolescentes y el de control y prevención de las ITS y el VIH/sida.

La población cubana experimenta un progreso notable en el desarrollo de su salud sexual y reproductiva. Ejemplo de esto es la evolución de los indicadores de mortalidad infantil hacia parámetros estadísticos comparables con países del primer mundo. Sin embargo, existe contradicción entre la política encaminada a minimizar los riesgos asociados al disfrute de una sexualidad placentera y el compromiso con el autocuidado de la salud. Las deficiencias, no están asociadas a la naturaleza del sistema de salud, más bien dependen de la necesidad de educar a mujeres y hombres en la responsabilidad por el cuidado de su salud. (4)

Es importante destacar que la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales no va aparejada a una adecuada educación sexual. Es por esto que se hace necesario brindar herramientas útiles para que los adolescentes sean capaces de autoevaluar riesgos, que enfaticen el aplazamiento de la vida sexual hasta que estén realmente preparados para enfrentarla con responsabilidad, ya que no se ofrece suficiente y adecuada educación sexual en el hogar, la escuela y la comunidad.

> (…) Cada día, más de un millón de personas contraen una ITS. La OMS estima que, en 2016, hubo unos 376 millones de nuevas infecciones de alguna de estas cuatro ITS: clamidiasis (127 millones), gonorrea (87 millones), sífilis (6,3 millones) y trichomoniasis (156 millones). El número de personas con infección genital por el VHS (herpes) supera los 500 millones, y hay más de 300 millones de mujeres infectadas por VPH, la principal causa de cáncer cervicouterino. Cerca de 240 millones de personas padecen hepatitis B crónica. Tanto el herpes genital como la hepatitis B se pueden prevenir mediante vacunación (CICC, 2019, s/p.).

Más allá del efecto inmediato de la infección, las ITS pueden tener consecuencias graves.

- Algunas ITS, como el herpes y la sífilis, pueden multiplicar por tres o incluso por más el riesgo de contraer el VIH.
- La transmisión de una ITS de la madre al niño puede causar defunción fetal o neonatal, prematuridad e insuficiencia ponderal al nacer, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y anomalías congénitas. En 2016, más de un millón de embarazadas tenían sífilis activa, que causó complicaciones en alrededor de 350 000 partos, entre ellas 200 000 muertes del feto o el recién nacido.

- La infección por el VPH provoca anualmente 570 000 casos de cáncer cervicouterino y 300 000 defunciones.
- Algunas ITS, como la gonorrea y la clamidiasis, son causas importantes de enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad femenina.

Según las últimas publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS) ocupan el segundo lugar por orden de importancia en la morbilidad general de las mujeres entre 15 y 44 años y están presentes en 8 de cada 10 mujeres (OMS, 2016).

A partir de 1980, el término enfermedades venéreas que comprendía cinco infecciones clásicas: blenorragia, sífilis, chancro blando, granuloma inguinal y linfogranuloma venéreo, fue sustituido poruno más amplio: enfermedades de transmisión sexual. Estas últimas comprenden un conjunto de enfermedades infecciosas que se expresan clínicamente con distintas sintomatologías y que tienen diferentes etiologías, con un aspecto epidemiológico en común: se adquieren por contacto sexual, sin ser éste el único mecanismo de transmisión. (Castillo, 2016).

Actualmente se habla de ITS y no de enfermedades de transmisión sexual, ya que muchas de ellas están presentes de forma asintomática en 8 de cada 10 mujeres y 5 de cada 10 hombres, causadas por más de 30 agentes. Se estima que una de cada 20 personas en el mundo padece una ITS al año. Estas se han incrementado de forma considerable a pesar de conocerse su cuadro clínico y sus métodos de prevención. (Faure y col, 2009).

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, debe analizarse con profundidad los serios problemas en términos de salud, sociales, económicos y psicológicos, traen para las pacientes.

Tradicionalmente han sido clasificadas como de transmisión sexual cinco infecciones: la sífilis, causada por Treponema pallidum; la gonorrea por Neisseria gonorrhoeae; el chancroide por Haemophilus ducreyi; el linfogranuloma venéreo por Chlamydia trachomatis, y el granuloma inguinal por Calymmato bacterium granulomatis. Sin embargo, muchas otras se transmiten sexualmente: el herpes genital, la trichomoniasis producida por Trichomona vaginalis, la hepatitis, el molluscum contagiosum, el piojo púbico, la sarna y la infección por VIH que produce el SIDA. Otras, como la salmonelosis y la amebiasis (o amibiasis), en ocasiones se transmiten durante la actividad sexual, pero en general, no se las considera infecciones de transmisión sexual. (Pérez y Castillo, 2016).

Alrededor de la mitad de las infecciones nuevas por el VIH ocurren en personas de 15 a 24 años de edad. En Cuba el grupo de 15 a 19 años es el segundo más afectado por las ITS, solamente superado por el grupo de jóvenes de 20 a 24 años, y es Ciudad de La Habana la provincia que reporta las cifras más altas de adolescentes y jóvenes afectados por estas entidades.

Las Infecciones de transmisión sexual atraen el interés de los clínicos, de quienes formulan políticas de salud pública y de los investigadores de estos temas. Esta atención obedece a diversas circunstancias, en primer lugar, la investigación epidemiológica ha demostrado la amplia gama de complicaciones que pueden atribuirse

a las infecciones de transmisión sexual. Antes, se las consideraba como enfermedades agudas, cuyas principales manifestaciones eran el flujo vaginal y las úlceras genitales. (López, 2015).

Las ITS son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral.

Algunas ITS se pueden propagar por contacto sexual cutáneo. Los organismos causantes de ITS también se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos. Muchas ITS, especialmente clamidiasis, gonorrea, hepatitis B, VIH, VPH, HSV2 y sífilis, se pueden transmitir también de la madre al niño durante el embarazo y el parto.

Una persona puede tener una ITS sin manifestar síntomas de enfermedad. Por consiguiente, el concepto de “infección de transmisión sexual” es más amplio que el de “enfermedad de transmisión sexual” (ETS). Los síntomas comunes de las ITS incluyen flujo vaginal, secreción uretral en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal.

Entre los más de 30 agentes patógenos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, a saber, sífilis, gonorrea, clamidiasis y trichomoniasis. Las otras cuatro, hepatitis B, herpes, VIH y VPH, son infecciones virales incurables que, no obstante, se pueden mitigar o atenuar con tratamiento.

Alguna de las ITS también puede transmitirse del contacto con la sangre de la madre infectada a su hijo. Por tal razón las mujeres en edad fértil las ITS constituyen un importante problema de morbi-mortalidad materno infantil provocando entre otras causas los abortos espontáneos, muerte fetal y/o materna, partos prematuros, bajo peso al nacer, infecciones connatales, existiendo además otras complicaciones y secuelas como son la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) , infertilidad, cáncer cervical, embarazo ectópico. Por otra parte, las mujeres que presentan infecciones por Clamidia o Gonorrea tienen en el cuello uterino un aumento de linfocitos CD4, blanco celular del VIH lo que las hace más susceptibles al virus. (Capote, 2016).

Las infecciones del tracto reproductor femenino debido a las enfermedades de transmisión sexual comprometen desproporcionalmente a las mujeres, debido a la carencia de disponibilidad de métodos controlados por las mismas y que los métodos existentes (condón femenino) no está disponible en nuestro medio, por lo tanto la mujer necesita de la cooperación del hombre para el uso del condón, además del sexo desde la construcción social del género establece roles diferentes entre el hombre y la mujer y en éste sentido la educación sexista moldea comportamientos sexuales, dejando en desventaja a las mujeres con respecto a la dinámica de las relaciones sexuales.(Rodríguez, 2006).

Desde los puntos de vista anatómicos y fisiológicos las mujeres tienen una superficie más expuesta (la vagina) durante las relaciones sexuales con penetración y mayor tiempo de exposición a las secreciones de la pareja. Por tal razón las ITS en la mujer lo hacen generalmente de forma asintomático, siendo así su diagnóstico más difícil, además la potencial de extensión en el aparato genital femenino es mayor, por lo que la severidad de las complicaciones es mayor en la mujer que en el hombre. (Rodríguez, 2006).

Intervención Educativa

Al tener en nuestra área de salud tres casos diagnosticados con ITS, (mujeres) era ya una preocupación por lo que fue necesario aplicar una intervención educativa consistente en encuentros de reflexión colectiva, charlas, dramatizaciones, juegos didácticos, proyección de vídeos, entre otras. Con el consentimiento de 65 mujeres de ellas 20, en edad fértil, comprendidas entre 12- 49 años, y a través de preguntas se fue debatiendo cada temática.

Esta intervención se realizó en tres etapas:

Etapa de diagnóstico: aquí se les explicó a las pacientes las características del estudio, con el objetivo de motivarlas, se diagnosticaron las necesidades de aprendizaje y el nivel de conocimiento sobre el tema, a través de un cuestionario diseñado según los objetivos propuestos.

Etapa de intervención: se llevó a cabo la intervención educativa donde se elaboraron actividades de preparación teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje sobre el tema, a través de charlas, conferencias, vídeos, juegos didácticos, dramatizaciones y la utilización de técnicas de dinámica grupal. Se realizaron dos encuentros semanales con una duración de 30minutos cada uno, durante 6 meses.

Etapa de evaluación de los resultados: en esta etapa se evaluó la intervención educativa aplicada, a partir de los resultados en los conocimientos alcanzados en la muestra objeto de estudio sobre las ITS.

Se trabajó con las variables de estudio edad, nivel de escolaridad, ocupación, inicio de las relaciones sexuales, el nivel de conocimiento acerca de las ITS.

Para las actividades de reflexión se fueron realizando las siguientes interrogantes:

¿Qué son las Infecciones de Transmisión Sexual?

Las ITS, son un conjunto de infecciones que se transmiten fundamentalmente a través de relaciones sexuales con penetración anal, vaginal u oral sin protección. Causadas por su amplia variedad de virus, bacterias, protozoos, y ectoparásitos. (Peláez, 2011).

Para este equipo de investigadores una definición operativa de las ITS sería: un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona apersona por medio del contacto sexual. Sin embargo, pueden transmitirse también por uso de jeringuillas contaminadas o por contacto con sangre o con otras secreciones.

Al analizar la definición de la ITS, se observó el desconocimiento, pues existe la creencia de que puede ser a través de besos, vasijas, objetos, entre otras, no dándole la importancia al contacto sexual.

¿Cuáles son los factores de riesgo para adquirir una ITS?

La falta de educación sexual y la mala información sobre el problema.

- La falta de una práctica sexual responsable.
- Tener relaciones sexuales con muchos o muchas compañeras.
- Relación sexual oral, vaginal y anal sin protección.

- Intercambio de líquidos corporales con personas afectadas durante las relaciones sexuales.
- Presencia del VIH/SIDA y de ITS en las mujeres embarazadas, que ponen en riesgo al bebé.
- Uso de drogas como alcohol, marihuana, cocaína ya que modifican la capacidad de decisión y propician encuentros sexuales casuales y con compañeros y compañeras múltiples.
- Compartir uso de jeringuillas contaminadas o por contacto con sangre o con otras secreciones.
- Transfusiones de sangre y sus derivados, contaminados con el virus del SIDA.

En este aspecto se profundizó en la responsabilidad individual, las relaciones estables y seguras, el uso del preservativo o condón, el cual es rechazado en su mayoría por la muestra objeto de estudio.

¿Qué hacer en caso de sospecha de haber adquirido una ITS o el VIH?

- Asistir con su pareja o parejas al consultorio médico o visitar al médico más cercano en busca de atención oportuna.
- No pierda tiempo en consultar a personas que no tengan la preparación adecuada.
- No deje que la vergüenza lo aleje del médico.
- Hacerse los exámenes de laboratorio indicados por el médico.
- No se automedique.
- Evitar toda relación sexual hasta consultar al médico.
- Solicite a su médico toda la información adecuada sobre el problema que tiene, así como sus preocupaciones.

Generalmente la persona infectada, trata de alejarse del médico y busca automedicarse con hierbas y otras sustancias para nada compatibles con la enfermedad y las consecuencias en algunas ocasiones hansido mortal.

Por su importancia presentamos un cuadro resumen del manejo sindrómico de las ITS tomado del equipo médico dirigido por la Dra Frómeta del Toro (2009).

Síndrome	Síntomas	Signos	Etiología más común
Flujo vaginal	Secreción vaginal Prurito vaginal Dolor al orinar Dolor durante las relaciones sexuales.	Secreción vaginal	Vaginitis Trichomoniasis Candidiasis Vaginosis bacteriana Cervicitis

			Gonorrea Clamidiasis
Secreción uretral	Secreción uretral	Dolor al orinar Necesidad de orinar frecuentemente Secreción uretral	Gonorrea Clamidias
Dolor abdominal bajo	Dolor en abdomen Inferior y durante las relaciones sexuales	Secreción vaginal Dolor abdominal inferior al palpar Temperatura de más de 38 °C .	Gonorrea Clamidiasis Anaerobios Mixtos
Ulcera genital	Ulcera genital	Ulcera genital Tumefacción de los ganglios inguinales	Sífilis Chancro blando Herpes genital
Inflamación del escroto (orquitis)	Dolor del escroto	Inflamación del escroto	Gonorrea Clamidiasis.
Bubón inguinal	Ganglios linfáticos inguinales inflamados y dolorosos	Tumefacción de los ganglios linfáticos. Abscesos o fístulas	Chancro blando Linfogranuloma venéreo
Conjuntivitis neonatal	Párpados inflamados. Supuración. Dificultad para abrir los ojos.	Edema de los párpados. Supuración.	Gonorrea Clamidiasis

Todas estas manifestaciones fueron bien explicadas durante la intervención y por último en la actividad final en forma de taller quedaron abordadas las formas de prevenir las ITS:

- Mantener relaciones sexualesestables y con una conducta responsable.
- Mantener el uso adecuado del preservativo o condón. (relaciones protegidas).
- No compartir máquinas de afeitar o cuchillas, ni cepillos de dientes debido a la posibilidad de contacto con la sangre.
- No usar jeringuillas contaminadas o por contacto con sangre o con otras secreciones.
- Evitar el consumo de drogas como el alcohol, marihuana, cocaína ya que modifican la capacidad de decisión y propician encuentros sexuales casuales y con compañeros y compañeras múltiples.

Resultados alcanzados

Nivel de conocimientos de las mujeres entre 12 – 49 años sobre las ITS antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	5	7.7	53	81.5
Medio	23	35.4	10	15.4
Bajo	37	56.9	2	3.1
Total	65	100	65	100

El 56.9% de las mujeres encuestadas, no presentan conocimientos sobre las ITS, contra un 43.1% que refieren poseer conocimientos sobre el tema. El 52.3% de la muestra, ha usado el condón como método de prevención de las ITS, contra un 47.7% que no lo ha usado. El 47.7% de la muestra, ha usado el condón, el 33.8% lo ha usado ocasionalmente y el 18.5% siempre lo ha usado como método de protección contra las ITS. Después de aplicada la intervención el 96.9% de la muestra, presenta conocimientos sobre las ITS, contra tan solo el 3.1% de la muestra continúa, presentando un bajo nivel de conocimientos de las mismas. Entre las medidas que se proponen para prevenir las infecciones de transmisión sexual resalta el uso del preservativo o condón, diversas investigaciones han mostrado los grados de protección que otorga el condón para cada una de las infecciones de transmisión sexual.

CONCLUSIONES

El mayor número de mujeres del estudio se encuentran comprendidas entre 12 y 31 años, con un nivel de educación de primaria y secundaria terminada. Son amas de casa e iniciaron las relaciones sexuales antes de los 18 años de edad. El mayor por ciento de mujeres respondió que acuden al médico ante una Infección de Transmisión Sexual, no obstante, no es despreciable la cifra de las que no hacen nada, o se avergüenzan de

padecerla, aspecto que se modificó con la intervención realizada. De un nivel de medio a bajo de conocimientos sobre las ITS, se observó que luego de la intervención realizada se modificaron estos a un nivel alto. La intervención educativa se evalúa de satisfactoria al modificar los conocimientos con respecto a la encuesta inicial.

REFERENCIAS

Álvarez, R. (2014). Temas de Medicina General I. Salud y Medicina. La Habana: Ciencias Médicas. 3ª ed.

Alfonso, A.C. (2006). Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. *Rev Cubana Salud Pública 32*(1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100010&lng=es

Álvarez, M., De la Torre, L., Domínguez, J. y col. (2014). Las Infecciones de Transmisión Sexual: una revisión dirigida a la atención primaria de salud. *Revista cubana de Medicina General Integral 30(3).* Ciudad de La Habana. Julio-sept 2014.

Álvarez, MI., Domínguez, J., De la Torre, L. (2014). Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. *Rev. Hab.cienc. Méd. 13*(2). Recuperado de: http://scielo.sld.

Colectivo de autores (2019). Boletín bibliográfico. Grupo de gestión de la información en salud. Centro de Información de Ciencias Médicas. Camagüey. Recuperado de http/www.sld.cu/sitios s/cpiem.cmw/

Capote, A, Ciria, A, y col. (2016). Consumo de sustancias tóxicas en adolescentes con Infecciones de Transmisión Sexual. *Revista cubana de Medicina General Integral 32(*1). Ciudad de La Habana.

Castillo, Y. (2016). *Infecciones de Transmisión Sexual*. En monografías.com (salud).

Faure, D., Collazo, E., González, M. (2009) La incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los adolescentes. *Mujeres* (429): Recuperado de: http://www.mujeres.cubaweb.cu/articulo.asp?a=2009&num=429&art=32

López, L., Rodríguez, C., y Col. (2015). Aproximación al estudio de la violencia en la relación de pareja en mujeres con Infecciones de Transmisión Sexual. *Revista cubana de Medicina General Integral. 31(*4). oct-dic 2015.

OMS. Estrategia mundial del sector de la salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021 Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)

Pérez, M., Farrés, LY., Pérez, D. (2016). Intervención educativa sobre Infecciones de Transmisión Sexual. *Medicentro.* Abril-junio2016.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL CONSULTORIO 35, MAJIBACOA, LAS TUNAS

STRATEGY OF EDUCATIONAL INTERVENTION FOR THE PREVENTION OF THE PREGNANCY IN ADOLESCENTS OF THE CLINIC 35, MAJIBACOA, THE TUNAS

Richard Martínez Lozada richard9301@nauta.cu

Yadainis Guerra Garcia yadelmis.guerra@nauta.cu

Odalis Martínez Avalle

RESUMEN

Se realizó un estudio experimental, prospectivo, longitudinal, con el objetivo de incrementar el conocimiento en los adolescentes sobre la prevención del embarazo en el CMF 35 de Omaja del Policlínico “7 de Noviembre” del municipio de Majibacoa en el periodo de mayo 2018- marzo 2019 a través de una estrategia de intervención educativa.El universo está compuesto por 74 adolescentes dispensarizados y la muestra por 50 adolescentes. La recolección de información se realizó a través de las historias de salud familiar, las historias clínicas individuales, en encuestas realizadas y en una hoja de registros de datos confeccionado por el autor que se llenó periódicamente. Se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas y clínicas entre ellas edad y sexo. Los mismos fueron representados en cuadros comparativos con los resultados antes y después de la intervención, observándose que predominó el sexo masculino y en la variable edad el intervalo de 15-19 años. El nivel de conocimiento del embarazo se incrementó considerablemente para disminuir las posibles complicaciones.

PALABRAS CLAVES: adolescentes, prevención, embarazo.

ABSTRACT

He was carried out an experimental, prospective, longitudinal study, with the objective of increasing the knowledge in the adolescents on the prevention of the pregnancy in the CMF 35 of Omaja of the Policlínico "November 7" of the municipality of Majibacoa in the period of May 2018 - March 2019 through an intervention strategy educativa.El universe is compound for 74 adolescent dispensarizados and the sample for 50 adolescents. The gathering of information was carried out through the histories of family health, the individual clinical histories, in carried out surveys and in a leaf of registrations of data made by the author that was filled periodically. They were kept in mind variable sociodemográficas and clinical among them age and sex. The same ones were represented before in comparative squares with the results and after the intervention, being observed that the masculine sex prevailed and in the variable age the 15-19 year-old interval. The level of knowledge of the pregnancy was increased considerably to diminish the possible complications.

KEY WORDS: adolescents, prevention, pregnacy.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. La adolescencia es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo desde los 12 hasta los 19 años de edad que da fin a la niñez y anuncia a la adultez.

> (…) Los adolescentes tienden a participar en la vida sexual, la experiencia medica nos enseña que entre menor es la edad más peligrosos es el embarazo, el parto y más alta la mortalidad infantil, por eso es necesario postergar la reproducción humana a edades en que los progenitores puedan ser biológicamente y psicológicamente responsables frente a sus hijos.(Pedroso, 2015, p.15).

La adolescencia y la juventud son momentos de la vida en el que las conductas de riesgo son la mayor parte de las causas que originan lesiones, trastornos de salud, secuelas y en oportunidades hasta la muerte en ambos sexos.

> (…) El grado de vulnerabilidad del adolescente y joven está en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el microambiente familiar, las políticas socioeconómicas, así como el grado de conocimiento que poseen sobre Salud Sexual y Reproductiva. La educación de la sexualidad es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, se inicia desde el nacimiento dentro del grupo familiar y transcurre durante toda la vida en los sucesivos vínculos que establecen las personas al interactuar con diferentes grupos (López, 2014, p35).

De esta manera “la maduración sexual en los adolescentes está estrechamente relacionada con un inicio temprano de las relaciones sexuales sin protección, el desconocimiento de la biología de la reproducción por la mayor parte de los adolescentes” (Mariño y col, 2014, p18).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren cada año.

La OMS define la adolescencia como:

> (…) la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años, Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto. Con el devenir de los años los adolescentes se están enfrentando, cada vez más temprano al inicio de las relaciones sexuales, por la falta de comunicación con la familia, por la propia rebeldía que los caracteriza, además de que muchos padres se limitan a hablar sobre sexualidad con sus hijos, todo esto trae como consecuencia un embarazo no deseado en edades tempranas; el cual va acompañado de complicaciones biopsicosociales para la adolescente, la familia y el producto de la concepción; por lo que constituye un riesgo médico a considerar, no sólo porque determina una elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de dos a tres veces en la mortalidad infantil, sino también como uno de los factores más importantes en la aparición de malformaciones congénitas. (OMS, 2015, s/p.)

También la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado que alrededor de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a la luz un hijo, y un millón de niñas menores de 15 años se convierten en madres. Disminuir el embarazo en la adolescencia es un objetivo mundial.[9] Durante todo el desarrollo de las diferentes eras, los métodos anticonceptivos fueron cambiando hasta la era moderna, lo cual evidencia que desde el comienzo de la historia se ha reconocido la necesidad de la población de prevenir la natalidad no solo para evitar las muertes provocadas por el aborto, sino para el control de la natalidad. Esto evidencia que desde el comienzo de la historia se ha reconocido la necesidad de prevenir el embarazo.

Alrededor del 40% de los embarazos no deseados ni planificados se presentan en jóvenes entre los 15 y 19 años, mismo periodo en el que se registran mayor número de muertes materno-infantiles. No obstante, el fenómeno no excluye a los países en vías de desarrollo. En el país persiste también una elevada fecundidad en la adolescencia y del 60-70% de los embarazos adolescentes son no deseados, mientras que en Estados Unidos este porcentaje alcanza el 95%.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. (Menéndez y col, 2015).

Las adolescentes en su embarazo sufren más complicaciones que las mujeres adultas, entre las que se puede citar la preclampsia, las anemias, partos pretérminos, recién nacidos bajo peso, traumas obstétricos, un riesgo elevado de muerte prenatal y el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra. (Lugones, 2014).

Cuba como país del tercer mundo no está libre de esta situación, por lo contrario este problema continúa en ascenso, a pesar de los avances logrados en el campo de la salud por lo cual se mantiene como motivo de preocupación de nuestro ministerio. Los adolescentes en nuestro país, tienen mayores posibilidades de enfrentar la gravidez, deseado o no, pero el proceso acarrea complicaciones, tanto para la madre como para el bebe. A pesar de la voluntad política de priorizar la salud y la educación sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes, cifras del Anuario Estadístico de Salud de 2015, indican que la tasa de fecundidad en menores de 20 años era entonces de 51,6 por cada mil mujeres de ese grupo etario, más del 15 por ciento de la fecundidad total del país.

En nuestra provincia, el año 2013 resultó ser él de resultados más negativos. La tasa de fecundidad de adolescentes de la provincia osciló entre 39 y 45,2 por cada 1000 mujeres de 12 a 19 años, el 65% de los niños que ingresaron en la terapia intensiva, fueron hijos de madres adolescentes; en nuestro municipio en el año 2017 se reportaron 61 embarazos en adolescentes, predominando en las edades comprendidas entre 18 y 19 años respectivamente, para una tasa de 57,2 embarazadas adolescentes por cada 1000 mujeres de 12 a 19 años, evaluadas de mal por estar en una tasa de 40 y más por cada mil mujeres en edad fértil, en el año 2018 se registraron 13 hasta el momento.

El médico de la familia está en el deber de contribuir a preparar al adolescente para que enfrente su primera relación sexual con responsabilidad, darle las herramientas y la información necesaria para que postergue el inicio de las relaciones sexuales y cuando las inicie lo haga con mayor responsabilidad y conocimientos que los protejan de un embarazo no deseado y de las ITS, y de esta forma contribuir a la formación de los hombres y mujeres del mañana.

La investigación fue necesaria debido a que la conducta sexual irresponsable, el embarazo no deseado y el aborto provocado constituyen problemas de salud que se presentan con frecuencia en los adolescentes. Por lo ya mencionado, entendemos que el embarazo de los adolescentes es producto de una escasa o insuficiente información y educación sexual, por lo tanto es muy importante que los adolescentes conozcan todo lo relacionado con el sexo y los métodos anticonceptivos. Se utilizó el método dialéctico como método universal y como generales se utilizaron métodos empíricos y teóricos. Además de la observación, la experimentación y medición, el análisis y síntesis, la deducción-inducción y el hipotético-deductivo.

Principales resultados del diagnóstico

Se usó las técnicas investigativas cualitativas y cuantitativas, expresadas en el sistema de métodos teóricos y empíricos que permitirán la triangulación metodológica de la información obtenida.

Recolección de la información:

La esencia de la utilización de métodos teóricos fue lo que posibilitó el análisis documental, de las fuentes bibliográficas relacionadas con las fuentes utilizadas. Se realizó una revisión bibliográfica y documental relacionada con el índice elevado del embarazo en la adolescencia en el ambiente local, nacional e internacional a través de internet, sobre el desarrollo evolutivo de este problema, así como su repercusión en el individuo y la sociedad. Relacionadas con la metodología de la investigación se efectuó una revisión de Historias Clínicas individuales y familiares de cada paciente adolescente que estuvieron de acuerdo con el estudio, hojas de cargo, documentos de estadística del área de salud, donde se recopilaron los datos necesarios.

Los adolescentes llenaron y firmaron junto con sus padres el documento de consentimiento informado, después de recibir toda la información relacionada con los objetivos de la investigación para que aumenten su nivel de información con relación con el embarazo en la adolescencia y sus consecuencias, además de poder retirarse de la investigación cuando lo desearan sin que eso interfiera con su atención médica.

En la primera sección se aplicó un instrumento de recolección de datos a tipo de cuestionario elaborada por el autor de la investigación según bibliografía utilizada y objetivos propuestos, las variables que se utilizaron son: edad, sexo, edad óptima de inicio de las relaciones sexuales, de tener el primer hijo, complicaciones durante la gestación, el parto, el puerperio y del recién nacido, así como consecuencia del embarazo en la adolescencia y uso de métodos anticonceptivos.

Se utilizó la entrevista como técnica participativa para determinar los conocimientos iniciales de cada adolescente, la encuesta, una vez llenada, se convirtió en el registro definitivo de la investigación, la que se aplicó en dos tiempos: previo a la investigación y

luego de ella. Se aplicó la estrategia de intervención educativa mediante la realización de conferencias educativas a los adolescentes, se esperó un mes y se aplicó la encuesta nuevamente, para determinar la retención de la información lograda por los adolescentes.

Evaluación de los resultados:

Se elaboró un instrumento que permitió conocer el nivel de conocimiento antes de la intervención y el aprendizaje logrado. Los datos fueron procesados de forma computarizada, se aplicaron las medidas estadísticas de distribuciones de frecuencia y por cientos con un 0,95% de confiabilidad y un 0,05% de margen de error en una computadora P 5 empleando el procesador de Textos Microsoft Word, los mismos fueron representados a través de cuadros de distribución de frecuencia y a partir de ellos se realizó el análisis y discusión de los resultados.

Los resultados obtenidos en la estrategia de intervención comunitaria que se realizó con los adolescentes que estuvieron de acuerdo con el estudio, permitieron llegar a diferentes conclusiones que reflejaron los altos porcentajes de embarazadas adolescentes en el Consultorio Médico de la Familia 35 y los cambios significativos en el nivel de conocimiento sobre el uso de los anticonceptivos, se demostró que con una estrategia adecuada se puede alcanzar un adecuado control de este problema en estos grupos de población para evitar sus temidas complicaciones, además se realizaron las recomendaciones para trabajos futuros. Estos resultados se compararon con otros estudios nacionales e internacionales lo que permitió a través del análisis inductivo y deductivo llegar a conclusiones y hacer recomendaciones.

Análisis y discusión de los resultados:

Tabla #1: Distribución de los adolescentes según edad y sexo del CMF 35 de Mayo 2018 – Marzo 2019.

Grupo de edad en años.	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
12 – 14	15	34,9	9	29	24	32,4
15 – 19	28	65,1	22	71	50	67,6
Total	43	58,1	31	41,9	74	100

Fuente: Historias de salud familiar.

En la tabla#1 se analizó la distribución de la muestra según edad y sexo, se observó que la edad predominante estuvo entre los 15–19 años para un 67,6 %, con un predominio del sexo masculino, sobre el femenino con un 58,1 %.

Tabla #2. Conocimientos sobre la edad óptima de inicio de las relaciones sexuales en el CMF 35 de Mayo 2018 – Marzo 2019.

Conocimientos sobre la edad óptima de inicio de las relaciones sexuales	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	12	24	45	90
Inadecuado	38	76	5	10
Total	50	100	50	100

Fuente: Cuestionario.

En la tabla #2, de las edades presentadas para iniciar las relaciones sexuales solo el 24% de las respuestas fueron adecuadas respondiendo que después de los 20 años era la edad óptima, similares resultados se obtuvieron en estudio realizado en el Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa". Minas. Camagüey, por MSc. Gilberto Enrique Menéndez Guerrero I, MSc. Inocencia Navas Cabrera, en el 2015, donde el 31,2 % de los adolescentes presentaban conocimientos acertados sobre la edad óptima para el inicio de las relaciones sexuales, similar resultado se obtuvo en estudio realizado en Policlínico Docente "Wilfredo Pérez Pérez", municipio San Miguel del Padrón, Ciudad de La Habana en el 2015, donde solo el 25 % de los encuestados presentaban conocimientos adecuados sobre el inicio de las relaciones sexuales, por lo que en la intervención se enfatizó en este tema, con lo cual se logró que las adolescentes elevaran su nivel de conocimientos y con posterioridad respondieran afirmativamente a la respuesta correcta en un 90 %, al aplicarse el cuestionario en la segunda oportunidad, con un incremento excelente de los conocimientos por estar por encima del 50 %.

Conocimientos sobre la edad óptima para tener el primer hijo.	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	15	30	48	96
Inadecuado	35	70	2	4
Total	50	100	50	100

Tabla #3. Conocimientos sobre la edad óptima para tener el primer hijo en el CMF 35 de Mayo 2018 – Marzo 2019.

En la tabla #3, sobre la edad óptima para tener el primer hijo, un 70 % respondieron inadecuadamente y solo un 30% adecuadamente, lo cual se elevó a un 96% después de la intervención educativa, con un incremento excelente de los conocimientos por estar por encima del 50%. Resultados superiores se obtuvieron en el estudio realizado en el Policlínico Docente "Wilfredo Pérez Pérez", municipio San Miguel del Padrón,

Ciudad de La Habana en el 2015 (26), con un porcentaje elevado (81 %) los cuales consideraron que la mejor edad para la maternidad era la comprendida entre los 20 y 34 años.

El desconocimiento de la edad óptima de una mujer para quedar embarazada, provoca fundamentalmente que no se tengan en cuentan las desventajas y complicaciones que acarrea este acto en la adolescencia, ya que no ha ocurrido una madurez biológica de la joven, pues todavía no se ha completado el crecimiento y desarrollo de los órganos reproductivos.

Tabla #4. Nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en el CMF 35 de Mayo 2018 – Marzo 2019.

Nivel de conocimientos.	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	10	20	50	100
Inadecuado	40	80	0	-
Total	50	100	50	100

En la tabla #4 se puede observar que de los 9 métodos anticonceptivos presentados a los adolescentes, tuvieron dificultad en identificarlos, solo un 20 % fue capaz de identificarlos correctamente, todo lo cual coincide con la bibliografía consultada, sobre el estudio realizado en la provincia de Camagüey, donde uno de los problemas que con mayor frecuencia se observa son las relaciones sexuales precoces sin protección anticonceptiva, en estudio realizado en la Universidad de San Francisco, Quito en Mayo del 2014 donde solo el 34%, tenía conocimientos adecuados sobre los métodos anticonceptivos, lo cual nos llevó a profundizar durante la aplicación del Programa Educativo y elevar el conocimiento de estos métodos en un 100%, lo que se patentizó en los resultados de la encuesta final, con un incremento adecuado de los conocimientos por estar por encima del 50 %.

Esto nos hace reflexionar sobre la necesidad de trabajar más intencionadamente en edades tempranas de la adolescencia para promover el uso del preservativo y otras técnicas de sexualidad protegida y de esta manera evitar el embarazo en la adolescencia.

Tabla. 5 Nivel de conocimientos sobre las complicaciones antes, durante y después del embarazo en la adolescente del CMF 35 de Mayo 2018 – Marzo 2019.

Nivel de conocimientos sobre las complicaciones antes, durante y después del embarazo en la adolescente	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	0	-	35	70

Inadecuado	50	100	15	30
Total	50	100	50	100

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 5 se muestra el conocimiento sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia antes, durante y después del mismo; inicialmente un 100% de los encuestados desconocían las complicaciones del embarazo en la adolescencia; similar a los resultados obtenidos en estudio realizado en la provincia de Camagüey, en EEUU, el 74% de los alumnos encuestados ignoran las consecuencias de un embarazo a su edad y solo un 4% conocían dichas consecuencias.

Estos datos nos indican que no poseen conciencia de los riesgos que puede correr una adolescente al quedar embarazada, ya que si bien dicen conocer de los cambios biológicos normales de un adolescente y que su desarrollo culmina hasta los 19 años; no así sobre que un embarazo antes de esta edad puede traer complicaciones severas, tanto para la madre como para el hijo, esto debido a que aún no existe una madurez biológica completa. Después del programa aumentó considerablemente su conocimiento ya que fueron capaces de señalar complicaciones que desconocían al inicio, con un incremento de los conocimientos, en un 70% de los participantes.

CONCLUSIONES:

Como ideas finales destacamos que la edad predominante de adolescentes estuvo entre los 15 – 19 años, con un predominio del sexo masculino, sobre el femenino. Se diagnosticó el nivel de conocimiento del embarazo en la adolescencia antes y después de la intervención educativa realizada. Con la aplicación de la estrategia educativa se elevó considerablemente el nivel de conocimiento en el grupo estudiado.

REFERENCIAS

Adolescentes embarazadas. (2016). En Un dilema de nuestros días. *Revista Información; 84*(2) Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san183 09.htm.

Lete, I., Lozano, JL. (2010). Embarazo en la adolescencia, En *Manual de salud reproductiva en la adolescencia*, Tomo 1, capítulo 26.

López, Y. (2014). Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. *Revista Cubana Enfermería 28*(1): pp.23-36. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&

Lugones, M. (2014). Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Medicina General Integral.; 30*(1): 1-2.

Mariño, ER, Ávalos, MM., Baró, V. (2014). Factores de riesgo que influyeron en el bajo peso al nacer en el policlínico "Aleida Fernández". *Revista Cubana Medicina General Integral. 28*(2): 18-27. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?

Menéndez, GE., Navas, I., Hidalgo, Y., Espert, J. (2015). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en internet].

Pedroso, G. (2015). *Factores Epidemiológicos del embarazo en la adolescencia*. Policlínico Docente, Calabazar de Zagua, Villa Clara, Encrucijada.

Reyes, E., Orive, N., Peña, O., Romero, L., Cardoza, M. (2015). Embarazo en la adolescencia, comportamiento epidemiológico en Las Tunas en el período 2012-2014*. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta: 9* ISSN 1029-3027. Recuperado de: http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/386.

HISTERECTOMIA OBSTETRICA DE EMERGENCIA. UN DILEMA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

OBSTETRIC HYSTERECTOMY OF EMERGENCY. A DILEMMA IN THE MEDICAL PRACTICE

Roberto Rodríguez Pargas robertonaila86@gmail.com

Marisbel Hidalgo Peña

Reparada Balmaceda Bruzón

RESUMEN

La salud materna constituye uno de los objetivos del milenio para un desarrollo sostenible y constituye un reto en la práctica médica la incorporación de nuevos procederes quirúrgicos que garanticen la supervivencia en la paciente obstétrica. Se realizó un estudio referativo con la finalidad de actualizar los referentes clínicos y epidemiológicos de la HisterectomíaObstétrica (HO) de emergencia, y el dilema que ocasiona en la actualidad su diagnóstico y tratamiento en la práctica médica para ello se revisaron artículos publicados en Ebescohost, Mediplus, Scielo, la sistematización realizada permitió concluir que la Histerectomía Obstétrica de Emergencia se considera un proceder necesario en la práctica médica, en la actualidad se han protocolizado diferentes variantes para su tratamiento, es imprescindible su realización cuando las técnicas conservadoras no son suficientes para preservar la vida de la mujer.

PALABRAS CLAVES: Histerectomía obstétrica, hemorragia postparto, urgencia obstétrica.

ABSTRACT

The maternal health constitutes one of the objectives of the millennium for a sustainable development and it constitutes a challenge in the medical practice the incorporation of new surgical processes that you/they guarantee the survival in the obstetric patient. He/she was carried out a study referativo with the purpose of upgrading the relating ones clinical and epidemic of the Obstetric Hysterectomy (HO) of emergency, and the dilemma that causes their diagnosis and treatment at the present time in the medical practice for they were revised it articles published in Ebescohost, Mediplus, Scielo, the carried out systematizing allowed to conclude that the Obstetric Hysterectomy of Emergency is considered a to proceed necessary in the medical practice, at the present time different variants have been protocolized for its treatment, it is indispensable its realization when the conservative techniques are not enough to preserve the woman's life.

KEY WORDS: ostetric hysterectomy, postpartum hemorrhages, obstetric urgency.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía obstétrica (HO) es la extirpación del útero, la resección parcial o total después de un evento obstétrico debida a una complicación del embarazo, el parto o el puerperio o por agravamiento de una enfermedad preexistente. El vocablo histerectomía proviene de las voces griegas: isteros (útero) y ectomía (extirpación). Se practica habitualmente de urgencia por indicación médica. Es un procedimiento de

urgencia para resolver una situación grave, con una importante morbilidad y mortalidad materna, que se realiza cuando todas las medidas conservadoras han fracasado en lograr la hemostasia durante una hemorragia obstétrica por lo que es un procedimiento de salvamento, que no se debe retrasar ni dudar en realizar cuando se requiere. (Vega y col, 2017) y Hernández (2016).

La HO es una intervención quirúrgica que en la actualidad se encuentra reservada sólo para aquellas situaciones en las que el manejo conservador para preservar el útero y la función reproductiva han fallado, considerándose el procedimiento como una intervención indicada en los casos de emergencia obstétrica para preservar la vida. El procedimiento no es de primera elección debido a las altas tasas de morbilidad quirúrgica que presenta por eventos adversos previsibles, reportándose altas tasas de morbilidad desde el inicio de su práctica en el siglo pasado. (Aguilar, 2012).

La epidemiología de la HO es variable, algunos autores reportan entre 5 a 15 por cada 1000 eventos obstétricos, identificándose factores de riesgo más frecuente el antecedente de cesárea previo, rotura uterina, placenta previa asociada a placenta acreta, hipotonía o atonía uterina entre otros. Las complicaciones más frecuentes reportadas son shock hipovolémico, lesiones vesicales e infección, con una mortalidad materna del 14%. Según otros autores, la incidencia de esta cirugía ha ido en aumento por el incremento en el porcentaje de cesáreas, que predispone a una placentación anormal (Acretismos placentario y placenta previa), edad materna avanzada, multiparidad, uso de oxitocina, otros fármacos que aumentan la probabilidad de hemorragia posparto, cirugías uterinas y tabaquismo materno. (Hernández, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

> (…) cada año se producen en el mundo 50 000 muertes maternas. Solamente en la región de las Américas se reportan 30 000 defunciones, la mayoría de ellas evitables con un tratamiento médico quirúrgico oportuno.A escala mundial la primera causa de muerte materna es la hemorragia ligada al proceso del embarazo, en particular la hemorragia del posparto (OMS, 2015, s/p).

Es por esto que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene como estrategia la denominada "maternidad sin riesgo", que consiste en facilitar el acceso a la información sobre salud reproductiva y a la atención sanitaria con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad materna, esto quiere decir que los procedimientos quirúrgicos obstétricos tienen como única finalidad el garantizar el bienestar materno infantil,según Casas y col (2013).

Con el advenimiento de nuevas tecnologías y con el avance científico técnico en el campo de la Medicina, la histerectomía obstétrica ha ido disminuyendo en frecuencia como simultáneamente han mejorado sus resultados. (Hernández y col, 2018).

Actualmente la literatura médica estima una incidencia de histerectomía obstétrica entre 0,29 y 3,78 por cada 1000 partos y el 10 % de los casos puede requerir una segunda intervención. En un estudio realizado en Japón se reportó una incidencia de 1 %. Este mismo trabajo informa que el 23,5 % fue después de un parto vaginal y el 76,5% después de una cesárea.

En Cuba existen varios estudios que muestran el comportamiento variable de este proceder, tal es el caso del realizado en el Hospital Ginecobstétrico Docente de

Guanabacoa, con una incidencia de 0,2 %, el realizado en el Hospital Julio Trigo en La Habana, con una incidencia de 21,8 %, y otro en el Hospital América Arias en el año 2012, con una incidencia de 4,5 %. Investigaciones precedentes en Cienfuegos muestran la incidencia de histerectomía obstétrica entre 1,02 – 2,5 hace cinco años atrás. Sin embargo, un mayor conocimiento sobre el tema permite actuar de manera coherente y racional ante situaciones de riesgo. (Casas, 2013).

Las muertes maternas se relacionan de forma significativa con una gama de urgencias obstétricas. Numerosas son las medidas que toma el personal especializado en aras de lograr el manejo adecuado de estas últimas y con ello lograr la prestación de un mejor servicio de salud.

Entre las estrategias indicadas para el control de las urgencias obstétricas se encuentra la histerectomía obstétrica; técnica quirúrgica que se practica cuando fracasan otros métodos que intentan la estabilización hemodinámica.

Hoy día, con los avances científico-técnicos y la implementación de nuevos métodos y técnicas encaminadas a prevenir la aparición de las urgencias obstétricas ha dado al traste con la histerectomía obstétrica, propiciando la práctica, cada vez menos, de esta técnica. No obstante, existen situaciones que exigen de la aplicación de la misma y en las cuales el personal de salud implicado no puede divagar a la hora de tomar una decisión.

En nuestro medio no existen estudios que reporten datos sobre los principales factores de riesgo, causas y complicaciones de HO por tal motivo nos dimos la tarea de realizar el presente estudio en aras de brindar y generar nuevos conocimientos en el campo de la obstetricia.

En Las Tunas, en los últimos años, no se han reportado estudios que daten sobre el comportamiento epidemiológico de la histerectomía, es por ello que creemos conveniente realizar la presente casuística para actualizar los referentes clínicos y epidemiológicos de la HisterectomíaObstétrica (HO) de emergencia, y el dilema que ocasiona en la actualidad su diagnóstico y tratamiento en la práctica médica.

Clasificación y factores de riesgo de la HO

Según la literatura, la histerectomía obstétrica se puede clasificar en:

Cesárea-histerectomía (conocida también como operación de Porro): la cesárea y la histerectomía se realizan en un solo tiempo.

Histerectomía poscesárea: estas intervenciones se realizan en dos tiempos diferentes.

Histerectomía posparto: la queserealiza después de unparto, en el puerperio inmediato o mediato.

Histerectomía posaborto.

Histerectomía en bloque: cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica o un feto muerto y corioamnionitis severa en pacientes con sepsis grave o choque séptico.

Entre los factores de riesgo que con mayor frecuencia han sido identificados están: antecedente de cesárea (aumenta 10 a 12 veces su probabilidad), edad mayor de 35

años, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y el antecedente de hemorragia en el parto anterior, este último con un riesgo relativo (RR) de 9,3.

Indicaciones de la histerectomía obstétrica

Las indicaciones absolutas son las que durante el trascurso de un nacimiento por vía vaginal o abdominal obligan a terminar la intervención con una histerectomía como único procedimiento para solucionar el estado de gravedad.

Por lo general se elige la histerectomía total, pero en determinados casos, por la urgencia requerida, puede estar indicada la histerectomía subtotal. (Calvo y col, 2016).

Las indicaciones absolutas de histerectomía obstétrica son las siguientes:

- Rotura uterina de difícil reparación.
- Hemorragia incoercible.
- Prolongación de la incisión de la histerotomía hasta los vasos uterinos.
- Útero de Couvelaire en Abruptio placentae.
- Acretismos placentario.
- Inercia uterina que no se resuelve con manejo médico.
- Sepsis pélvica.

Complicaciones de la histerectomía obstétrica

Las complicaciones asociadas con la histerectomía obstétrica dependen más de la causa que la originó que del procedimiento en sí. Las más comunes son: hemorragia posoperatoria, laceración vesical, fístula vesicovaginal, ureterovaginal y recto vaginal, eventostromboembólicas, infecciones vesicales de la cúpula y peritonitis.

Otras complicaciones menos frecuentes: fiebre, neumonía, falla multiorgánica y paro cardíaco, hematoma y/o hemorragia de cúpula vaginal, hematuria, absceso abdomino-pélvico, hematoma y absceso de pared abdominal, íleo intestinal, pulmón de choque, ictericia , neumotórax, convulsiones, sección de uréter, accidente cerebrovascular, hematómetra o piometra, insuficiencia renal, infección urinaria, sección de vejiga, hepatitis, pancreatitis, dehiscencia de herida operatoria, desgarro vaginal, trastornos psicológicos, coagulación intravascular diseminada y transfusiones sanguíneas. (Calvo y col, 2016).

Algunas consideraciones de la Hemorragia Posparto como factor etiológico de la HO

La *hemorragia posparto* (HPP) se define como

> (…) aquella pérdida hemática superior a 500ml.Se considera HPP grave en caso de ser >1.000 ml y muy grave cuando la pérdida es >2.500 ml. Sin embargo, la cuantificación de la pérdida sanguínea posparto es un parámetro subjetivo que dificulta la aplicación de esta definición y habitualmente se produce una infraestimación. (Vargas y col, 2015).

La OMS reporta que existen 536.000 muertes maternas al año, de las cuales 140.000 son originadas por hemorragia obstétrica, representando el 25% del total de dichas muertes; y de estas más del 50% se presentan en las primeras 24 h. En México, se considera la segunda causa de muerte materna, con una tasa de mortalidad de 14,3 por 100.000 nacidos vivos; sin embargo, puede ser considerada la primera causa de muerte en zonas marginadas aisladas de servicios médicos de especialidad. (Carroli y col, 2008).

Epidemiología

La HPP primaria es la principal causa de mortalidad materna en todo el mundo. Produce aproximadamente una cuarta parte de las muertes maternas, lo que supone alrededor de 125.000 muertes al año (se estima que causa una muerte cada 4 minutos). Se calcula que la incidencia global de HPP es del 6,09%, y del 1,86% en caso de HPP grave. En un estudio prospectivo realizado en 78 maternidades de 13 países europeos se observó una incidencia de *HPP grave del 1,9%* de los partos vaginales.WHO (2015)

Consecuencias clínicas

Después de un alumbramiento normal, la hemostasia se produce por la retracción muscular del útero, que comprime las arterias del cuerpo uterino en el lugar en el que se insertaba la placenta. Éste es el mecanismo defectuoso en las HPP por atonía. El tratamiento médico inicial de las HPP por atonía uterina se basa entonces en la administración de medicamentos Uterotónicos. El objetivo es fortalecer la retracción uterina para comprimir las arterias del cuerpo uterino en su trayecto intramuscular. Si el tratamiento médico fracasa y también lo hace el taponamiento subsiguiente con balón intrauterino, las técnicas de tercera línea se dirigen a disminuir la circulación sanguínea en el cuerpo uterino: embolización de las arterias uterinas, ligadura bilateral de las arterias uterinas. (Nour, 2008).

Las hemorragias por herida del canal del parto plantean problemas distintos. La causa inicial puede ser un desgarro cervicovaginal, una ruptura uterina o la extensión lateral de una histerotomía. Estas lesiones se complican rápidamente con un hematoma extenso del ligamento ancho que dificulta o imposibilita la visualización de la arteria uterina. Pueden incluirse en este grupo los hematomas puerperales debidos a un desgarro venoso espontáneo en los tejidos vulvares o vaginales durante la expulsión. En estas formas la hemorragia es más difusa. Implica colaterales de la arteria uterina provenientes de su segmento parametrialsubligamentoso o de otras ramas de la arteria hipogástrica, como la arteria vaginal larga. Si la reparación quirúrgica específica no basta para obtener la hemostasia, ésta puede lograrse con una embolización arterial selectiva o una ligadura bilateral de las arterias hipogástricas.

Diagnóstico

El diagnóstico de la HPP se basa en la observación clínica con control de las constantes vitales y exploración física teniendo en cuenta que a menudo se produce una infraestimación de la pérdida hemática. Ante una HPP primaria será importante efectuar un correcto diagnóstico etiológico, ya que la conducta a seguir dependerá de la causa de la hemorragia. De todos modos, no debe olvidarse que la etiología en muchos casos puede ser mixta, con un factor causal inicial que acaba desencadenando el resto de los mecanismos. (Vargas y col, 2015).

Características generales del tratamiento de las HPP

La HPP es el arquetipo de la extrema urgencia médica. Además, las constataciones iniciales no permiten predecir la gravedad. El tratamiento de una HPP tiene cuatro características principales:

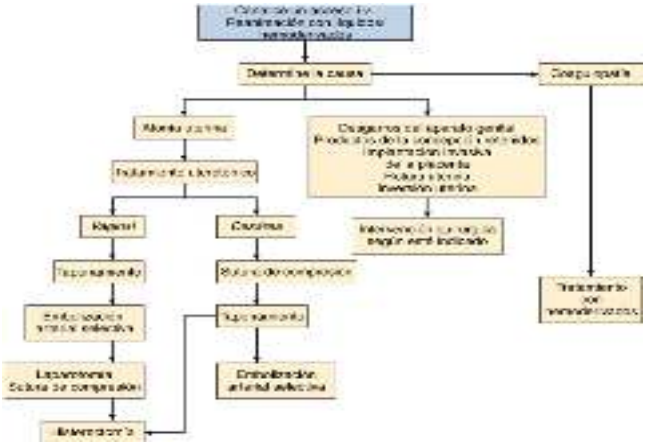
Está codificado. Los algoritmos definidos por las RPC son la síntesis rigurosa y objetiva de los estudios científicos en el momento en que han sido redactado.

Es jerarquizado. Se distinguen tres etapas: el tratamiento inicial, que detiene la mayoría de las HPP; el tratamiento intermedio, si fracasa la primera etapa o en caso de HPP grave desde el principio, y el tratamiento invasivo, quirúrgico o radiológico en las formas más graves de HPP.

Es cronometrado. Está claramente demostrado que la eficacia de los diversos tratamientos depende del momento en que se inician y que un retraso agrava el pronóstico. En las formas que no responden a las medidas iniciales, rápidamente se produce una CIVD que complica el tratamiento.

Es multidisciplinario. Impone una comunicación y una sincronización estrecha entre los profesionales intervinientes. Los ejercicios de simulación médica parecen interesantes para perfeccionar los saberes de los profesionales en este contexto. Nour (2008)

Algoritmo para el tratamiento de la HPP



IV: Intravenoso. (extraído de: Clynicalkey.es)

Cuando se produce una HPP, su tratamiento es multidisciplinario. La cooperación entre médicos anestesistas, intensivistas, ginecólogos, obstetras, matronas, bioquímicos y radiólogos intervencionistas, basada en protocolos de actitud terapéutica, es fundamental. Permite efectuar una reanimación de buena calidad, de forma paralela a los actos terapéuticos obstétricos y/o radiológicos.

Una vez establecido el diagnóstico, el factor tiempo es primordial. Es esencial registrar la hora de comienzo de la hemorragia y las pérdidas sanguíneas de forma cuantitativa. Los datos de las publicaciones destacan la subestimación casi constante de las pérdidas de sangre cuando son evaluadas a simple vista por el equipo obstétrico. Los otros métodos de evaluación de las pérdidas sanguíneas son: una bolsa de recogida graduada, la determinación repetida del hematocrito en una muestra de sangre venosa

y la medición del volumen plasmático por dilución de marcadores teñidos o radioactivos. Entre estas medidas, la que parece más fiable y más accesible es la recogida en una bolsa graduada. (Carrioli, 2008).

Tratamiento obstétrico

Si el estado hemodinámico de la paciente es demasiado inestable para considerar un traslado con el fin de realizar una embolización o si la hemorragia es masiva desde el principio, la opción es un procedimiento quirúrgico destinado a controlar la hemorragia lo antes posible. La intervención se desarrolla bajo anestesia general y con intubación oro traqueal. Esto permite controlar mejor el estado hemodinámico, proteger las vías respiratorias y crear mejores condiciones para la práctica del procedimiento, en particular gracias a la curarización. (OMS, 2015).

En caso de hemorragia durante una cesárea, antes de la embolización puede efectuarse un capitonaje o una ligadura vascular. Si esto fracasa, se realiza una histerectomía, que a veces se efectúa de entrada con fines de hemostasia para preservar la vida de la madre. (Zhang y col, 2010).

Técnicas quirúrgicas

En la actualidad se deben utilizar preferentemente las técnicas conservadoras, pero sin que ello suponga poner en peligro el pronóstico vital materno. Todas las técnicas conservadoras se realizan con suturas reabsorbibles, con el objetivo de preservar la fertilidad de las pacientesy, sobre todo, de una menor morbilidad. Para poder controlar la hemorragia, la ligadura del vaso responsable del sangrado se debe realizar lo más distalmente posible con respecto a su origen y de forma bilateral para evitar el retratamiento de este vaso por las numerosas anastomosis arteriales presentes al nivel pélvico. La limitación de las técnicas conservadoras es el fracaso y, por tanto, el retraso en el tratamiento radical y, sobre todo, los trastornos de la hemostasia de tipo coagulación intravascular diseminada.

Ligaduras vasculares

- Ligadura bilateral de las arterias uterinas
- Triple ligadura de Tsirulnikov (ver anexo IV)
- Ligadura progresiva *(stepwise)* (ver anexo V)
- Ligadura bilateral de las arterias hipogástricas (LBAH)

Plicaturas o compresiones uterinas.

- Técnica de B-Lynch (ver anexo VI)
- Plicatura uterina descrita por Hayman
- Capitonaje uterino (ver anexo VII) Zhang y autores (2010)

Histerectomía de hemostasia.

La histerectomía hemostática se decide en general tras embolización o ligaduras vasculares cuando persiste el sangrado; no obstante, se puede realizar de entrada si la situación lo impone. Principalmente suele ser subtotal; esta técnica es más simple, más rápida y tan eficaz como la histerectomía total. En caso de urgencia hemorrágica, lo

importante es ser rápido y eficaz. Las lesiones ureterales y vesicales aparecen esencialmente durante histerectomías totales, en casi todos los casos durante los despegamientos vesicales difíciles sobre úteros cicatriciales. Por ello, la prudencia incita a realizar de preferencia la histerectomía subtotal. Sin embargo, existen situaciones en las que es imprescindible la histerectomía total, en particular en caso de anomalías de inserción placentaria, de rupturas complejas del segmento inferior o de desgarro cervical grave asociado. (Zhang y col, 2010).

La estimación de la incidencia de histerectomías hemostáticas por HPP es variable según los autores, de entre uno de cada 5.000 a uno de cada 1.274 partos. Se puede observar una evolución paralela de la frecuencia de histerectomías por HPP y de la frecuencia de partos por cesárea; la cicatriz uterina es un factor favorecedor de las anomalías de la placentación. En una revisión reciente de la literatura, las principales indicaciones de histerectomía hemostática fueron las anomalías de placentación (38%), la atonía uterina (29%) y la ruptura uterina (12%). Las indicaciones de histerectomía hemostática por hemorragia grave del posparto son, finalmente, el fracaso del tratamiento conservador, los desgarros graves uterinos (ruptura uterina) y las anomalías de la placentación. (OMS, 2015)

Histerectomía subtotal

Se puede realizar durante una cesárea o tras un parto por vía vaginal. La histerectomía se realiza conservando la vía de acceso utilizada para la cesárea, si es necesario ampliada lateralmente en caso de incisión transversal, hacia arriba en caso de incisión mediana infraumbilical. Tras un parto por vía natural, la vía de acceso habitual es supra púbica transversa. Tras una cesárea segmentaria, la histerotomía se cierra mediante una sutura tosca y rápida que evita un sangrado molesto de los bordes de sección uterinos. La incisión del peritoneo visceral se prolonga hasta los ligamentos redondos, a algunos centímetros de los cuernos uterinos. Se realiza la sección de los ligamentos redondos entre dos pinzas de hemostasia y se ligan a continuación. Después, el ligamento ancho se abre por delante. El tiempo siguiente consiste en la ligadura de los pedículos anexiales (ligamentos uteroováricos y trompas) tras sección sobre una pinza de JL Faure o de Bengolea. Debido al calibre de los vasos, es preferible una ligadura doble con sutura de reabsorción lenta. La colocación de una pinza de Kocher larga verticalmente sobre el cuerno uterino asegura la indispensable hemostasia de retorno. Resultará fácil realizar una incisión en la hoja posterior del ligamento ancho y su despegamiento. La vejiga se rechaza totalmente con una valva de 90°. La tracción hacia arriba del útero permite el acceso al pedículo uterino. Éste se prende con una pinza de JL Faure, ligeramente por debajo del nivel de la histerotomía, y a continuación se realiza una ligadura con sutura de reabsorción lenta. La histerectomía se finaliza prolongando la histerotomía lateralmente y hacia atrás. De este modo la sección es estrictamente segmentaria. La hemostasia de la superficie de sección cervical se asegura mediante puntos en X o dos hemisuturas continuas. (OMS, 2015)

Histerectomía total

Los tiempos quirúrgicos iniciales son los mismos que los descritos previamente: sección y hemostasia de los ligamentos redondos y uteroováricos, disección de los ligamentos anchos, sección y hemostasia de las arterias uterinas. La disección de la vejiga debe

ser más amplia que para una histerectomía subtotal, hasta la cara anterior de la vagina. Se seccionan los ligamentos uterosacros, sobre pinzas, a ras del útero. La hemostasia de las arterias cervicovaginal se realiza colocando una pinza de JL Faure verticalmente en contacto directo con el cuello. La pinza no se debe colocar más hacia fuera, ya que con ello existe más riesgo de lesionar el útero. Con la vejiga rechazada permanentemente con una valva, se realiza la abertura de la vagina por su cara anterior. La identificación de la unión cuello-vagina se realiza mediante palpación, si el cuello no está dilatado. Si la dilatación es importante o completa, puede ser difícil determinar la zona de sección. En este caso será necesario realizar una incisión vertical en el segmento inferior en la línea media, a continuación, el cuello, hasta llegar a la vagina. La sección circular de la vagina se completa lateralmente y a continuación en la zona posterior. La hemostasia de la superficie de sección vaginal se asegura con dos hemisuturas continuas y con algunos puntos en X en los ángulos. No es necesaria la peritonización. Se coloca un drenaje en la cavidad que se deja durante 48 horas.

CONCLUSIONES

La Histerectomía Obstétrica de Emergencia se considera un proceder necesario en la práctica médica, en la actualidad se han protocolizado diferentes variantes para su tratamiento, es imprescindible su realización cuando las técnicas conservadoras no son suficientes para preservar la vida de la mujer.

REFERENCIAS

Aguilar, S., Safora, O., Rodríguez, A. (2012). La histerectomía obstétrica como un problema vigente. *Rev Cubana ObstetGinecol 38*(1): 107-116. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100013&lng=es

Calvo, O., Rosas, E., Vásquez, J., Hernández, J. (2016) Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 81*(6):473–9. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=121046406&lang=es&site=ehost-live

Carroli, G., Cuesta, C., Abalos, E., y Gulmezoglu, A.M (2008). Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol; 22*, 999-1012

Casas, RL., Pérez, IL., Chicangana, GA. (2013). Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la Histerectomía Obstétrica en el Hospital Universitario San José De Popayán, 2006-2010. Estudio De Cohorte. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 64*(2):121–5. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=111067575&lang=es&site=ehost-live

Hernández, Y, Martinez, D., Montero, Z., Cabeza, M., Abreus, A., Ruiz, M. 2018). Caracterización de pacientes que requirieron histerectomía obstétrica de urgencia. Cienfuegos, 2013-2015. *Medisur 16(*2): 301-308. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000200013&lng=es

Hernández, R., Díaz, J. (2016). Histerectomía obstétrica, último recurso en el tratamiento de la hemorragia obstétrica. *Revista de Sanidad Militar 70*(1):63–71. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=119789313&lang=es&site=ehost-live

Nour, N.M (2008). An introduction to maternal mortality. *Rev Obstet Gynecol; 1*, 77-81

Vargas, V., Espino, S., Sosa. L., y col (2015). *Hemorragia obstétrica manejada con balón de Bakri***.** Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia; 42 (3), 107-111, Copyright © 2013 Elsevier España, S.L.U.

Vega, G., Bautista, LN., Rodríguez, LD., Loredo, F., Vega, J., Becerril, SA, y col. (2017). Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 82*(5):526–33. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126795078&lang=es&site=ehost-live

WHO (2015). WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva.

COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES PERTENECIENTES AL POLICLÍNICO "GUILLERMO TEJAS SILVA", LAS TUNAS

SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS BELONGING TO THE "GUILLERMO TEJAS SILVA" POLYCLINIC, LAS TUNAS

Roger Pupo Verdecia roger@ltu.sld.cu

Yoanne Cordero-González yoacordero@ltu.sld.cu

RESUMEN

El intento suicida sigue constituyendo un fenómeno multifactorial y un importante reto en la morbilidad y la mortalidad en los adolescentes. El presente artículo expone un estudio observacional descriptivo realizado a 42 adolescentes pertenecientes al Policlínico "Guillermo Tejas Silva", Las Tunas, que cometieron intento suicida en el año 2018. Para evaluar el comportamiento se utilizaron variables como la edad y sexo, localidad de residencia, factores de riesgo, antecedentes patológicos personales y familiares, así como el seguimiento recibido en el área de salud. Para la recogida de datos se consultó al Departamento de Estadística y se revisaron las historias clínicas de los pacientes con intento suicida en la consulta de Salud Mental del Policlínico, además fueron entrevistados los pacientes y sus familiares. También se contó con el apoyo de los Equipos Básicos de Salud. Se concluyó que el grupo de edades entre 13 y 15 años de edad fueron más frecuentes los intentos de suicidio con predominio del sexo femenino, y se acude más a la ingestión de fármacos como medio para consumarlo. Las causas más frecuentes fueron los conflictos, significando un factor de peso los antecedentes patológicos personales y familiares. Los pacientes recibieron tratamiento y en su mayoría aún continúan con seguimiento según el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida.

PALABRAS CLAVES: intento de suicidio, adolescente, factor de riesgo.

ABSTRACT

The suicide attempts continue to be a multifactorial phenomenon and a major challenge in morbidity and mortality in adolescents. This article presents a descriptive observational study conducted on 42 adolescents belonging to the “Guillermo Tejas Silva” Polyclinic, Las Tunas, who committed suicide in 2018. In order to evaluate the behavior, variables such as age and sex, location of residence, risk factors, personal and family pathological history were used, as well as the follow-up received in the health area. For the collection of data, the statistics department was consulted and medical records of patients with suicidal intent in the policlinic mental health consultation were reviewed, and patients and their families were interviewed. It also had support of basic health teams. It was concluded that the age group between 13 and 15 years of age was more frequent suicide attempts with a predominance of female sex, and more ingestion of drugs is used as a means to consume it. The most frequent causes were conflicts, a personal and family pathological history being a significant factor. The patients received treatment and for the most part they continue with follow-up, according to the National Program of Prevention of suicidal behaviour.

KEY WORDS: suicidal attempt, adolescent, risk factor.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una de las formas más representativas de manifestarse la conducta suicida, y su enigma está precisamente en comprender por qué los seres humanos se entregan a conductas autolesivas y amenazantes para la vida. Etimológicamente hablando, la palabra suicidio significa: sui-mismo cidium-matar, o sea, matarse a sí mismo. (Pérez, Pérez Collado, Azcuy y Mirabal, 2014).

> (…) El suicidio se concibe como una forma de morir que obedece a múltiples causas, y no puede ser explicado de manera simplista, ni responde a una causa única. La bibliografía recoge diversas teorías (biológicas, psicológicas y sociales) que explican el fenómeno, cada una de ellas hace su aporte de manera diferente. Se considera que ninguna de ellas es más importante, pues este fenómeno no puede ser explicado de manera única (Pérez, Cuéllar, Ferrer y Lozano, 2018, p.32).

El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida; aunque representa una continuación que va desde la idea suicida hasta el suicidio. 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.

En muchos países el suicidio constituye un problema de salud y, según la OMS, el suicidio está dentro de las cinco principales causas de mortalidad entre los 15 y 19 años. Durante la adolescencia, etapa de desarrollo por la que atraviesa todo individuo, se presentan en los jóvenes cambios difíciles, que les producen ansiedad y depresión, hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio. "Este intento plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis de la adolescencia" (Gilbert, 2014, p.8).

Así, “la incidencia de la conducta suicida ha tenido en los últimos años una tendencia a disminuir, aunque continúa siendo un problema, ya que ocupa la cuarta causa de mortalidad general y la segunda entre 15 y 49 años" (Gilbert, 2014, p.9).

En el año 2000 la OMS hizo público que la tasa de suicidios mundial fue de 16 por cada 100 mil habitantes. En nuestro continente el suicidio ha alcanzado proporciones epidémicas durante los últimos decenios, convirtiéndose en una preocupación seria en materia de salud pública. (OMS. Informe sobre suicidios: cifras, causas y países que más lo padecen.

Se estima que la tasa de suicidio por cada 100 mil habitantes de América Latina era de 3,9 en el año 1985, con un aumento previsto a 4,1 en el año 2000. Para este continente la distribución actual de las tasas de suicidio por países, entre las edades de 15 a 24 años, fue la siguiente: "con tasas por encima de 10 x 100 mil habitantes se hallan Canadá, Cuba, El Salvador, Trinidad y Tobago, Estados Unidos, Uruguay y Venezuela; y entre 6 y 10 x 100 mil habitantes están Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Puerto Rico". (OMS. Informe sobre suicidios: cifras, causas y países que más lo padecen. [Internet]. Ginebra, Suiza. Editorial SOTT NET. 2012)

La tasa de mortalidad por suicidio en Cuba se incrementó en los años 80 con niveles superiores a 20 por cada 100 mil habitantes, hasta los primeros años de la década de los 90. A partir de 1996 se produce una reducción de la tasa de mortalidad. A pesar de ello, el suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo de edad de 15-49 años, con

una tasa de 17,6 por 100 mil habitantes**.** En el 2018 la mortalidad en Cuba por suicidio fue de 13,3 por cada 100 mil habitantes y en Las Tunas, en igual periodo de tiempo, las defunciones por dicha causa fueron de 14,4 por 100 mil habitantes, resultados ligeramente superiores a la media nacional.

> (…) El desarrollo social alcanzado por Cuba ha permitido dar un salto cualitativo en el sistema de salud, esto se muestra en una atención cada vez más integral de los problemas que afectan el estado de salud del hombre y su familia. (Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud; Ciudad de la Habana, 2016, s/p)

Los progresos actuales en la atención primaria han hecho posible la creación de un programa Nacional de Prevención y seguimiento de la Conducta Suicida. Este estudio permitió corroborar, que se trata de un fenómeno preocupante no solo por amenazar la existencia misma, sino por la tendencia última a involucrar cada vez más a la población adolescente.

Conociendo la situación actual de estas personas, se puede influir favorablemente sobre ellos, mejorando su calidad de vida y evitando que consuman el acto. Por eso se concibió el presente trabajo, con el objetivo de determinar el comportamiento de este índice durante dicho período en el Policlínico.

Consideraciones éticas

- Para desarrollar esta investigación se contó con la autorización de la dirección del servicio de psiquiatría del Policlínico.
- El Consentimiento informado se aplicó a todos padres y jóvenes sujetos de investigación.
- Cuestionario se aplicó de forma individual, anónima y sin coacción.
- Las encuestas se mantuvieron bajo la custodia del autor y la información se sostuvo en estricta confidencialidad.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio obsevacional descriptivo y de corte transversal del comportamiento de intento suicida en los 42 adolescentes en edades comprendidas entre 10 y 18 años, reportados por tarjeta de EDO en el período comprendido de enero a diciembre de 2018 de un Universo de 74 pacientes con intento suicida en el Policlínico "Guillermo Tejas Silva".

Se evaluaron variables como sexo, edad, localidad de residencia, tipo de intento, factores de riesgo, antecedentes personales y familiares y seguimiento recibido en el área.

Se consultó al Departamento de Estadística y se revisaron las historias clínicas de los pacientes con intento suicida en la consulta de Salud Mental del Policlínico además fueron entrevistados familiares y pacientes. Se realizaron entrevistas a familiares y pacientes, y visitas a los consultorios médicos de la familia.

Para conocer el funcionamiento familiar se aplicó el instrumento FF-SIL, que evalúa la percepción subjetiva que tiene el sujeto del funcionamiento de su familia. Los datos

obtenidos se analizaron utilizando el método de conteo simple y los resultados fueron expresados en porcentajes.

Criterios de inclusión

- Todo paciente dispensarizado por intento suicida en la consulta de Salud Mental del Policlínico Docente "Guillermo Tejas Silva" correspondiente del municipio Las Tunas en el período comprendido de enero a diciembre del 2018, con edad comprendida entre 10 y 18 años.
- Todo paciente incluido en la muestra de estudio con consentimiento informado de la familia y de manera individual de formar parte de la investigación.

Criterios de exclusión

- Todo aquel paciente que formó parte de la muestra de estudio y que por cualquier causa se trasladó del área de salud del Policlínico "Guillermo Tejas Silva" en el período comprendido entre enero 2018 a diciembre 2018.

Análisis y discusión de los resultados.

Después del análisis de un total de 74 pacientes con intento suicida ocurridos durante el año 2018 en el Policlínico "Guillermo Tejas Silva"; 42 correspondieron a los pacientes en adolescentes y 32 adultos, para el 56.8 % y 43.2 % respectivamente.

En la tabla 1 predominaron los grupos de edades de 13 -15 años con un 71.4 %, seguido del grupo de 10 -12 años con 23.8 % y hubo predominio del sexo femenino con un 78.5 % con relación al sexo masculino con un 21.4 %, hecho que coincide con estudios realizados a nivel mundial y nacional, que reflejan que en las edades más tempranas se cometen más intentos suicida. Con relación al sexo, las mujeres exceden en número a los hombres en porcentaje de intento a razón de 3 a 1.

Los intentos suicidas son considerados como una conducta femenina, porque implica desesperanza, indecisión y, además, es un mecanismo de ganancia secundaria frecuentemente utilizado.

Tabla 1. Grupo de edades **y sexo**

Grupo de edades	sexo					
	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
10 – 12 años	1	2.3	9	21.4	10	23.8
13 – 15 años	6	14.3	24	57.1	30	71.4
16 – 18 años	2	4.8	0	-	2	4.8
Total	9	21.4	33	78.5	42	100

En el tipo de intento (tabla 2, la ingestión de fármacos fue escogida por 35 individuos, representando un 83.3 %, se utilizó con más frecuencia la ingestión de psicofármacos, quizás porque no produce sufrimiento o dolor. En ocasiones no hay intención seria de morir, sino de llamar la atención para recibir ayuda, lo cual coincide con estudios naciones e internacionales.

Tabla 2. Tipo de intento:

Método utilizado	Número	%
Ingestión de fármacos	35	83.3
Lanzarse delante de un carro	2	4.8
Cortadura en las venas	2	4.8
Ahorcamiento	2	4.8
Lanzamiento al vacío	1	2.3
Total	42	100

Entre las causas fundamentales que propiciaron este acto (tabla 3) se destacaron los conflictos familiares con 54.7 % (23 pacientes), seguidos de los problemas en la esfera sexual con 23.8 % (10 pacientes) y 5 pacientes con conflicto escolar para el 11.9 %. Las otras causas no mostraron porcientos significativos.

Las características negativas, de donde procede una buena cantidad de los casos atendidos: alto por ciento de divorcios, violencia y mal manejo familiar, alcoholismo, desmotivación escolar, maltrato y abandono por ambos padres.

Se pone de manifiesto, que muchas familias no cumplen con las funciones que les son asignadas, que le permitan al adolescente desarrollarse y relacionarse adecuadamente con el mundo circundante.

Tabla 3. Causales del intento suicida

Causas del intento	Número	%
Conflicto familiar	23	54.7
Conflicto escolar	5	11.9
Esfera sexual	10	23.8
Conflicto con vecino	1	2.3
Trastornos psiquiátrico	1	2.3
Bajo efecto del alcohol	1	2.3

Situación económica desfavorable	1	2.3
Total	42	100

Las familias estudiadas fueron evaluadas de: Funcionales 11, moderadamente funcional 2, disfuncionales28 para un 56.1% y, marcadamente disfuncionales 1 para un 21%. La familia constituye una entidad, en la que están presentes e íntimamente relacionados el interés social y el interés personal, cumple importantes funciones en la formación de nuevas generaciones y es la principal fuente de influencia que tienen los hijos. Las familias, de donde proceden los adolescentes estudiados, tienen un alto por ciento de disfuncionabilidad.

Tabla 4 Funcionabilidad familiar:

Funcionamiento familiar	Numero	%
Familia funcional	11	26.1
Familia moderadamente disfuncional	2	4.8
Familia disfuncional	28	66.8
Familia marcadamente disfuncional	1	2.3
Total	42	100

Un total de 20 individuos dicen no tener antecedentes, representando un 47.7%. El 33.3 % tiene antecedentes familiares y un 9.5 % tienen antecedentes personales y de amigos con conducta suicida respectivamente. Aunque no está demostrado que el suicidio está determinado genéticamente, es un hecho, que el suicidio puede ser imitado por las generaciones mas jóvenes. En ocasiones este proceso no es plenamente consciente y el suicidio se produce por un mecanismo de identificación, proceso mediante el cual se incorporan a la personalidad algunos rasgos de la personalidad o formas de ser del sujeto identificado.

Tabla 5. Antecedentes de intento suicida previo:

Intento suicida previo	Número	%
Familiar	14	33.3
Personal	4	9.5
Amigo	4	9.5
Sin antecedente	20	47.7
Total	42	100

Todos los pacientes recibieron tratamiento. De ellos 38 continúan con seguimiento, que constituyen el 90.4 % y cuatro ya están totalmente incorporados a la sociedad.

CONCLUSIONES

Se cometieron más intentos suicidas en la etapa de la adolescencia que en la edad adulta en el Policlínico "Guillermo Tejas Silva" durante el período comprendido de enero a diciembre de 2018. Existió un predominio del sexo femenino y del grupo de edades entre 13 -15 años. El tipo de intento que primó fue la ingestión de fármacos. Los conflictos de diversa índole fueron los factores de riesgo que más incidieron con predominio de los conflictos familiares. El mayor número de pacientes con intento suicida no presentaron antecedentes previos pero los antecedentes de familiares con intento suicida constituyen un factor importante en esta conducta. Todos los pacientes recibieron tratamiento según el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida

REFERENCIAS

Pérez, J., Pérez, T., Azcuy, M., Mirabal, G. (2014). Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. *Rev Cubana Invest Bioméd 33*(1). Ciudad de la Habana. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000100008.

Pérez, S., Cuéllar, J., Ferrer, D. (2018). Caracterización del intento suicida en adolescentes desde un centro comunitario de salud mental. *Rev. Archivo Médico de Camagüey. 22* (4). Recuperado de: http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5611/3173

Gilbert, C. (2014). *Adolescencia y salud*. *Una mirada contemporánea.* Ciudad México: Dirección Técnica de Servicios de Salud. Departamento de Medicina Preventiva.

OMS. Informe sobre suicidios: cifras, causas y países que más lo padecen. [Internet]. Ginebra, Suiza. Editorial SOTT NET. (2012) Recuperado de: http://es.sott.net/article/16180-Informe-sobre-suicidios-cifras-causas-y-paises-que-mas-lo-padecen.

Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud; Ciudad de la Habana. (2016). Incidencias obligatorias.

Pérez, SA. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Psicología Online. Prevención del suicidio. [Internet]. (2014) Recuperado de http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/como-evitar-el-suicidio.pdf

¿Qué es la adolescencia? Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas: Infomed (2013) Recuperado de: http://www.sld.cu/sitios/adolescencia/verpost.php?pagina=1&blog=http://articulos.sld.cu/adolescencia&post_id=654&c=2987&tipo=2&idblog=171&p=1&n=dfk

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES DEL CMF# 11. LAS TUNAS

STRATEGY OF EDUCATIONAL INTERVENTION ON THE SMOKING IN ADOLESCENTS OF THE CMF #11. THE TUNAS.

Rolando Castro Cruz mcastro@ltu.sld.cu

Maira Peña Sánchez mairaps@nauta.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa con los adolescentes de 10-19 años de edad, pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia. (CMF) 11 del área de salud de Jesús Menéndez, en el período comprendido de octubre 2017– mayo 2019, con el objetivo de aplicar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre el tabaquismo en los adolescentes del grupo en estudio. El universo estuvo conformado por 45 adolescentes y la muestra por 36 que se identificó por el método probabilístico aleatorio simple y a esta muestra se le aplicó los criterios de inclusión y exclusión. Para dar salida a los objetivos se diseñó una encuesta como fuente primaria de recolección de datos para determinar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo.El grupo de edad de 15 a 19 años fue la que predomino en la edad de comienzo del habito de fumar, los adolescentes manifestaron insuficiencias en el conocimiento en los efectos nocivos del tabaquismo, se logró un alto nivel de conocimiento sobre el hábito de fumar en los adolescentes.

PALABRAS CLAVES: adolescentes, hábito de fumar, intervención educativa.

ABSTRACT

An educational intervention study with the 10-19 year-old adolescents, belonging to the Medical Clinic of the Family. (CMF) 11 of the area of health of Jesus Menéndez, in the understood period of October 2017 - May 2019, with the objective of applying a strategy of educational intervention to elevate the level of knowledge on the habit to smoke in the adolescents of the group in study. The universe were conformed by 45 adolescents and the sample by 36 that it was identified by the method simple random probabilistic and to this sample he was applied the inclusion approaches and exclusion. To give exit to the objectives it was designed a survey like primary source of gathering of data to determine the level of knowledge on the habit to smoke. The group of age of 15-19 years went who predominated in the age of beginning of the habit to smoke, the adolescents manifested inadequacies in the knowledge in the noxious effects of the habit to smoke, a high level of knowledge was achieved on the habit in the adolescents.

KEY WORDS: Adolescents, habit of smoking, educational intervention.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. Dicha adicción produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor, según plantea (Martínez , 1989).

El tabaco tiene su origen en las tierras de la cultura maya. El consumo entre la cultura maya se extiende desde el año 2000 a.C. hasta el 987 d.C. Originariamente, entre los indígenas, tenía un uso mágico-religioso, pero tras su instauración primero en España y luego en otros países de Europa, se creyó que poseía propiedades terapéuticas, convirtiéndose en una panacea para la farmacología .

El tabaquismo acompaña al hombre desde hace siglos. La gran aceptación social de este hábito y los múltiples intereses que rodean su consumo han ocultado los dramáticos efectos de esta epidemia, que tiene una carga de enfermedad y muerte que no es comparable a ninguna otra causa evitable.

A nivel mundial, hay 1100 millones de fumadores de tabaco de 15 años o más, con alrededor del 80% viviendo en países de ingresos bajos y medianos. Aproximadamente 226 millones de fumadores viven en la pobreza, plantean (Fernández y Sánchez, 2017).

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho un llamado a la comunidad internacional para que se reconozca la amenaza que representa el tabaquismo para la salud pública, y exhorta a los gobiernos a que apliquen medidas firmes de control del tabaco, como la prohibición de comercializarlo y publicitarlo, la promoción del empaquetado neutro de los productos que lo contienen, el aumento de los impuestos especiales y la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados y lugares de trabajo.

En la actualidad las investigaciones han demostrado que el uso del tabaco comienza en la adolescencia temprana situación que provoca un aumento de problemas de salud futuros. Además se han detectado problemas en niños y adolescentes que fuman con trastornos de conductas, interpretadas además como conductas de riesgo sobre todo para el consumo ulterior de otras sustancias, así lo describe (Martínez,1989).

En los países productores de tabaco, la situación del tabaquismo se torna más compleja, pues la aceptación social es mayor y se une a ello el hecho de que el tabaco es una importante fuente de empleo y sustento económico. Por su papel como producto de exportación, constituye también fuente de ingreso en moneda convertible, lo que hace que se presente la situación paradójica de resultar importante cultivar tabaco y a la vez promover salud, en países como Cuba, donde ambos empeños los asume el estado.

Esta paradoja se refleja en el medio social, donde la cultura y el folklore hacen presente el cigarro en la música, bailes y donde particularmente el tabaco forma parte de los rituales religiosos, como ofrenda a los dioses o simplemente para acompañar la danza y otros espectáculos. A la vez, los lugares de recreación y muy especialmente los centros nocturnos, además de expender cigarrillos, se asocian a su consumo, pues una nube de humo rodea las pistas de baile, las mesas de los asistentes y al propio escenario y sus artistas.

En Cuba, aunque se ha avanzado en la educación sobre la nocividad del consumo de tabaco y su relación con la enfermedad y la muerte, estudios realizados encuentran que los fumadores tienen conocimiento sobre el tabaquismo pero no percepción de sus riesgos. Según la III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no trasmisibles. Cuba 2010 – 2011, el consumo de tabaco continúa siendo un problema y desafío para la salud pública cubana; aunque se ha logrado una disminución de la prevalencia en las últimas décadas con la voluntad política del Estado y una mayor responsabilidad en la población.

El tabaquismo, su presencia como factor de riesgo en las principales causas de morbilidad y mortalidad, lo hace, sin discusión alguna, un problema de salud en Cuba. Las características del mercado nacional e internacional de productos del tabaco le confieren las condiciones necesarias para requerir una política pública, si se quiere lograr reducciones en la prevalencia de tabaquismo y consumo de cigarrillos en la población cubana.

Se ha acumulado suficiente evidencia científica que confirma que el tabaquismo es la principal causa de enfermedad y muerte evitable. La vigilancia de los niveles y tendencia del uso de los productos del tabaco, permite aplicar acciones oportunas de prevención y control dirigidas a evitar la iniciación-abandono en niños y adolescentes

Según la Organización Mundial de la Salud el tabaco es la primera causa de invalidez y muerte prematura del mundo. En Europa el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer y de más del 50 % de las enfermedades cardiovasculares. El fumar es directamente responsable de aproximadamente el 90 % de las muertes por cáncer de pulmón y aproximadamente el 80-90 % de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfisema.

También la OMS en la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, ha catalogado al tabaquismo como una enfermedad crónica no trasmisible (ECNT) y adictiva. De esta forma, el consumo de tabaco se relaciona con más de 25 enfermedades de distintos síntomas y se estima que la asociación causal entre el tabaquismo y la mortalidad anual es de 30 % con el cáncer general.

De igual modo, la OMS afirma que la epidemia mundial de tabaco ocasiona anualmente más de 7 millones de defunciones, 900 000 de las cuales corresponden a personas no fumadoras que respiran humo de tabaco ajeno. Aproximadamente el 80% de los más de 1000 millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos medianos y bajos, que son los que soportan la mayor carga de enfermedad relacionada con este productos

El control tabaco es un componente esencial de la respuesta de la OMS a la epidemia de ECNT, principalmente enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes. Anualmente, las ECNT provocan la muerte de 16 millones de personas de forma prematura (antes de cumplir los 70 años). Reducir el consumo de tabaco desempeña un papel fundamental en los esfuerzos para lograr la Meta de Desarrollo Sostenible de reducir en un tercio las muertes prematuras asociadas a las ECNT antes del 2030.

El control psicológico, que incluye prácticas disciplinarias intrusivas y manipuladoras que suprimen la autonomía emocional, se ha asociado positivamente con la conducta actual y futura de fumar de los adolescentes de acuerdo a lo planteado por Wang, Krishnakumar y Narine (2014).

En Cuba, 32 de cada 100 personas mayores de 17 años consume productos de tabaco, lo que ubica al país entre los tres primeros lugares de América Latina, según refieren (Gálvez y García, 2014). En los últimos años se han producido avances en la investigación y enfermedades, a pesar de ello el número de fumadores se incrementa en la mayoría de los países así lo describe (Geneva, 2015).

En el consumo de tabaco y sus consecuencias son tan importantes los factores psicológicos, sociales, políticos, económicos y ambientales como los genéticos, biológicos y médicos. Por ello, los métodos y enfoques empleados en la investigación aplicada al tema deben ser variados, creativos, dinámicos contextualizados, lo que permite obtener las alternativas más efectivas para controlar y prevenir la adicción planteado por (Lazcano y Hernández, 2015).

En nuestro país un estimado de 12 000 muertes fueron atribuibles al uso del tabaco en el año 1986, lo que representó 16 % del total de fallecidos. Estimaciones posteriores muestran que estas cifras no han disminuido. En un estudio de neoplasia del pulmón se comprobó que el factor de riesgo más frecuente fue el tabaquismo con 85,3 %, alcanza una prevalencia mundial del 47 % en la población masculina de adultos, frente al 12 % en la mujer, y en los últimos años se observa un comienzo más precoz del hábito, particularmente en el inicio de la adolescencia. en 1995 la encuesta nacional de factores de riesgo llevada por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), que mostró que el 36,8 % de la población de 17 años y más, es fumadora, y que la edad de inicio en un 75,5 % fue antes de los 20 años. Uno de cada 10 individuos se inició antes de los 12 años; mientras que 4 de cada 10, entre los 12 y 16 años.

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, y el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno contribuyen a cerca del 17% de las defunciones por cardiopatías. El consumo de tabaco es la segunda causa de enfermedades cardiovasculares, después de la hipertensión arterial, según la OMS. (2018).

En la provincia de Las Tunas se han realizado varias investigaciones sobre tabaquismo y salud, y se han publicado artículos sobre las causas de muertes atribuibles al tabaco donde se expone que la prevalencia del hábito de fumar entre fallecidos fue elevada, con 51,9 %.

En el municipio Jesús Menéndez existe una prevalencia de individuos fumadores de más del 23 %, pero no hay registros de cifras en adolescentes y jóvenes en cuanto a frecuencia y hábito de consumo, además se han realizado diferentes estudios del hábito de fumar, sobre su morbilidad, su mortalidad y sus complicaciones, pero se desconoce la existencia de investigaciones de intervención educativa que traten de informar, orientar, y educar específicamente al fumador y sus familiares sobre su enfermedad, sobre las posibles complicaciones que el mismo puede acarrear tanto a corto como a largo plazo.

Todo lo anterior nos motivó a la realización de este trabajo que se enmarca en la comunidad de San Martin poblado del CMF 11 existe una elevada prevalencia de adolescentes fumadores motivo por el cual se decidió realizar una investigación dirigida a los adolescentes fumadores y no fumadores para elevar el nivel de conocimientos sobre los efectos nocivos de esta adicción.

Distribución de los adolescentes fumadores según edad de comienzo de ingestión del tóxico.

Tabla 1. Distribución de los adolescentes fumadores según edad de comienzo de ingestión del tóxico.

Edad de comienzo	**No**	**%**
Antes de los 15	10	40
15 a 19	15	**60**
Total	25	100

Estos resultados concuerdan con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, en la que se refleja que la edad de comienzo predominante es de 15 a 17 años, aunque en la actualidad la edad de inicio del tabaquismo ha mostrado una reducción notable lo que se puede ver en nuestro estudio ya que el 40 % consumió el tóxico antes de los 15 años, principalmente en el sexo masculino, sin embargo algunos trabajos al relacionar el tabaquismo con el sexo, no encontraron gran diferencia, “Las diferencias entre sexos no son marcadas, lo que infiere un incremento en las mujeres” según estudio realizado en la provincia Pinar del Río Iglesias Carbonell S (2017) ,donde se caracteriza el tabaquismo en un grupo de adolescentes preuniversitarios predominó el sexo masculino con un 78.4 %, coincidiendo con los resultados de nuestra investigación, además planteo que el tabaquismo constituye un problema de salud mundial, que se agrava cuando se presenta en adolescentes, los cuales se encuentran en desventaja, por las características socio psicológicas que marcan esta etapa del desarrollo del ciclo vital.

Distribución del nivel de conocimiento que tienen los adolescentes antes y después de la estrategia de intervención.

Tabla 2 Distribución del nivel de conocimiento que tienen los adolescentes antes y después de la estrategia de intervención

	Antes		Después	
Nivel de conocimiento	**#**	**%**	**#**	**%**
Nivel de conocimiento Alto	5	13.9	**25**	**69.4**
Medio	12	33.3	9	25
Bajo	19	**52.8**	2	5.6
Total	36	100	36	100

Se evidencia que al inicio de la investigación existía una falta de conocimiento, resultados estos que coinciden con el realizado por Valentín González F(2014) que

comprobó un desconocimiento sobre el cáncer bucal y sus principales factores de riesgo. Una investigación realizada en los estudiantes de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala por Cheesman Mazariegos SS y Suárez Lugo N. (2015). reveló dificultades con los conocimientos, actitudes y percepciones respecto al tabaquismo. Después de la intervención se evidenció un aumento positivo de adolescentes con un nivel de conocimiento alto,las estrategias de intervención educativa logran resultados muy favorables luego de realizadas, resultados estos encontrados en un estudio de Izquierdo, Ochoa, Casanova, Díaz, (2015).

CONCLUSIONES

En este estudio el grupo de edad de 15 a 19 años fue la que predomino en la edad de comienzo del hábito de fumar, los adolescentes manifestaron insuficiencias en el conocimiento en los efectos nocivos del tabaquismo, se logró un alto nivel de conocimiento sobre el hábito en los adolescentes.

REFERENCIAS

Córdoba R, Samitier E. (2009). 50 mitos del tabaco. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón: San Francisco Artes Gráficas.

Cheesman, SS., Suárez, N. (2015). Tabaquismo en estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. *Rev Cubana Salud Pública 41*(1). Recuperado de:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pidS0834662015000100003&lng=es.

Fernández, F., Sánchez, E. (2017). Carga epidemiológica carga económica del tabaquismo por morbilidad. *Rev Ciencias Médicas 21*(2): 60-66 Recuperado http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1531942017000200009&lng=es

Gálvez, AM., García, A. (2014). Resultados de investigación en Economía de la Salud. Costos de atención a la salud asociados al tabaquismo en Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Iglesias, S. (2017). El tabaquismo en adolescentes preuniversitarios de la ciudad de Pinar del Río, Cuba. Revista Cubana de Pediatría 89(4).

Izquierdo, R., Ochoa, MR., Casanova, MC., Díaz, MA. () El tabaquismo y su prevención educativa en la población de un consultorio Médico. Rev Ciencias Médicas 19(4): Recuperado de:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-3194201500040000 &lng=es

Lazcano, E., Hernández, M. (2015). La epidemia de tabaquismo. Epidemiología, factores de riesgo y medidas de prevención. Salud Pública México. Recuperado de: http://saludpublica.mx/insp/index.php/spm/article/view/4587/4435

Martínez, A. (1989). Patología del consumo de tabaco. El tabaco como Planta fumable. Consideraciones históricas. Barcelona: Editorial Glosa.

ZIKA. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTA ARBOVIROSIS

ZIKA. EPIDEMIC, CLINICAL, DIAGNOSTIC ASPECTS AND TREATMENT OF THIS ARBOVIRUS INFECTIONS

Rosa Maria Tourt Rodriguez[1] rtourt@ltu.sld.cu

Danay Tourt Rondón [2]

Josefa Rosario Padrón Padrón [3] kanarux@ltu.sld.cu

RESUMEN

El Zika es una enfermedad infecciosa, aguda, causada por el virus del Zika (ZIKV), transmitido principalmente por la picadura de mosquitos infectados del género Aedes, lo que da lugar a la infección.Debido a alta prevalencia de focalidad por este mosquito y la existencia de brotes epidemicos en el municipio Las Tunas y el Pais, motivó la realización de una revisión bibliográfica para describir los aspectos epidemiológicos, clínicos así como el diagnóstico y tratamiento de esta arbovirosis, con el objetivo de ampliar la información sobre esta entidad. Siendo de gran importancia para el conocimiento del personal de la salud y población en general para su prevención. Se utilizó como método empírico el análisis documental y bibliográfico. Dentro de las conclusiones se dice que el Zika es una enfermedad incluida dentro de las arbovirosis, que en los últimos cincos años ha hecho su aparición en las Américas incluyendo a Cuba. Cursa en un 80% de forma asintomática o síntomas leves, siendo las malformaciones congénitas (Microcefalia) su mayor secuela, de ahí su importancia sobre la prevención, manejo y conducta a seguir con las gestantes y mujer en edad fértil.

PALABRAS CLAVE: zika, aedes, arbovirosis, microcefalia.

ABSTRACT

The Zika is an infectious, sharp illness, caused by the virus of the Zika (ZIKV), transmitted mainly by the sting of infected mosquitos of the gender Aedes, what gives place to the infection. Due to high focalidad prevalencia for this mosquito and the existence of epidemic buds in the municipality The Tunas and the Country, it motivated the realization of a bibliographical to revise to describe the epidemic, clinical aspects as well as the diagnosis and treatment of this arbovirosis, with the objective of enlarging the information on this entity. Being of great importance for the knowledge of the personnel of the health and population in general for their prevention. It was used as empiric method the documental and bibliographical analysis. Inside the conclusions it is said that the Zika is an illness included inside the Arbovirus Infections that in the last five years have made its

[1] Especialista de primer Grado en Medicina General Integral, Profesor Asistente
2 Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor.
[3] Especialista de primer Grado en Medicina General Integral, Profesor Asistente

appearance in the America including Cuba. It studies in 80% in an asymptomatic way or light symptoms, being the congenital malformations (Microcephaly) their biggest sequel, of there their importance on the prevention, handling and behavior to continue with the pregnant and woman in fertile age.

WORDS KEY: zika, aedes, Arbovirus Infections, Microcephaly.

INTRODUCCIÓN

El Zika es una enfermedad infecciosa,transmisible,aguda, causada por el virus del Zika (ZIKV), transmitido principalmente por la picadura de la hembra de los mosquitos infectados del género Aedes aegypti y Aedes Albopictus, lo que da lugar a la infección. El virus Zika (ZIKV) se identificó por primera vez en Uganda en 1947en macacos de la India. Su nomenclatura deriva de que fue descubierto en el bosque de Zika. Este virus es un arbovirus pertenece al género flavivirus.En 1952, se identificó en el ser humano en Uganda y la República Unida de Tanzanía mediante estudios serológicos. Camps Jeffers M, (2016), Lino Villacreses WA, (2018), En 1968 fue que se logró aislar el virus a partir de muestras humanas en Nigeria. En el año 2007 tuvo lugar el primer brote importante de infección por virus zika en la Isla de Yap (Micronesia). Posteriormente, se registró un brote en la Polinesia Francesa, que inició a finales de octubre de 2013. Chávez-Ángeles MG, (2017)

La primera circulación autóctona de virus Zika (ZIKV) en las Américas fue confirmada en febrero de 2014 en Isla de Pascua, Chile. La presencia del virus se detectó hasta junio de ese mismo año en esa área, Licourt Otero D, (2018), Esta coincidió con la presencia de otros focos de transmisión en islas del Pacífico: Polinesia Francesa, Nueva Caledonia e Islas Cook. Chávez-Ángeles MG, (2017), En mayo de 2015, se informó de la aparición del virus en Brasil. Esto dio lugar a una epidemia generalizada en América Latina. Chávez-Ángeles MG, (2017)

Desde este momento, el virus se extendió a América del Sur (excepto Chile, Argentina, Uruguay y Perú), Caribe, Centroamérica y finalmente México durante el año 2015. Actualmente, EE.UU. y Canadá están libres de la transmisión de ZIKV, pero el riesgo aún está latente, habiéndose reportado casos importados y autóctonos en la Florida. Para esta fecha se han reportado un total de 227 929 casos sospechosos y 7 698 casos confirmados de fiebre del zika (ZIKF) en el continente. Los países que reportan mayor cantidad de casos es Brasil (30.4 %), Colombia (29.1 %), Venezuela (13.4 %), Honduras (7.7 %), Martinica (7.6 %) y El Salvador (4.7 %). Arredondo Bruce AE, (2019)

Por recomendaciones emitidas por el Comité de Emergencias sobre el virus ZIKV, en febrero del 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que:

> La infección por ZIKV era una emergencia de salud pública de importancia internacional, debido al aumento de trastornos neurológicos y malformaciones neonatales en niños nacidos de mujeres infectadas por este virus. Imperato PJ. (2016), OPS. (2016)

Dada la situación epidemiológica presente en países de América Latina con la presencia de casos confirmados, el Ministerio de Salud Pública de Cuba declaró la alerta nacional a todo el sistema de salud en el 2015. Ministerio de salud pública. (2016) A partir de entonces se desarrolló una preparación en cascada, que se inició con una actividad centralizada en el Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”, con la participación de

especialistas de todas las provincias y otros invitados, los cuales sirvieron de facilitadores para el desarrollo posterior en sus lugares de procedencia, hasta llegar a la capacitación total de todo el personal previsto. El país se fue preparando paulatinamente para enfrentar esta contingencia epidemiológica hasta que se confirmaron los primeros casos. Mancebo Bueno Wilmen, (2019)

Debido a alta prevalencia de focalidad por este mosquito y la existencia de brotes epidémicos en el municipio Las Tunas y el País, motivó la realización de una revisión bibliográfica para describir los aspectos epidemiológicos, clínicos así como el diagnóstico y tratamiento de esta arbovirosis, con el objetivo de ampliar la información sobre esta entidad. Siendo de gran importancia para el conocimiento del personal de la salud y población en general para su prevención.

Aspectos epidemiológicos

Desde 2015 hasta 8 de noviembre de 2016 (OPS/OMS), 47 países y territorios de las Américas han confirmado la transmisión autóctona transmitida por vectores de la enfermedad del virus del Zika, y cinco países de las Américas han reportado casos de zika por transmisión sexual.

Desde comienzos del 2016, los países del Caribe, entre ellos las Islas Marshall, San Vicente y las granadinas, así como Trinidad y Tobago comenzaron a notificar la enfermedad. Arredondo Bruce AE, (2019)

El Ministerio de Salud de Cuba, en marzo de 2016, informó el primer caso de enfermedad importada. Nota informativa del Ministerio de Salud Pública. (2016)

La pandemia por el virus del Zika se produce en las regiones donde el dengue ha sido epidemia o es endémico, por lo que es probable que la inmunidad preexistente al dengue pueda aumentar la replicación del virus en los pacientes, lo cual aumenta la viremia y la infectividad de mosquitos vectores. La mejora inmunológica desempeña un rol importante en las complicaciones asociadas con el virus y constituye un tema para futuras investigaciones. Arredondo Bruce AE, (2019)

En los años 1952-1954 se describe el cuadro clínico de Zika con muy leves (fiebre) o ausencia de síntomas, en ratones y monos. Esto coincide con lo reportado en la actualidad, donde el 75 a 80 % de los pacientes infectados son asintomáticos. Se podría interpretar como si el virus del Zika se hubiese quedado latente o dormido en el tiempo, y ahora ha sido despertado por factores como el cambio climático, el fenómeno del Niño, los cuales han generado condiciones excepcionales en el Noreste de Sur América, donde en el segundo semestre de 2015 se registraron las temperaturas más calientes acompañadas de grandes sequías. Este fenómeno ha contribuido a la expansión geográfica del vector, al igual que su supervivencia y replicación viral, además de incrementar la tasa de alimentación por el mosquito. Otro factor a tener en cuenta es que la transmisión vectorial del Zika por el Aedes tiende a seguir las epizootias y epidemias de la transmisión por Chikungunya, patrón epidémico iniciado desde el 2013 cuando el Chikungunya pasó de África a Asia, seguido del Zika, fenómeno muy similar a lo observado en las Américas y en Colombia. Licourt Otero D, (2018)

Patogenia

El agente causal es el virus del Zika (ZIKV) El reservorio es el hombre y los mosquitos del género Aedes: aegypti, albopictus, africanus, apicoargenteus, furcifer, luteocephalus y vitattus. Lino Villacreses WA, (2018)

Este virus, además de ser aislado en los monos, también han sido descubiertos anticuerpos en ovejas domésticas, cabras, caballos, vacas, patos, roedores y orangutanes. Lino Villacreses WA, (2018)

La cepa pandémica de este virus difiere significativamente de la cepa africana en cuanto al uso de codones en las regiones NS1 y NS4 del genoma. Estos cambios genéticos adquiridos aumentan su aptitud para la replicación en el huésped humano sin cambiar la secuencia de la proteína, lo cual equivale a un cambio evolutivo importante en el virus. Lino Villacreses WA, (2018)

El ZIKV tiene un neurotropismo significativo. Puede infectar y anular células del SNC, las neuronas y las células gliales. Las células progenitoras neuronales parecen ser su objetivo principal, con deterioro de la neurogénesis, muerte celular y, en consecuencia, microcefalia en recién nacidos. La reducción del tamaño del cerebro estaría directamente asociada con el desarrollo defectuoso de la corteza cerebral, Kantor IN. (2018)

Vías de transmisión

Vectorial: transmitido principalmente por la picadura de la hembra de los mosquitos infectados del género Aedes aegypti y Aedes Albopictus. Camps Jeffers M, (2016), Lino Villacreses WA, (2018)

Transmisión sexual del virus del Zika. López Lazo Sarah Estrella. (2018)

Vía transplacentaria. Microcefalias asociadas. Camps Jeffers M, (2016), Arredondo Bruce AE, (2019)

Transfusiones sanguíneas. López Lazo Sarah Estrella. (2018)

Periodo de incubación: oscila entre 3 y 12 días. Lino Villacreses WA, (2018)

Manifestaciones clínicas.

Esta enfermedad, es asintomática cerca de un 80% de los casos.Camps Jeffers M, (2016), Lino Villacreses WA, (2018)

La enfermedad por el virus del Zika tiene un inicio súbito, con exantema que habitualmente es de tipo maculopapular; a menudo, aunque no siempre, se acompaña de fiebre de baja intensidad (< 38,5 °C). El exantema tiene una evolución céfalo-caudal (cabeza, tronco y miembros superiores e inferiores, frecuentemente palmar y plantar, que en su fase de convalecencia puede producir descamación laminar). Ministerio de salud pública. (2016)

Una característica marcada del exantema es la presencia de prurito, que muchas veces interfiere en las actividades diarias del paciente e, incluso, dificulta el sueño. Ministerio de salud pública. (2016)

Habitualmente se presenta hiperemia conjuntival no purulenta. Rara vez se detecta adenopatía o adenomegalia y, si eso ocurre, afecta los ganglios retroauriculares. Ministerio de salud pública. (2016)

Las articulaciones de las manos y las muñecas son las afectadas con mayor frecuencia, seguidas de las rodillas y los tobillos. Ministerio de salud pública. (2016)

Pueden presentarse también otras manifestaciones, como cefalea, mialgia, náusea, diarrea y vómitos. En las infecciones por el virus del Zika, no se han observado casos de alteración hemodinámica, como en las formas graves de los casos de dengue. Ministerio de salud pública. (2016)

Manifestaciones neurológicas

Las manifestaciones neurológicas pueden aparecer durante la fase aguda de la infección o después de ella. El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la complicación neurológica más frecuente, bien en su forma clásica o en algunas de sus variantes (como, por ejemplo, el síndrome de Miller-Fisher). Aunque menos frecuentes, otras manifestaciones son encefalitis, meningoencefalitis, cerebelitis, encefalomielitis aguda diseminada, mielopatia inflamatoria y alteraciones de nervios craneales. Ministerio de salud pública. (2016)

Definiciones de casos

Caso sospechoso de Zika

Paciente que presente exantema (habitualmente maculopapular y pruriginoso) acompañado o no de uno de los siguientes signos o síntomas:

- Fiebre, generalmente <38,5°C.
- Conjuntivitis (no purulenta/ hiperemia).
- Artralgias
- Mialgia
- Edema periarticular

Paciente que presente uno o más de los síntomas y signos descritos en el criterio de caso sospechoso de enfermedad por virus del Zika y:

1. Que en las dos semanas anteriores a la aparición de los síntomas tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión del virus del Zika o con presencia de vectores

2. Tenga antecedente de contacto sexual sin protección en las dos semanas previas a la aparición de los síntomas, con una persona que en los seis meses previos al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión del virus del Zika o con presencia de vectores. Ministerio de salud pública. (2016)

Casos confirmados por el virus del Zika

Paciente que cumpla los criterios de caso sospechoso y que cuente con confirmación de laboratorio de infección reciente por el virus del Zika, es decir, presencia de:

ARN o antígeno del virus del Zika en muestras de suero o de otro tipo (por ejemplo, orina). Ministerio de salud pública. (2016)

- En fallecidos, se realiza detección molecular del genoma viral a partir de tejido de autopsia.

El síndrome congénito por el ZIKV es un patrón de defectos de nacimiento, que se observa en fetos y neonatos infectados con ZIKV durante el embarazo. Este síndrome congénito presenta las cinco características siguientes:

-Microcefalia severa con colapso parcial del cráneo

-Disminución de la corteza cerebral con calcificaciones subcorticales

- Alteraciones oculares con moteado pigmentario focal de la retina y afección de la mácula.

- Limitación de los movimientos de las articulaciones con contracturas congénitas

- Hipertonía muscular marcada con signos de extrapiramidalismo

Los elementos clínicos que se describen a continuación han sido recogidos de diferentes reportes internacionales publicados sobre recién nacidos con diagnóstico positivo de ZIKV, Cragan JD**,** (201 pero aún no existe evidencia suficiente para aseverar que estos elementos clínicos sean los que acompañen a esta infección, pues no se ha establecido una relación causal para todos ellos. También se ha reportado que los recién nacidos pueden permanecer asintomáticos durante el periodo de la enfermedad, y comportarse como un caso confirmado de transmisión vertical sin síndrome congénito. Los signos clínicos no confirman el diagnóstico de esta entidad, por lo que es necesario, en todos los casos, realizar estudios de PCR-TR para corroborar la infección por esta causa. Morilla Guzmán, Álvarez Fumero. (2017)

Algoritmo para el diagnóstico de Zika

Mantener el estudio virológico mediante PCR-TR a muestras de suero y orina en los primeros 4 días de la enfermedad y orina a partir del 5to día a los siguientes casos:

- Embarazada con sospecha de infección por Zika y de su recién nacido.
- Niños con sospecha de infección por Zika (hasta18 años).
- Embarazadas sin síntomas en un radio de 300 m de un caso confirmado de Zika.
- Casos con Síndrome de Guillain Barre (SGB) y otros casos clínicamente de interés.
- Eliminar la realización del estudio virológico al 100% de los otros casos clínicamente sospechosos de Zika.
- Mantener el estudio en la embarazada con una infección confirmada de Zika, sangre de cordón, cordón umbilical y placenta en el momento del parto y suero y orina del recién nacido.
- En los casos de SGB se estudia además Líquido Cefalorraquídeo (LCR) y en las parejas en estudios de reproducción asistida se estudia el semen.
- Casos graves, casos de interés, fallecidos, mortinatos.
  Estos diagnósticos se realizan en el LNR-IPK.

Este estudio se dirige a la confirmación y seguimiento de la epidemia y la identificación de nuevas áreas con transmisión, así como a la detección de algún otro fenómeno epidemiológico de interés. De no confirmarse la transmisión de Zika, extender el estudio

virológico a otras arbovirosis como: Dengue, Chikungunya Fiebre Amarilla, Mayaro, así como a otros agentes infecciosos en dependencia del cuadro clínico. Para todos los casos de Zika y dengue que están en seguimiento antes del inicio de este nuevo algoritmo se reportarán por el algoritmo anterior, este se puso en vigor el 6 de mayo de 2019. Ministerio salud pública (2019)

Prevención y Tratamiento

La enfermedad suele ser relativamente leve y no necesita tratamiento específico. Los pacientes deben estar en reposo, beber líquidos suficientes y tomar analgésicos comunes para el dolor como el paracetamol, no se recomienda la aspirina. Camps Jeffers M, (2016)

Intervención ante un caso sospechoso de Zika.

- En cuanto se evalué el caso febril y se considere sospechoso atendiendo a las características clínicas y epidemiológicas del paciente se procederá a su aislamiento bajo mosquitero. Este aislamiento se extenderá hasta el 7mo día de evolución del paciente, contados a partir de la fecha de inicio de los síntomas (alta al 8vo día).
- Se mantendrá seguimiento por el área de salud al alta hospitalaria, indicando prácticas sexuales protegidas mediante el uso del condón
- Se realizará encuesta epidemiológica minuciosa en busca de elementos que nos puedan indicar momento y posible lugar de la infección, así como lugares donde se pudieron infectar mosquitos a punto de partida del caso sospechoso.
- Se realizará el abordaje medio-ambiental y de control vectorial como está indicado ante el diagnóstico de un caso sospechoso de Zika.

Se notificará de inmediato a la dirección de Higiene y Epidemiología de la provincia, quien a su vez lo notificará al Director Provincial de Salud, así como a las Direcciones Nacionales de Epidemiologia, Control de Vectores y Centro de Dirección del MINSAP. Ministerio de salud pública. (2016)

Acciones a desarrollar con las mujeres en edad fértil:

- El médico de familia brindará asesoría antes de la concepción y sobre la prevención de la transmisión del virus por vía vectorial y sexual.
- El médico de familia prescribirá 1 tableta diaria de ácido fólico de 1mg a toda mujer en edad fértil, con el propósito de prevenir defectos congénitos.
- El médico de asistencia deberá descartar (usando test rápido) el embarazo en toda mujer en edad fértil con manifestaciones clínicas o antecedentes epidemiológicos de infección por arbovirosis.
- En caso de detectarse el embarazo cumplir las acciones de prevención para todas las gestantes. Ministerio de salud pública (2017)

Asesoría antes de la concepción y la prevención de la transmisión por vía sexual. Mujeres en edad fértil que no programan embarazo:

- Las mujeres en edad fértil que no desean embarazarse y tienen riesgo de exponerse al virus del Zika (vía sexual o picadura del mosquito en área con transmisión) deberán utilizar métodos anticonceptivos apropiados para evitar el embarazo. Ministerio de salud pública (2017)

Parejas que desean embarazo y viven en áreas sin transmisión de virus del Zika:

- Evitar los viajes innecesarios a zonas en los que se haya reportado la transmisión de Zika.
- En mujeres en edad fértil que viajaron a zona con transmisión activa se propondrá el retraso del embarazo al menos hasta 8 sem. a partir del último día de su estancia en la zona de riesgo.
- Los hombres que viajaron a una zona con transmisión activa deberán practicar relaciones sexuales protegidas hasta 6 meses después de haber regresado del área de riesgo. Ministerio de salud pública (2017)

Parejas que desean embarazo en la que uno o ambos miembros viven en áreas de transmisión del virus Zika:

- El médico de familia brindará asesoramiento sobre las consecuencias en el feto asociadas a la infección por el virus del Zika durante el embarazo.
- Se revisarán factores individuales que puedan influir en el retraso del embarazo (ej. desconocimiento del tiempo de duración del brote, fertilidad, edad de la paciente, historia reproductiva, antecedentes personales). Ministerio de salud pública (2017)

En caso de que la pareja decida:

- Aplazar el embarazo: se les orientará sobre los métodos anticonceptivos apropiados.
- Continuar en la búsqueda del embarazo: Se enfatizará en el uso de medios de protección para evitar la picadura de mosquitos antes y durante toda la gestación. Ministerio de salud pública (2017)

Si presentan síntomas sugestivos de la infección por Arbovirosis se indicará estudio virológico según las indicaciones vigentes:

- Si RT-PCR positivo a Zika: Los hombres deben esperar al menos 6 meses desde la aparición de los síntomas para intentar concebir con su pareja; las mujeres deben esperar al menos 8 semanas desde la aparición de los síntomas antes de intentar embarazarse.
- Si RT-PCR negativo a Zika: se brindará asesoramiento por el médico de familia acerca del tiempo recomendado para retrasar el embarazo. Ministerio de salud pública (2017)

Acciones a desarrollar con las gestantes:

- Lograr la captación lo más precozmente posible.
- Cumplimiento de la frecuencia de evaluación prenatal establecida.
- Promover la concurrencia de la mujer a los controles prenatales, siendo imprescindible a los 6 seis controles de la atención genética.
- Orientar medidas de protección ambiental en su vivienda y alrededores (autofocal). Evitar en todo lo posible la presencia del vector y de criaderos. Ministerio de salud pública (2017)

Aquellas gestantes que residen en zonas con transmisión activa del virus del Zika se orientará:

- El uso de medios de protección personal día y noche durante todo el embarazo, fundamentalmente en el primer y segundo trimestre: ropas que cubran el cuerpo, uso de mosquitero y usar repelentes que contengan icaridina, picaridina o permetrina (productos seguros durante embarazo y lactancia).
- El uso de condón o abstinencia de las relaciones sexuales durante la gestación. Ministerio de salud pública (2017)

Acciones a desarrollar en gestantes con sospecha clínica de infección por virus del Zika.

- Ingreso para aislamiento y tratamiento.
- Indicar diagnóstico virológico (RT-PCR) mediante toma de muestras de suero y orina.
- Si se confirma la infección, colectar una 2da muestra de suero y orina entre los días 6 al 10 de la FIS para la detección de anticuerpos IgM/IgG anti Zika (no disponible aún).
- Todas las muestras clínicas (fase aguda y convaleciente) de aquellas gestantes confirmadas en el laboratorio de Santiago de Cuba se enviarán al LNR del IPK.
- Notificación y aplicar encuesta epidemiológica por el médico de familia.
- Asesoramiento genético y seguimiento por dichos servicios. Ministerio de salud pública (2017)

<u>Indicaciones para prevenir los efectos de la infección por Zika sobre la salud materno infantil en zonas de transmisión de la infección.</u>

- Visitar todas las embarazadas independientemente de su edad gestacional, en un radio de 300 metros alrededor del caso confirmado, con el objetivo de conocer si han tenido síntomas o contacto con caso positivo a Zika y ofrecer acciones educativas diferenciadas.
- Si ha tenido síntomas, indicaciones antes explicadas.
- Las gestantes asintomáticas de cualquier trimestre, que residan en un radio de 300 metros alrededor del caso confirmado serán estudiadas con RT-PCR en suero y orina, sin necesidad de ser ingresadas. Una vez conocido el resultado del RT-PCR se procederá de acuerdo a si el resultado es negativo o positivo.
- En cada vivienda se realizará una actividad educativa diferenciada cara cara enfatizando en las medidas de protección personal, uso de mosquitero y se recomendará uso de condón durante todo el embarazo. La vivienda será objeto de medidas entomológicas, seguimiento semanal diferenciado por el operario de vectores y vigilancia diaria de síntomas por el equipo básico de salud.
- En las gestantes que residen fuera del radio de 300 metros alrededor del caso confirmado o en el resto de las áreas de un municipio donde exista transmisión, se incrementará la vigilancia clínico epidemiológica y se cumplirá el control prenatal establecido con vigilancia ecográfica detallada.
- En las mujeres en edad fértil que residen fuera del radio de 300 metros alrededor del caso confirmado o en el resto de las áreas de un municipio, se incrementará la vigilancia clínico epidemiológica. Ministerio de salud pública (2017)

CONCLUSIONES

El Zika es una enfermedad infecciosa aguda, incluida dentro de las arbovirosis, que en los últimos cincos años ha hecho su aparición en las Américas incluyendo a Cuba. Cursa en un 80% de forma asintomática o síntomas leves, siendo las malformaciones congénitas (Microcefalia) su mayor secuela, de ahí su importancia sobre la prevención, manejo y conducta a seguir con las gestantes y mujer en edad fértil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arredondo Bruce AE, Guerrero Jiménez G, de Quezada López F, Santana Gutiérrez S. (2019) Presencia y diseminación del Dengue, Chikungunya y otras arbovirosis en las Américas. Rev Méd Electrón [Internet]. [citado 2019 Sep 09]; 41(2). Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2175/4247

Camps Jeffers M, Belón Calderín R, Nordet Torres M, Villanueva Salinas M. (2016). A propósito de una enfermedad llamada Zika. Revista Información Científica [Internet]. [cited 2018 Oct 9]; 95(5):808–17. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126256256&lang=es&site=ehost-live

Chávez-Ángeles MG, Berenice Martínez-Ramos E, Nacori López-Hernández O. (2017) Epidemiología y derechos humanos: panorama del virus del Zika y los derechos reproductivos en Latinoamérica. Revista Médica del IMSS [Internet]. [cited 2018 Oct 9]; 55(6):748–56. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126459205&lang=es&site=ehost-live

Cragan JD, Mai CT, Petersen EE, Liberman RF, Forestieri NE, Stevens AC, (2017) et al. Baseline Prevalence of Birth Defects Associated with Congenital Zika Virus Infection-Massachusetts, North Carolina, and Atlanta, Georgia, 2013-2014. US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. MMWR [serie en Internet]. 2017, mar 3 [citado 12 de marzo de 2017]; 66(8). Disponible en: https://espanol.cdc.gov/enes/mmwr/volumes/66/wr/mm6608a4.htm

Imperato PJ. (2016) The Convergence of a Virus, Mosquitoes, and Human Travel in Globalizing the Zika Epidemic. J Community Health. 41(3):674-9.

Kantor IN. (2018) [Dengue, zika, chikungunya and the development of vaccines]. Medicina [Internet]. [cited 2019 Sep 11]; 78(1):23–8. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29360072&lang=es&site=ehost-live

López Lazo Sarah Estrella. (2018) La epidemia de Zika y lo que el anestesiólogo debe saber. AMC [Internet]. [citado 2019 Sep 09]; 22(2): 126-129. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200002&lng=es.

Licourt Otero Deysi, Saínz Padrón Leisi. (2018) Virus Zika: una alerta para la prevención: Zika virus: an alert for prevention. Rev Ciencias Médicas [Internet]. [citado 2019 Sep 09]; 22(3): 221-243. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300023&lng=es.

Lino Villacreses WA, Lucas Parrales (2018) EN. Incidencias de casos de Zika. Archivos Venezolanos de Farmacologia y Terapeutica [Internet]. [Cited 2018 Oct 9]; 37(2):91–4. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=130892370&lang=es&site=ehost-live

Mancebo Bueno Wilmen, Estrada Rodríguez Gicelin, Ruiz Salazar Dania, Martínez Álvarez Lourdes, Cardona Rojas Yaumara. (2019). El virus del Zika y determinantes sociales en un área de salud de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. [citado 2019 Sep 09]; 23(3): 468-482. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000300468&lng=es. Epub 28-Jun-2019.

Morilla Guzmán, Álvarez Fumero. (2017) Recomendaciones para la atención a hijos recién nacidos de madres con diagnóstico de virus Zika en Cuba. Rev Cubana Pediatr. ; 89(4)

Ministerio de salud pública. (2016) Vigilancia del Zika 30-Ago-16-1-2016-09-10-20-27-984 Medidas para reforzar la vigilancia epidemiológica para casos de Zika. MINSAP. La Habana. Cuba.

Ministerio de salud pública (2017) Indicaciones específicas para la Prevención de los efectos de la infección por virus transmitidos por Aedes aegypti y albopictus sobre la salud materno infantil. Minsap. La Habana

Ministerio salud pública (2019) Cambios en el algoritmo para el diagnóstico de las arbovirosis. Minsap. La Habana. Cuba

Nota informativa del Ministerio de Salud Pública. (2016) Se diagnostica el primer caso de virus de Zika importado en Cuba. Periódico Granma, 1 de marzo de 2016 [citado 21 Feb 2016].

OPS. (2016) Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika: implicaciones para la salud pública en las Américas: alerta epidemiológica 1 de diciembre de 2015 [homepage en Internet]; Washington DC, [citado 4 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32405&lang=em

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2019) Infección por el virus del Zika. Países y territorios con casos confirmados de infección por el virus Zika. Transmisión autóctona en las Américas [citado 2019 Sep 09].

NUEVA TERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES CEREBRALES

NEW THERAPY IN THE TREATMENT OF THE BRAIN TUMORS

Rosaida Almara García Betancourt rosaida76@nauta.cu

RESUMEN

En la actualidad el tratamiento de todos los tipos de tumores cerebrales está siendo progresivamente importante y complejo por su afectación a gran parte de la población mundial y de nuestro país. El tratamiento específico se basa en varios factores. Los científicos han encontrado una forma de utilizar una terapia génica para apagar un gen implicado en la formación de tumores cerebrales agresivos, así como un procedimiento llamado Gamma Knife no utiliza bisturí, no es invasivo, ambulatorio e indoloro, siendo la herramienta quirúrgica más eficaz para eliminar tumores en el cerebro con la que se cuenta actualmente.En el tratamiento específico de algunos tumores cerebrales el uso de nuevos fármacos inmunoterapicos es de gran efectividad, abriéndose así una nueva oportunidad de vida para los enfermos de cáncer cerebral.

PALABRAS CLAVES: cáncer, cerebro, inmunoterapia, terapia génica

ABSTRACT

In the present the treatment of all the types of brain tumors is doing important and complex progressively for their affectation a great part of the population of world and our country.The specific treatment of brain tumor is based in many factorys.The scientist have found a form of use a gene therapy for turn off a gen involved in the formation aggressive brain tumors, the procedure named Gamma Knife radiosurgery it is no use bistoury,not is invassive,it is autpatient and painless been the surgery tool more effective for eliminate brain tumors in the present. In the specific treatment of some brain tumors the use of new immunoterapics drugs of great effectiveness,opening that a new opportunity of life for the sicks of brain tumors.

KEY WORDS: cancer, brain, immunotherapy, gene therapy

INTRODUCCIÓN

En esencia, el cáncer es el resultado del crecimiento descontrolado de células. Nuestros cuerpos están compuestos por trillones de células que trabajan en conjunto En el cáncer, una de estas células deja de poner atención a las señales normales que les dicen a las células que crezcan, que dejen de crecer o inclusive que mueran. Las células cancerígenas comparten muchas necesidades y propiedades con las células normales, sin embargo, se vuelven independientes de los controles que hacen que nuestro cuerpo funcione sin problemas. El proceso mediante el cual una célula normal pasa a ser una célula con comportamiento anormal puede durar mucho tiempo y generalmente es desencadenado por factores externos.

Los tumores intracraneanos en el adulto están en el 7º u 8º lugar dentro de la patología neoplásica. En el niño se presenta como la segunda patología neoplásica más frecuente, encontrándose solo después de las hematopoyéticas, y como la primera patología neoplásica sólida. (Laboy, 2017).

Un estudio de neurocirujanos de la provincia de Las Tunas detectó en el último año en el territorio, alrededor de 56 pacientes con tumores cerebrales malignos, situación de salud que preocupa en la actualidad a estos especialistas por su notable incidencia. Los municipios de Manatí y Puerto Padre reportan la mayor cantidad de casos, y aunque aún se desconocen las causas que generan estos tumores cerebrales malignos, los especialistas en neurocirugía de la provincia presumen que influyen factores ambientales.

El doctor Henry López Jiménez, Neurocirujano del Hospital Genera Docente "Ernesto Guevara" en Las Tunas, explicó según los estudios, por encima de los 40 años de edad se reporta la mayor incidencia de tumores cerebrales, en cuanto a los grupos etarios, y, sobre todo, después de la sexta década de la vida. En el mundo los tumores cerebrales malignos o gliomas cerebrales que son los que más nos preocupan tienen una alta incidencia; se dice que 7,3 de cada 100 mil habitantes los presentan. Las Tunas como provincia no escapa a esa situación. (Leyva, 2016).

Los tumores cerebrales se clasifican por el tipo de células existentes dentro del tumor. Cada tipo crece y recibe tratamiento de manera distinta. Los síntomas de un tumor cerebral dependen de la zona del cerebro afectada. El tumor primario se origina en el parénquima del cerebro, la médula espinal o los nervios. Algunos que surgen a partir de las envolturas del cerebro o la médula (meninges) también se consideran tumores cerebrales primarios (figura1).

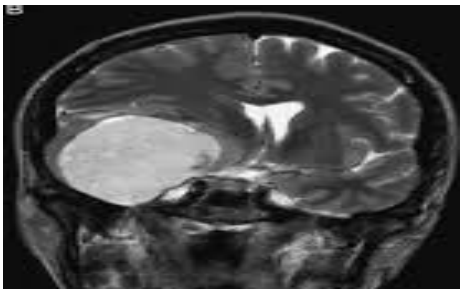


Figura 1 Meningioma cerebral

Los metastásicos se han extendido a partir de un cáncer ubicado en otras partes del cuerpo, con mayor frecuencia pulmones, mama y colon. Hay diferentes tipos de tumores cerebrales, según las células que resultan afectadas y su aspecto al microscopio. Los tumores pueden clasificarse en cuatro categorías generales.

La mayoría de los tumores cerebrales son esporádicos, lo que significa que no tienen una causa conocida. Sin embargo, hay algunos factores de riesgo que se han estudiado. (Emory University, 2016).

Tratamiento específico

El tratamiento específico de cáncer neurológico se basa en varios factores, incluyendo la salud general del paciente, su historial médico, el tipo, la localización y tamaño del tumor, el grado de la condición, y otros factores individuales. Se usan diversos tratamientos para tratar los tumores cerebrales.

El tipo de tratamiento recomendado depende del tamaño y el tipo de tumor, su velocidad de crecimiento, ubicación en el cerebro, y el estado general de salud del

paciente. Las opciones de tratamiento incluyen cirugía, radioterapia y quimioterapia, agentes biológicos dirigidos o una combinación de éstas. La resección quirúrgica (si no es peligrosa) es por lo general la primera recomendación de tratamiento para reducir la presión sobe el cerebro rápidamente. En las últimas dos décadas los investigadores han desarrollado nuevas técnicas para administrar radiación al tumor cerebral mientras se protegen los tejidos sanos cercanos. (RadiologyInfo.org, 2016).

El procedimiento llamado Gamma Knife no utiliza bisturí se trata de un procedimiento no invasivo, ambulatorio e indoloro, que es la herramienta quirúrgica más eficaz para eliminar tumores en el cerebro, cabeza y cuello con la que se cuenta actualmente.

Gracias a las investigaciones se han logrado grandes avances en la inmunoterapia, una novedosa estrategia que consiste en estimular el sistema inmune del individuo para destruir las células cancerígenas. Se realiza esta revisión para describir los grandes avances en el diagnóstico y tratamiento en fase de ensayo clínico de estas mortales enfermedades.

Generalmente, el tratamiento para los pacientes con cáncer de cerebro o la médula espinal incluye cirugía, quimioterapia, terapia de radiación, y/o esteroides para tratar y prevenir la inflamación, especialmente en el cerebro; medicamentos anticonvulsivos para tratar y prevenir las convulsiones asociadas con la presión intracraneal; colocación de una derivación (Figura 2), (para ayudar a drenar el exceso de líquido en el cerebro); punción lumbar / punción espinal (para medir la presión en la médula espinal y el cerebro); trasplante de médula ósea; rehabilitación (para recuperar las habilidades perdidas y la fuerza muscular), y / o antibióticos (para tratar y prevenir las infecciones).



Figura 2 Cirugía

La cirugía es el tratamiento más frecuente de los tumores cerebrales (figura 2). Sin embargo, en el caso de los tumores más agresivos, no es posible la extirpación completa del mismo y se practica cirugía para reducir el tamaño del tumor en la medida de lo posible. La cirugía puede combinarse con radioterapia o seguirse de quimioterapia para destruir todas las células cancerosas residuales. (Ponce, 2013).

Novedades de tratamiento:

En los últimos tiempos ya son muchas las novedades en el tratamiento contra el cáncer cerebral, un equipo de investigadores del Centro Médico del Hospital Infantil de Cincinnati, en Estados Unidos, informa en ‘’CancerCell’’ sobre una terapia experimental que en pruebas de laboratorio sobre células humanas y modelos de ratón detiene

agresivos cánceres cerebrales mortales llamados glioblastomas resistentes al tratamiento y gliomas de alto grado.

En la última década, las mejoras en el tratamiento fraccionado y la radioterapia estereotáctica han ofrecido nuevas esperanzas a los pacientes con tumores cerebrales, tanto en términos de sobrevida como de calidad de vida. Hay varios medicamentos y tratamientos experimentales que se ven prometedores en los estudios clínicos, como por ejemplo.

Los inhibidores de la angiogénesis son medicamentos que interfieren con el crecimiento de los vasos sanguíneos en un tumor, lo que le impide a éste recibir los nutrientes y el oxígeno que necesita para crecer. El tratamiento con estos medicamentos también se llama tratamiento angiostático.

La inmunoterapia es un tratamiento experimental que promueve la respuesta inmune contra antígenos tumorales específicos (substancias/moléculas tumorales que disparan el sistema inmune). Existen varios tipos diferentes de inmunoterapias y la mayoría de ellas están siendo administradas en el ambiente controlado de los ensayos clínicos.

Nuevos tipos de agentes biológicos dirigidos contra varios aspectos del sistema de señalización celular o metabolismo.

Métodos mejorados de distribución de drogas (ej., distribución mejorada por convección) están siendo evaluados en ensayos clínicos.

Protocolos emergentes de tratamientos de re-irradiación (administración repetida de radioterapia) están disponibles actualmente para el tratamiento de tumores recurrentes del cerebro (ej.:re-irradiación con bevacizumab para glioblastoma). (Aizik LW, 2015).

El uso de la terapia génica en los tumores cerebrales:

Al probar una estrategia terapéutica de varios pasos, los científicos han encontrado una manera de utilizar una terapia génica para apagar un gen implicado en la formación de gliomas de alto grado llamado Olig2. La proteína codificada por Olig2 se expresa en la mayoría de los gliomas y la extracción del gen Olig2 detiene el crecimiento del tumor, mientras la elimina de las células productoras de Olig2 bloquea la formación de tumores.

(…) encontramos que la eliminación de la división de las células que expresan Olig2 bloquea el inicio y la progresión del glioma en modelos animales y muestran que Olig2 es el árbitro molecular de la adaptabilidad genética que hace de los gliomas de alto grado agresivos y resistentes al tratamiento (Qing Richard,).

(…) al encontrar una manera de inhibir Olig2 en las células que forman tumores, hemos sido capaces de cambiar la formación de las células tumorales y sensibilizarlas al tratamiento molecular. Esto sugiere una prueba de principio para la terapia estratificada en distintos subtipos de gliomas malignos (Frey, 2017, p.16).

El estudio actual se puede aplicar a los gliomas cerebrales de alto grado y un tumor fatal del tronco cerebral llamado DIPG (glioma pontino intrínseco difuso), que expresa Olig2 y es inoperable debido a su ubicación en una región del cerebro que controla las funciones vitales. Incluso si estos tipos de cáncer responden inicialmente a un

tratamiento específico, se adaptan mediante la búsqueda de soluciones genéticas/moleculares, evaden el tratamiento y continúan creciendo.

Los investigadores advierten que el enfoque terapéutico experimental que describen requiere una amplia investigación adicional y sigue estando lejos de posibles pruebas clínicas, pero el doctor Lu dice que los datos son un avance importante en la investigación. El estudio actual ha detectado una potencial grieta en la armadura molecular de estos tipos de cáncer que –incluso después de una ronda inicial de un tratamiento exitoso– casi siempre provocan recaída y matan a los pacientes que los reciben.

Como se sabe, los cánceres se forman a partir de precursores de células de soporte del cerebro llamadas oligodendrocitos, que ayudan a generar el aislamiento de las conexiones neuronales. Olig2 aparece en las primeras etapas de desarrollo de las células del cerebro. A través de un extenso análisis de células cancerosas del cerebro humano y modelos de ratones, los científicos observaron la expresión Olig2 en la etapa inicial de la división y la reproducción de las células en los tumores.

Olig2 contribuye a la transformación de las células precursoras normales en células malignas anormales que se dividen incontrolablemente. En el contexto de la formación de células de cáncer, los autores vieron procesos moleculares de accionamiento de Olig2 que permiten que la formación de células de glioma sea altamente adaptable y susceptible a los efectos promotores de tumor de cambios genéticos adicionales.

Luego, los investigadores decidieron eliminar la división celular de células OLIG2-positivas durante la formación de tumores. Para utilizar un enfoque que se traduzca más rápido del laboratorio a la clínica, probaron con éxito una terapia génica que utiliza un virus del herpes simple (vector viral) diseñado para entregar un gen suicida en la replicación de las células cancerosas OLIG2 positivas. Lo administraron junto a un fármaco anti-herpes ya en uso clínico, ganciclovir (GCV). Los tumores en los que se eliminó OLIG2 no fueron capaces de crecer.

Los investigadores también encontraron que después de la inhibición de Olig2, la formación de células cancerosas del cerebro cambió de dirección y composición molecular, desde células similares a los precursores de oligodendrocitos a asumir características de las células del cerebro similares a astrocitos. Continuaron formando tumores a pesar de que estas nuevas células de cáncer de cerebro como astrocitos producen el gen del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) a altos niveles.

El EGFR es un objetivo común y eficaz para los medicamentos de quimioterapia usados clínicamente para el tratamiento de tumores como el cáncer de mama. En repetidas pruebas en modelos de ratón, la inhibición de Olig2 impulsó las células formadoras de glioma a transformarse en células de similares a astrocitos que expresan EGFR.

Luego, en pruebas posteriores y repetidas en células de cáncer como astrocitos en modelo de ratón y humanas transformadas, los investigadores trataron las células con un fármaco de quimioterapia dirigido a EGFR llamado gefitinib. El tratamiento detuvo el crecimiento de nuevas células tumorales y la expansión tumoral. (Frey, 2017).



Figura 3 Terapia Génica

CONCLUSIONES

Los tumores cerebrales son un problema de salud en el mundo entero e incluso en nuestro país siendo su tratamiento un enigma a resolver para la comunidad científica sin embargo se han dado pasos de avance en la aparición de nuevos tratamientos como la utilización de poderosos fármacos inmunoterapicos, que logran estimular el sistema del individuo para eliminar células cancerígenas, se ha encontrado una manera de utilizar una terapia génica para apagar un gen implicado en la formación de tumores agresivos, así como un procedimiento llamado Gamma Knife, que no utiliza bisturí y es la herramienta quirúrgica más eficaz para eliminar tumores cerebrales con la que se cuenta actualmente. Por lo que podemos decir que se ha logrado elevar las posibilidades de sobrevivir a esta enfermedad, aunque no se cuente todavía con una herramienta 100 por ciento afectiva se están dando pasos alentadores en el tratamiento de los mismos.

REFERENCIAS

Aizik, L.W. (2015). *Tratamiento elimina tumores cerebrales en el 90% de casos*. Recuperado de: http://elcomercio.pe/ciencias?ref=nota_ciencias&ft=menu_nav

Cerebral Tumour. (2013). *'Tumores Cerebrales*. Recuperado de: https://fundacionannavazquez.wordpress.com/tumores-cerebrales/

Emory University. (2016). *Definiendo el Cáncer*. Recuperado de: Https://www.cancerquest.org/es/para-los-pacientes/que-es-el-cancer

Frey, MD. (2017). *Tumor Cerebral*. Recuperado de: http://www.leonardolustgarten.com/category/tumores-cerebrales-malignos-benignos-primarios-secundarios/

Laboy, F. (2017). *Cáncer Neurológico*. Recuperado de: http://www.hoagp.org/index.php/cancer-neurologico

Leyva, D. (2016). *Notable incidencia de tumores cerebrales malignos en provincia cubana*. Recuperado de: http://www.periodico26.cu/index.php/las-tunas/salud/28313-incrementan-en-las-tunas-tumores-cerebrales-malignos

Ponce de León, FC. (2013). *Historia de la cirugía de cráneo, de los tumores cerebrales y de la epilepsia en México*. Recuperado de: http://scielo,isciii.es/scielo.php?lng=es

RadiologyInfo.org. (2016). *Tratamiento de los tumores cerebrales*. Recuperado de: Https://www.radiologyinfo/sp/info.cfm?pg=thera-brain#terapias-generalidades

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. POLICLÍNICO DOCENTE "7 DE NOVIEMBRE" MAJIBACOA. 2019

ADOLESCENT PREGNANT PREVENTION. 7 OF NOBEMBER POLYCLINIC. MAJIBACOA. 2019

Rubiceyda Pérez Acosta

Alexander Guerrero Concepción osandro@.ltu.sld.cu

Daniellis Cruz Ricardo

RESUMEN

El presente artículo es resultado de un estudio de intervención educativa realizado con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento para contribuir a la prevención del embarazo en la adolescencia y sus complicaciones (acerca de la edad óptima para el inicio de las relaciones sexuales, los métodos anticonceptivos, del embarazo en la adolescencia y sus complicaciones) de 45 adolescentes del policlínico docente: 7 de noviembre. Se aplicó un cuestionario antes y después de la intervención, del mismo se obtuvieron los datos que se procesaron y dieron lugar a la información, además fueron revisadas las historias clínicas individuales y familiares. Las principales técnicas utilizadas fueron el conversatorio, charlas educativas, conferencias y lluvia de ideas, con estas se logró elevar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre el tema.

PALABRAS CLAVES: Adolescentes, embarazo en la adolescencia, intervención educativa.

ABSTRACT

This article is the result of an educational intervention study carried out with the objective of elevate a knowledge of adolescent pregnancy and the complications (optimal aged of beginning sexual relationship, contraceptive method, teenager pregnant and complications) in the 45 teenagers of the 7 of November University Teaching Polyclinic. A questionnaire was applied before and after the intervention, the data that were processed and gave rise to the information were obtained, the clinical history and family registration books were reviewed. The main techniques used were the discussion, educational talks, conferences and brainstorming, that were very important to elevate a level of adolescent pregnancy knowledge in this age group.

KEY WORDS: Teenagers, teenager pregnant, educational intervention.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida en sí misma, y no un periodo de transición de un estado a otro, en la ocurren cambios profundos y complejas transformaciones fisiológicas, anatómicas, psicológicas y sociales que culminan en la transformación de quienes hasta ahora fueron niños y conducen al individuo hacia la madurez del adulto según Alvaré (2014), por lo tanto y siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es considerada como la etapa que transcurre desde la pubertad, es decir desde los 10 hasta los 19 años de edad.

La adolescencia y la juventud son momentos de la vida en el que las conductas de riesgo son la mayor parte de las causas que originan lesiones, trastornos de salud,

secuelas y en oportunidades hasta la muerte en ambos sexos (Revista Cubana de Salud Pública. 2013)

> (…) El grado de vulnerabilidad del adolescente y joven está en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el microambiente familiar, las políticas socioeconómicas, así como el grado de conocimiento que poseen sobre Salud Sexual y Reproductiva según (López, 2017, p. 23).

Las adolescentes en su embarazo sufren más complicaciones que las mujeres adultas, entre las que se puede citar la preclampsia, las anemias, partos pre términos, recién nacidos bajo peso, traumas obstétricos, un riesgo elevado de muerte prenatal y el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra según Menéndez (2014).

La OMS y la ONU informan que hay más de mil millones de adolescentes en todo el mundo, y aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados según Corona (2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que alrededor de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a la luz un hijo, y un millón de niñas menores de 15 años se convierten en madres. Disminuir el embarazo en la adolescencia es un objetivo mundial según Peláez (2013).

La mayor proporción de embarazos en adolescentes de la región se registra en varios países de Centroamérica, donde Nicaragua encabeza la lista, ya que el 27 % de las nicaragüenses que tienen entre 15 y 19 años son madres según Muñoz (2014).

A pesar de la voluntad política de priorizar la salud y la educación sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes, cifras del Anuario Estadístico de Salud de 2014, indican que la tasa de fecundidad en menores de 20 años era entonces de 51,6 por cada mil mujeres de ese grupo etario, más del 15 por ciento de la fecundidad total del país según Alvaré (2014).

En la provincia de Las Tunas, el año 2015 resultó ser él de resultados más negativos. La tasa de fecundidad de adolescentes de la provincia osciló entre 39,0 y 45,2 por cada 1000 mujeres de 12 a 19 años, el 65% de los niños que ingresaron en la terapia intensiva, fueron hijos de madres adolescentes; en el municipio de amaajibacoa en el año 2016 se reportaron 32 embarazos en adolescentes, predominando en las edades comprendidas entre 16 y 19 años respectivamente, en el año 2017 se registraron 62, de estos 9 correspondieron a embarazadas del CMF Vivienda 20 para una tasa de 84,7 embarazadas adolescentes por cada 1000 mujeres de 12 a 19 años, evaluadas de mal por estar en una tasa de 40 y más por cada mil mujeres en edad fértil según Reyes (2017).

El médico de la familia está en el deber de contribuir a preparar al adolescente para que enfrente su primera relación sexual con responsabilidad, darle las herramientas y la información necesaria para que postergue el inicio de las relaciones sexuales y cuando las inicie lo haga con mayor responsabilidad y conocimientos que los protejan de un embarazo no deseado y de las ITS, y de esta forma contribuir a la formación de los hombres y mujeres del mañana por lo que los autores se vieron motivados a la realización de esta investigación con los adolescentes del CMF 20 de Majibacoa.

Nivel de Conocimiento sobre embarazo en la adolescencia

Se realizó un estudio de intervención educativa, con una muestra de adolescentes en edades comprendidas entre 12 y 18 años de ellos masculinos 24 y féminas 36 del CMF 20, a los cuales se le aplicó una encuesta inicial sobre el embarazo en la adolescencia, luego una intervención educativa sobre el tema y finalmente la encuesta nuevamente.

Tabla 1. Conocimientos sobre la edad óptima de inicio de las relaciones sexuales.

Conocimientos sobre la edad óptima de inicio de las relaciones sexuales	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	15	10%	45	90%
Inadecuado	45	90%	15	10%

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 1, de las edades presentadas para iniciar las relaciones sexuales solo el 10% de las respuestas fueron adecuadas respondiendo que después de los 20 años era la edad óptima, similares resultados se obtuvieron en estudio realizado en el Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa". Minas. Camagüey, según Guerrero (2014), por lo que en la intervención se enfatizó en este tema, con lo cual se logró que las adolescentes elevaran su nivel de conocimientos y con posterioridad respondieran afirmativamente a la respuesta correcta en un 90 %, al aplicarse el cuestionario en la segunda oportunidad, con un incremento excelente de los conocimientos por estar por encima del 50 %.

Tabla 2. Conocimientos sobre la edad óptima para tener el primer hijo.

Conocimientos sobre la edad óptima para tener el primer hijo.	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	24	28%	60	100%
Inadecuado	36	72%	0	0%

En la tabla 2, sobre la edad óptima para tener el primer hijo, un 72 % respondieron inadecuadamente y solo un 28% adecuadamente, lo cual se elevó a un 100 % después de la intervención educativa, con un incremento excelente de los conocimientos por estar por encima del 50%. Resultados superiores se obtuvieron en el estudio realizado en similares resultados se obtuvieron en estudio realizado en el Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa". Minas. Camagüey, según Guerrero (2014) con un porcentaje elevado (81 %) los cuales consideraron que la mejor edad para la maternidad era la comprendida entre los 20 y 34 años.

El desconocimiento de la edad óptima de una mujer para quedar embarazada, provoca fundamentalmente que no se tengan en cuentan las desventajas y complicaciones que acarrea este acto en la adolescencia, ya que no ha ocurrido una madurez biológica de la joven, pues todavía no se ha completado el crecimiento y desarrollo de los órganos reproductivos.

Tabla 3. Nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos.

Nivel de conocimientos.	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	15	10%	58	96%
Inadecuado	45	90%	2	4%

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 3 se puede observar que de los 9 métodos anticonceptivos presentados a los adolescentes, tuvieron dificultad en ser identificados, solo un 10 % fue capaz lo hizo correctamente, todo lo cual coincide con la bibliografía consultada, sobre el estudio realizado en la provincia de Camagüey, donde uno de los problemas que con mayor frecuencia se observa son las relaciones sexuales precoces sin protección anticonceptiva (Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2014).

Esto llama la atención sobre la necesidad de trabajar más intencionadamente en edades tempranas de la adolescencia para promover el uso del preservativo y otras técnicas de sexualidad protegida y de esta manera evitar el embarazo en la adolescencia.

Tabla. 4 Nivel de conocimientos sobre las complicaciones antes y después del parto en las adolescentes.

Nivel de conocimientos sobre las complicaciones durante y después del embarazo en la adolescencia.	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	0 0%		46	72%
inadecuado	60 100%		14	28%

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 4 se muestra el conocimiento sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia, antes y después del parto; inicialmente un 100% de los encuestados

desconocían las complicaciones del embarazo en la adolescencia; similar a los resultados obtenidos en estudio realizado en la provincia de Camagüey según Guerrero (2014). Estos datos indican que no poseen conciencia de los riesgos que puede correr una adolescente al quedar embarazada, ya que si bien dicen conocer de los cambios biológicos normales de un adolescente y que su desarrollo culmina hasta los 19 años; no así sobre que un embarazo antes de esta edad puede traer complicaciones severas, tanto para la madre como para el hijo, esto debido a que aún no existe una madurez biológica completa. Después del programa aumentó considerablemente su conocimiento ya que fueron capaces de señalar complicaciones que desconocían al inicio, con un incremento de los conocimientos, en un 72%, de los participantes.

Tabla 5. Nivel de conocimientos sobre las complicaciones que consideraron que pueden aparecer en el recién nacido.

Nivel de conocimientos.	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado.	8	16	45	70
Inadecuado.	52	84	15	30
Total.	60	100	60	100

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 5 se evaluó el nivel de conocimiento sobre las complicaciones en el recién nacido, los cuales eran inadecuados al antes de la intervención educativa y aumentaron a un 70 % después de la misma, por lo que se evalúan de excelentes. Los padres deben hablar de sexualidad a sus hijos ya que es la mejor manera de prevenir conductas inadecuadas y en última instancia embarazos no deseados, en estudio realizado en EEUU en el 2014, según Vasan (2014). el 85% de los encuestados ignoran las consecuencias de un embarazo a su edad para el recién nacido, estos datos nos indican que no poseen conciencia de los riesgos que puede correr una adolescente y su bebé al quedar embarazada.

CONCLUSIONES

Con la aplicación de la intervención educativa se elevó considerablemente el nivel de conocimiento en el grupo estudiado, con lo que se logró tuvieran una mejor percepción de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia y sus complicaciones para así contribuir a su prevención.

REFERENCIAS

Alvaré, LE. (2014). *Conversando íntimamente con los adolescentes*. La Habana. Cuba: Editorial Científico-Técnica.

Corona, J. (2014). *Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas en la UMF 92 en el periodo enero a diciembre 2013* (Tesis doctoral). Recuperado de http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14556/1/412012.pdf.

López, Y. (2013). El embarazo y sus complicaciones en la madre Adolescente Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 38*(3), 333.

Menéndez, G.E., Navas, I., Hidalgo, Y., y Espert, J. (2014). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología,* *38*(3), 333-342. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es.

Muñoz, J.V. (2014). *Embarazo en adolescente, un problema que aumenta en América Latina*. Boletín de Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A. Recuperado de: http://articulos.sld.cu/puericultura/2012/05/18/embarazo-en-adolescentes-un-problema-que-aumenta-en-américa-latina/.

Peláez, J. (2013). Embarazo en la adolescente, una asignatura pendiente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *38*(4), 450-451. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400001&lng=es.

Revista Cubana de Salud Pública. 2013; 39(1):161-174 Recuperado de http://scielo.sld.cu

Reyes, E., Orive, N., Peña, O., Romero, L., y Cardoza, M. (2017). Embarazo en la adolescencia, comportamiento epidemiológico en Las Tunas en el período 2015-2017. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. Recuperado de http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/386.

Vasan, RS., (2014). Bromarmarker of cardiovascular desease. Molecular basis and practical considerations. *Circulation,* (113), 2335-2362. Recuperado de http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple1/suple2.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES DEL CMF MARGARITA SEGUNDA

EDUCATIONAL INTERVENTION TO ACHIEVE SMOKING CESSATION IN PATIENTS OF THE FAMILY MEDICAL OFFICE "MARGARITA SEGUNDA"

Sailin Iglesias Pargas

Yanelis Serrano Lopez

RESUMEN

Fue realizado un estudio de intervención educativa comunitaria con el objetivo de modificar los conocimientos de la población sobre el hábito de fumar, en pacientes del CMF Margarita Segunda del municipio Jobabo, en el período de octubre 2017 a noviembre 2019. El universo de estudio estuvo integrado por la población en forma general. Se tomó una muestra de forma aleatoria simple. Se aplicó un cuestionario antes y después del programa educativo con las variables: sexo, edad, estado civil, fuentes de información y conocimientos sobre tabaquismo. Fueron utilizadas las historias clínicas individuales y familiares, además del Test de funcionamiento familiar FF-SIL y cuestionarios utilizados internacionalmente para la pesquisa de tabaquismo. Los datos se agruparon en tablas estadísticas, mostrándose en ellas los resultados llevados al análisis porcentual. Se dio solución a los objetivos propuestos de la investigación y por consiguiente la disminución del hábito de fumar en la comunidad.

PALABRAS CLAVES: Tabaquismo, Droga, Efectos Nocivos

ABSTRACT

A community educational intervention study was carried out with the objective of modifying the population's knowledge about smoking, in patients belonging to the "Margarita Segunda" Family Medical Office of the municipality of Jobabo, in the period from October 2017 to November 2019. The universe of study was integrated by the population in general. A simple random sample was taken from "Margarita Segunda" community. A questionnaire was applied before and after the educational program with the variables: sex, age, marital status, sources of information and knowledge about smoking. Individual and family medical records were used, in addition to the Family Functioning Test (FF-SIL) and questionnaires used internationally for smoking screening. The data were grouped manually in statistical tables, showing the results of the percentage analysis. Giving solution to the objectives the investigation and consequently the decrease in smoking in the community of Margaritas Segunda.

KEY WORDS: smoking, drug, harmful effects

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando al abuso de su consumo. Dicha adicción produce enfermedades nocivas para la salud del consumidor. Conocer sobre el tabaquismo y su evolución, debe ser el punto de partida de los programas de prevención y control. En Cuba existe un total conocimiento de sus causas ya sea a través de los medios de difusión masiva, talleres y

charlas educativas de promoción y prevención de salud, pero aun así no hemos logrado que la población se adentre por completo en dicho programa para disminuir cada día más el consumo del cigarro, y evitar sus posibles consecuencias. La salud pública tiene un reto importante, pues la situación que se muestra hoy en relación con otros países impone que se asuma con total responsabilidad la política y estrategia documentada, para hacerla coherente con el accionar de cada día en todas las instancias del sistema nacional de salud.

Según la OMS el tabaco es la primera causa de invalidez y muerte prematura en el mundo. Fumar es directamente responsable de aproximadamente el 90 % de las muertes por cáncer de pulmón y aproximadamente el 80-90 % de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfisema. En España cada año mueren más de 50 000 personas debido al consumo de tabaco, más que por los accidentes de tráfico y el fumar puede ser el causante de varias enfermedades, como el cáncer de pulmón, la bronquitis y el enfisema pulmonar.

El tabaquismo es reconocido desde hace varios años como un problema de salud pública, debido a que los daños a la salud asociados al consumo del tabaco causan más de medio millón de muertes en el continente americano. El fumar es la causa más frecuente de muertes que pueden evitarse. Según los últimos informes, cientos de miles de personas mueren anualmente de forma prematura debido al tabaco. Estudios recientes indican que la exposición al humo de los cigarrillos fumados por otra gente y otros productos del tabaco, producen al año la muerte de miles de personas que no fuman.

Pese a estas estadísticas y a numerosos avisos sobre los peligros de fumar, millones de adultos y adolescentes siguen fumando. Fumar un sólo cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial. El humo produce una reacción irritante en las vías respiratorias. La producción de moco y la dificultad de eliminarlo es la causa de la tos. Debido a la inflamación continua se produce bronquitis crónica. También produce una disminución de la capacidad pulmonar, produciendo al fumador mayor cansancio y disminución de resistencia en relación a un ejercicio corporal. (Allen, 2016).

Un amplio grupo de enfermedades en la infancia se han relacionado con la exposición al tabaquismo pasivo y el fumar en el domicilio, de manera que un domicilio sin humo tiene ventajas de protección contra las enfermedades infantiles. (Mesa, 2015). En niños expuestos al tabaquismo pasivo se han desarrollado problemas respiratorios, un riesgo creciente de síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias agudas y ataques de asma más frecuentes y más graves. Algunos adolescentes fumadores pueden tener más síntomas de depresión en comparación con los que no practican ese hábito.

En la actualidad la prevalencia del tabaquismo en nuestro país es de 31, 9 % y en este consejo popular es de 31,2 % en población de 15 y más edad según fuentes del análisis de la situación de salud. (García y col, 2016). Una amplia gama de enfermedades en la infancia se han relacionado con la exposición al tabaquismo pasivo y el fumar en el domicilio, entre ellas, las comunicadas en los informes de la UNICEF, de manera que

un domicilio sin humo tiene importantes ventajas de protección contra las enfermedades en la infancia.

Fumar tabaco está ligado a un mayor riesgo de diabetes mellitus tipo 2, tanto para los fumadores como para quienes los rodean, según reveló un estudio. Cuanto mayor es la cantidad de humo de segunda mano a la que está expuesta una persona, mayor es el riesgo de la enfermedad, que se produce por la resistencia a la insulina. (Suárez y Caraballoso, 2008).

El tabaquismo pasivo prolongado puede aumentar las probabilidades de padecer cáncer de mama, las fumadoras tienen un riesgo del 16% de desarrollar cáncer de mama después de la menopausia. Para los ex fumadores las probabilidades son de un 9% y continúa alto 20 años después de abandonar ese mal hábito.

Las fumadoras podrían llegar a la menopausia a una edad más temprana en comparación con las mujeres que no tienen ese hábito. Análisis de varias investigaciones que involucraron a 6000 mujeres revelaron que el cese de la menstruación se presenta en las fumadoras entre los 43 y 51 años, mientras que en otras mujeres ocurre entre los 46 y 51 años.

Las personas que fuman una cajetilla de cigarrillos al día tienen un riesgo de 3 a 5 veces mayor de desarrollar cardiopatía isquémica que los no fumadores y entre más fumen mayor es el riesgo. Al parecer los culpables son la nicotina y el monóxido de carbono. El tabaco provoca una combinación de niveles incrementados de adrenalina, ritmo cardíaco acelerado, elevación de la presión arterial, falta de oxigenación de las células y daños en las paredes de las arterias. De hecho, los fumadores tienen un 70 por ciento más de probabilidad de padecer enfermedad coronaria, y al hábito de fumar se le considera responsable de un 30 por ciento de las muertes coronarias en nuestro municipio.

La cuestión de los fumadores pasivos es un tema de permanente controversia en nuestro país. El tabaco es adictivo debido principalmente a su componente activo, la nicotina, que actúa sobre el sistema nervioso central. El fumador sufre una dependencia física y psicológica que genera un síndrome de abstinencia, denominado tabaquismo. El conocimiento de la epidemia del tabaquismo y su evolución, tienen que ser el punto de partida de los programas de prevención y control. En Cuba existe un total conocimiento de su magnitud, se dispone de un Programa de Prevención y Control del Tabaquismo concebido con carácter nacional, sistemático, integral, interdisciplinario e intersectorial, pero la ejecución no marcha acorde con lo que se quiere alcanzar en la salud de la población. (Matarama, 2005).

Las causas son conocidas, pero para su análisis hay que centrarse en las paradojas y controversias en relación con el consumo de tabaco, que tienen como resultado la brecha existente en el discurso y la realidad. La situación de país productor, el arraigo del hábito, su vinculación a la vida cotidiana, cultural y política, hacen que el cubano se considere un pueblo de fumadores, de ahí que la aceptación social del tabaquismo, conspire con la aplicación de medidas de control, aunque estas se encuentren definidas en las políticas públicas. (García y Varona, 2016).

La salud Pública tiene un importante reto, pues la situación que se muestra hoy día en relación con otros países impone que se asuma con total responsabilidad la política y

estrategia documentada, para hacerla coherente con el accionar de cada día en todas las instancias del Sistema Nacional de Salud, para lograr la integración e integralidad que se plantea. (Suárez y Campos, 2017).

Por lo cual este enemigo silencioso constituye la primera causa de muerte prevenible en el mundo, la que puede ser evitable si se trabaja de forma consciente sobre bases sólidas en la educación de las nuevas generaciones, partiendo que los cambios no se producen ni desde arriba ni desde afuera, los cambios se producen desde abajo y desde adentro por lo que en un cambio de comportamiento en las personas hacia el estilo de vida sano y saludable con un trabajo de sostenibilidad por todos los factores en la base es posible.

Se realizó un estudio de intervención educativa que contó con tres etapas; primero la etapa diagnóstica donde se aplicó la encuesta, determinando el grado de conocimiento de la muestra sobre el tema antes de la intervención realizada. La segunda fue la etapa de intervención que incluye el plan temático con cada tema a tratar, la hora, el lugar y el responsable. La tercera etapa fue la de evaluación donde se evaluaron los resultados de las encuestas para saber el nivel de conocimiento y sensibilización de la muestra después de la intervención educativa. El universo de estudio estuvo integrado por la población en forma general. Se tomó una muestra de forma aleatoria simple de la comunidad de Margarita Segunda.

Análisis y discusión de los resultados

En la primera etapa de la investigación se determinó que la población estudiada tenía poco conocimiento del tema en cuestión ya que existía poca divulgación del mismo. En la segunda etapa realizamos todas las actividades programadas, recibiendo el apoyo de las entidades correspondientes. En el tercer momento fueron evaluados los resultados de la encuesta como estaba planificado, incluyendo la percepción de riesgo que era prácticamente nula y se logró elevar.

La tabla 1 expresa que el grupo etáreo prevaleciente fue el de 40 a 50 años, con 35 pacientes fumadores (incluyendo pasivos y activos), para un 24.6% de la muestra estudiada y un 4.3 %de la población total. Al compararlo con el año 2008-2009 en los que prevalecían las edades comprendidas entre 20 y 30 años, tal como se muestra Suárez Lugo Nery en estudios realizados en La Habana Vieja en el que se repite igual prevalencia.

Grupo de edades	Fumadores (incluye pasivos y activos).	% de la muestra (142)	% del total de población (813)
20-30 años.	30	21.1	3.6
30-40 años.	25	17.6	3.1
40-50 años.	35	24.6	4.3
50-60 años.	25	17.6	3.1
60-70 años.	10	7.0	3.2
71 años y más.	17	11.9	2.1

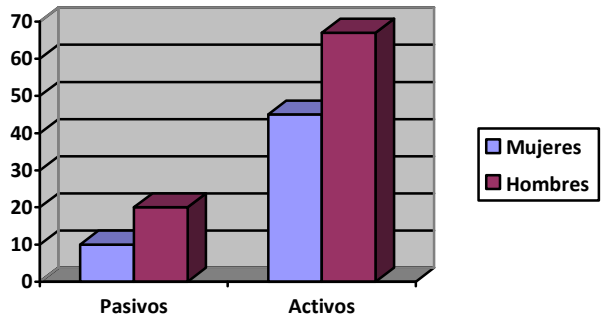
Distribución de fumadores activos y pasivos según el grupo de edades.

En la tabla 2 se puede apreciar que contamos con 50 fumadoras, para un 35.2 % y 92 masculinos representando un 64.7%. Al compararlo con lo identificado por Suárez Lugo Nery, comprobamos que existe igual prevalencia de sexo. Al final de la intervención la mayoría de los deshabituados eran mujeres.

Sexo	Cantidad	% que representa de la muestra
Femenino	50	35.2
Masculino	92	64.7

Distribución de fumadores por sexo.

De la muestra estudiada (142) son fumadores activos, 45 femeninas y 67 masculinos, para un 31.6 y un 47.2% respectivamente. De los fumadores estudiados 30 son fumadores pasivos, que conviven o trabajan con fumadores activos como se observa en la tabla 3.4, 10 son mujeres para un 7% de la muestra y 20 hombres para un 14 % como se muestra en el siguiente gráfico.



El grupo etáreo predominante con riesgo disminuido fue representado por los grupos de 30 a 40 años, siguiéndoles los grupos entre 20 y 30 años con riesgos disminuidos y por último los grupos de 30 y 40 predominante para el alto riesgo.

De las familias excluidas en la investigación realizada sumaron 70, determinándose que solo 50 eran funcionales ya que obtuvieron en el test FF-SIL entre 70 y 57 puntos, y 20 disfuncionales debido a que obtuvieron en el test FF-SIL entre 42 y 28 puntos. No fueron detectadas familias severamente disfuncionales. Después de culminada la intervención realizada el funcionamiento familiar mejoró considerablemente en comparación al que existía antes, ya que las relaciones familiares mejoraron considerablemente.

Se determinó además que el nivel de escolaridad que predomino fue la primaria terminada, ya que como es un área rural la gran mayoría se niegan a becarse para continuar los estudios del bachillerato. Sin embargo, el grado de escolaridad que prevalecía hace dos años era la universidad terminada, ya que la gran mayoría eran sometidos a altos grados de estrés. Al concluir las actividades educativas realizadas la gran mayoría de deshabituados pertenecen al nivel escolar de primaria terminada.

En el universo estudiado se identificó que 14 pacientes sufrieron infecciones respiratorias agudas entre ambos sexos durante el período de la estrategia, determinadas por neuropatías inflamatorias donde predominaron las neumonías lobares y 10 presentaron infecciones respiratorias crónicas dada por enfermedad pulmonar obstructiva crónica donde predominó la bronquiectasia y la bronquitis crónica, requiriendo ingresos hospitalarios en etapas de descompensación.

Se realizaron 30 entrevistas con los pacientes incluidos en la muestra estudiada, 3 charlas educativas, 2 barrios debates; 5 conferencias y 5 dinámicas grupales, con la participación de diversos especialistas que forman parte de nuestro equipo básico de trabajo. Para la realización de las actividades utilizamos como principales locales: el consultorio médico, la escuela primaria para las entrevistas y las conferencias, y el círculo social para las dinámicas grupales y los barrios debates.

Logramos sensibilizar con nuestra investigación a toda la muestra participante y a gran parte de la población total de nuestro consultorio médico, que nos brindaron apoyaron incondicional en todas las actividades realizadas, además de las organizaciones políticas y de masas del consejo popular. Logramos deshabituar 100 pacientes, para un 70.4 %; que significa una gran victoria en nuestro trabajo de intervención, y en estos momentos se encuentran asistiendo a terapia de rehabilitación y a la consulta de tabaquismo que existe en el Policlínico Aquiles Espinosa de Las Tunas. Pero desafortunadamente 42 no se deshabituaron representando el 29.5%, pero al menos logramos que disminuyeran la cantidad de consumo.

Sexo	Deshabituados	No deshabituados
Femenino	20	20
Masculino	80	22
% de la muestra	70.4	29.5

Distribución del sexo para grado de deshabituación.

Con la estrategia de intervención educativa aplicada el grado de satisfacción de nuestra población se elevó, así como las orientaciones del grupo de Calidad de Vida de nuestro hospital fueron aceptadas y agradecidas por parte de la población incluida en nuestro proyecto.

CONCLUSIONES

En nuestra investigación el grupo de edades predominante fue el de 30 a 40 años, del sexo masculino fumadores con riesgo disminuido. Fue lograda la deshabituación de más del 70% de la muestra estudiada; por lo que podemos afirmar que logramos dar solución a los objetivos propuestos al inicio de nuestra investigación y por consiguiente la disminución del hábito de fumar en la comunidad de las Margaritas Segunda.

REFERENCIAS

Allen, Carr. (2016). Es fácil dejar de fumar si sabes cómo (Theeasywayto stop smoking). Espasa Calpe, ISBN: 84-239-8979-8

Mesa C,A. (2015). Participación Social y Comunitaria. Diplomado específico Promoción de Salud. ENSAP. Ciudad de la Habana.

Suárez, N., Caraballoso, M., Hechavarria, S. (2008). El tabaquismo en los profesionales de la salud en el municipio Habana Vieja. *Rev Cubana Salud Pública* *34*(4): Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400002&lng=es.

Drogas. Secretaría General de Sanidad y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. 2015.

Matarama, My col (2005). Medicina Interna. La Habana: Ciencias Médicas.

González MR. (2014). *Clínica Psiquiatrita Básica Actual*. La Habana: Félix Varela,.

García, R., Varona, P., Hernández, M., Chang de la Rosa, M., Bonet, M., García, R. (2016). nfluencia familiar en el tabaquismo de los adolescentes. *Rev Cubana HigEpidemiol* *46(*3): Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032008000300009&lng=es.

Suárez, N., Campos, E. (2017) Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico "Dr. Jorge Ruiz Ramírez". *Rev Cubana Salud Pública* *36*(2): 125-131. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200005&lng=es.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ALCOHOLISMO EN EL CMF MARGARITA TERRAPLÉN, JOBABO 2017-2019

EDUCATIONAL INTERVENTION STRATEGY ON ALCOHOLISM IN THE FAMILY MEDICAL OFFICE "MARGARITA TERRAPLÉN", JOBABO 2017-2019

Sailis Iglesias Pargas

Yanelis Serrano Lopez

RESUMEN

Se realizó una estrategia de intervención educativa con el objetivo de aumentar el nivel de conocimiento sobre el alcoholismo, en el CMF Margarita Terraplén perteneciente al Hospital 14 de junio Jobabo, en el periodo comprendido desde octubre 2017 a noviembre 2019. El universo estuvo constituido por 150 pacientes mayores de 15 años que se escogieron al azar, ambos sexos, a partir del cual se seleccionaron 76 pacientes dispensarizados como alcohólicos. Para recolectar la información se utilizó la entrevista médica y cuestionario (CID), el test de funcionamiento familiar FF-SIL, así como los datos que se extrajeron de las historias clínicas individuales y familiares. Los principales resultados encontrados demostraron que hay una alta prevalencia de consumidores de riesgo social 73% y los consumidores de riesgo un 13%, abarcando el mayor porciento los consumidores sociales con un 73%. Se modificó positivamente el nivel de conocimiento de los pacientes sobre el alcoholismo.

PALABRAS CLAVES: alcoholismo, droga, efectos nocivos

ABSTRACT

An educational intervention strategy was carried out with the objective of increasing the level of knowledge about alcoholism, at the Family Medical Office "Margarita Terraplén" belonging to the Hospital "14 de Junio" Municipality Jobabo, in the period from October 2017 to November 2019. The universe consisted of 150 patients older than 15 years who were chosen at random, both sexes, from which 76 patients were classified as high-risk alcoholics. To collect the information were used the medical interview and questionnaire (CID), the FF-SIL family functioning test, as well as the data that were extracted from the individual and family medical records. The main results found showed that there is a high prevalence of 73% social risk consumers and 13% risk consumers, covering the highest percentage of social consumers with 73%. Alcoholism was positively modified in the level of knowledge of patients

KEY WORDS: alcoholism, drug, harmful effects

INTRODUCCIÓN

Desde la más remota antigüedad se conocen los efectos nocivos del uso y abuso en el consumo de bebidas alcohólicas. El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y fatal, caracterizada por tolerancia y dependencia física y por cambios orgánicos patológicos. Existe predominio del sexo masculino de esta afección, aunque es cada vez mayor su adición por el sexo femenino y en jóvenes en general, se observa en más del 16 % de las personas mayores de 65 años.

El alcoholismo trasciende los límites del sector salud, por ello hace 4 años se comenzó a aplicar en el país el programa de “Prevención de la ingestión de bebidas alcohólicas” , a partir de las acciones de diferentes organismos que integran las Comisiones de Prevención y Atención social (UJC, FMC, CDR, CTC, ANAP, FEM, FEU, MINED, MES, MININT, MINSAP, Ministerio de Cultura, INDER, ICRT), el cual dio como resultado que se lograra una mejor identificación del problema, que la población tuviera conocimientos más amplios en el tema y facilitó la adopción de métodos terapéuticos más estandarizados, entre otros logros. No obstante, los resultados alcanzados no satisfacen plenamente los objetivos propuestos, asimismo la experiencia acumulada nos permite profundizar en las acciones a desarrollar. Estas razones han motivado que el Ministerio de Salud Pública perfeccione sus estrategias dentro del Programa Nacional.

Este programa se propone que la atención del alcoholismo se enfrente con un enfoque transectorial con la participación de los organismos que integran las Comisiones de Prevención y Atención social.

Es de destacar que la comunidad es el principal campo de acción para que el logro de los objetivos propuestos al contar con una serie de potencialidades como son los Grupos de Prevención Social a nivel de los Consejos Populares, el Movimiento de Comunidades Saludables, la reorientación de la atención psiquiátrica en la comunidad y en los Grupos de Ayuda Mutua.

Se aspira que mediante la acción conjunta de todos estos elementos, se puede lograr el objetivo común fundamental: La reducción del consumo de alcohol y otras farmacodependencias y sus secuelas sobre el individuo, la familia, la sociedad y la economía. (Díaz y Soler, 2014).

Según la definición del Comité de Expertos de Alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “ el alcoholismo es un trastorno conductual crónico, manifestado por repetidas ingestas de alcohol, excesivas respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad y que acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor” (Muracén y Martínez, 2012, p.31).

En estudios muy serios realizados en distintos países europeos y en los propios Estados Unidos, se considera al alcohol responsable del 25% de las admisiones en hospitales psiquiátricos; 30% del total de las cirrosis hepáticas; 50% de los accidentes del tránsito; 30% de los suicidios; del 30 al 40% de las violaciones; 50% de la violencia hogareña, y de una disminución de doce años en el promedio de esperanza de vida (14). Se relacionan también con la ingestión del tóxico, aproximadamente ocho muertes al año por 10000 habitantes. Actualmente el consumo de alcohol se ha incrementado - creemos propiciado por diversas variables socioeconómicas biopsicosociales por lo que es vital el trabajo del equipo de salud para identificar a tiempo el consumo anormal de bebidas alcohólicas. En América Latina la proporción de alcohólicos en población adulta presenta un rango de 4% a 24% y la cifra estimada de alcohólicos rebasa actualmente los 40 millones. Según un informe de la OMS, el país del mundo donde más alcohol se bebe es Moldavia, una antigua república soviética localizada en el sureste europeo

donde el consumo de alcohol percapita es de 18.22 litros por persona al año. (González, 2015).

En Cuba, por la presencia de costumbres occidentales, el consumo de alcohol se encuentra difundido entre una gran parte de la población y aunque sus cifras de morbilidad y mortalidad son relativamente bajas en comparación con las de otros países, sí tiene la suficiente importancia para ser tomado en cuenta por el Médico General Integral. En Cuba existe un Programa Nacional para la Prevención y Control del Alcoholismo y Otras Toxicomanías, dirigidas a reducir el consumo de alcohol y los problemas derivados de este consumo, con la finalidad de promover estilos de vida saludables que llevan al individuo y grupos sociales a un consumo responsable y aquellos que han perdido la libertad ante el alcohol encuentren alternativas de repercusión de la salud y rol social. Un dato significativo es que las muertes por accidentes constituyen la cuarta causa de muerte en nuestro país para todas las edades y entre un 20 % y un 25 % están vinculadas con la ingestión de bebidas alcohólicas. Además, una tercera parte de hechos delictivos y violentos están relacionados con este consumo.

El alcoholismo es de causa multifactorial y se considera una enfermedad cuya prevención es efectiva, aunque requiere de mayores esfuerzos. La adicción alcohólica trasciende a todas las esferas de la vida, afecta su calidad y deteriora las funciones del individuo lo cual corrobora la necesidad de intervenciones integrales que involucren a la familia y a la comunidad. (González, 2006).

La intervención comunitaria se concibe como:

> (…) el conjunto de técnicas para informar y facilitar la reflexión acerca del estilo de vida, las relaciones interpersonales y la crianza de los hijos. Dicha intervención va dirigida hacia la modificación de estilos de pensamientos, creencias y puntos de vista, que conforman el componente cognitivo de las actitudes (González, 2010, p.15).

Se trata, según Sandoval (2010), de brindar alternativas de reflexión para promover estilos de vida saludables y de educación, a través del auto cuidado ante la ingestión de bebidas con contenido alcohólico que, si bien están presentes en nuestra cultura, su consumo excesivo o irresponsable, esporádico o continuo, no forma parte de la condición humana, pero puede atentar contra ésta y destruirla.

En Las Tunas el alcoholismo también constituye un dilema en estudio, debido a la gran incidencia y prevalecía que esta enfermedad mantiene, reportándose poblaciones donde el 80,6% ingieren el tóxico y el 25,3% son alcohólicos.

Datos estadísticos evidencian que en el municipio de Jobabo existen 1850 personas que padecen de alcoholismo, es decir, aproximadamente el 8% de la población mayor de 15 años dispensarizadas en el 2012. Por lo nos podemos dar cuenta que es una enfermedad que va en aumento, provocando más muertes cada año ya sea por el consumo directo e indirecto del alcohol, por eso creo que es importante educar a la población de manera constante sobre este tema para tratar de reducir el alcoholismo en nuestra población sobre todo en los jóvenes, y desempleados q ven este hábito como medio de diversión o forma de enfrentar los problemas de la vida cotidiana.

Se realizó un estudio de intervención educativa en el CMF Margarita Terraplén del municipio Jobabo, con el objetivo de modificar el nivel de conocimiento sobre el alcoholismo en el período comprendido de Octubre 2017-Noviembre 2019.

El universo de nuestro estudio estuvo constituido por un total de 150 encuestados mayores de 15 años escogidos al azar durante el período de estudio comprendido de Octubre 2017-Noviembre 2019.

Análisis y discusión de los resultados

Al concluir la primera etapa de la investigación se determinó que la población en estudio conocía poco del tema en cuestión ya que existía poca divulgación del tema. En la segunda etapa logramos realizar todas las actividades programadas y recibimos el apoyo de las entidades pertinentes. En el tercer momento se evaluaron los resultados de la encuesta como estaba programado, incluyendo la percepción de riesgo que antes era prácticamente nula y logramos elevarla considerablemente.

Después de conocer la disponibilidad de los pacientes del universo de estudio de colaborar en la investigación, a estos se les aplicó uno de detección precoz de alcoholismo el AUDIT; cuyos resultados aparecen en la tabla #1, donde se evidencia que 110 casos (73.3%) tienen consumo social, seguido de consumo de riesgo con 20 pacientes (13.3%), coincidiendo con otros estudios realizados en los que el consumo social ocupa la cifra más significativa.

Tabla 1 Clasificación de los pacientes consumidores de bebidas alcohólicas según resultados de cuestionario de alcoholismo.

Tipos de bebedores	Antes de la intervención	
	AUDIT	
	#	%
Consumo social	110	73.3
Consumo de riesgo	20	13.3
Consumo perjudicial	12	8.1
Dependencia alcohólica	8	5.3
TOTAL	150	100

El análisis de los resultados sobre el estado de conocimientos respecto al concepto de Alcoholismo, reflejado en la tabla #2, demuestra que antes de la intervención predominaron los conocimientos inadecuados, pues 7 integrantes del GT #1 no conocían (70%) y 8 del GT #2 (80%); datos que no coinciden con autores en cuyos estudios el 65% de los encuestados conocía sobre el alcoholismo como enfermedad ;

sin embargo esta situación fue revertida después de la intervención ya que ambos grupos de trabajo aumentaron los conocimientos sobre concepto de alcoholismo, en el primer grupo se redujo a 4 pacientes que no conocían (40%), y en el segundo grupo se redujo a 3 (30%) siendo en este último una mejoría más significativa; coincidiendo con resultados obtenidos por Noris Hall donde se incrementó positivamente el nivel de conocimientos.

Tabla 2 Conocimientos sobre concepto de alcoholismo

Conocimientos	Antes de la intervención				Después de la intervención			
	Grupo de Trabajo #1		Grupo de Trabajo #2		Grupo de Trabajo #1		Grupo de Trabajo #2	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Adecuados	3	30	2	20	6	60	7	70
Inadecuados	7	70	8	80	4	40	3	30
Total	10	100	10	100	10	100	10	100

Fuente. encuesta

En la tabla #3 se puede apreciar que antes de la intervención los pacientes tenían pocos conocimientos sobre efectos nocivos derivados del consumo de bebidas alcohólicas, pues en todos estuvo el nivel de información con cifras inferiores al 50%, solo 2 bebedores de riesgo del GT #1 (20%) y 1 del GT #2 (10%) conocían que el alcoholismo puede conducir al suicidio, así como que 4 pacientes del GT #1 (40%) y 2 del GT #2 (20%) sabían acerca de los trastornos sexuales; resultados estos que coinciden con Sandoval, Lanigan y Gutiérrez (2017), en cuyos estudios un 32,8% de los bebedores de riesgo conocían sobre trastornos sexuales producidos por el alcohol y 31,8% sobre conductas suicidas; es decir que la población estudiada muestra la influencia de un bajo nivel de información sobre la potencialidad dañina de este tóxico en aspectos como las disfunciones sexuales y conductas suicidas.

Resultados similares fueron comprobados por González (2015), quien además añade que coinciden con estudios que evidencian mundialmente un bajo nivel de información sobre efectos nocivos del alcohol. Sin embargo, en la investigación de Sandoval, Lanigan y Gutiérrez (2017), el 95,9% de los consumidores de riesgo tenían información sobre conductas violentas provocadas por este hábito tóxico, datos que difieren de nuestra investigación donde solo 5 pacientes (50%) del GT #1 y 4 (40%) del GT #2 conocían al respecto. Después de intervenir la población en estudio incrementó el nivel de información sobre los efectos nocivos del alcoholismo, siendo la situación más favorable para los integrantes del GT #2 que recibieron las actividades de la estrategia de intervención.

Tabla 3 Conocimientos sobre efectos dañinos de las bebidas alcohólicas

Conocimientos	Antes de la intervención				Después de la intervención			
	Grupo de Trabajo #1		Grupo de Trabajo #2		Grupo de Trabajo #1		Grupo de Trabajo #2	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Conductas violentas	4	40	3	30	8	80	8	80
Afectación del Hígado	3	30	3	30	6	60	7	70
Trastornos sexuales	4	40	2	20	7	70	6	60
Suicidio	3	30	2	20	7	70	7	70
Problemas familiares	6	60	4	40	8	80	9	90

La siguiente tabla muestra los conocimientos que tienen los pacientes acerca del alcoholismo esto permitió determinar la existencia de un nivel malo de conocimientos en ambos Grupos de Trabajo en la etapa pre-intervención, pues un 60% de los individuos del GT #1 y 70% del GT # 2 estaban incluidos en dicha categoría; siendo más desfavorable para el segundo. Esta situación, luego de aplicada la intervención, fue modificada positivamente, y aún más para los bebedores de riesgo del GT #2, quienes en un 70% demostraron haber adquirido conocimientos adecuados acerca de la enfermedad alcohólica, mientras que el GT #1 en un 60%.

Tabla 4 Valoración del nivel de conocimientos e información sobre alcoholismo.

Nivel de Conocimientos	Antes de la intervención				Después de la intervención			
	Grupo de Trabajo #1		Grupo de Trabajo #2		Grupo de Trabajo #1		Grupo de Trabajo #2	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Bueno	2	20	2	20	6	60	7	70
Regular	2	20	1	10	2	20	1	10

Malo	6	60	7	70	2	20	2	20
TOTAL	10	100	10	100	10	100	10	100

El comportamiento de los pacientes con consumo de riesgo de bebidas alcohólicas fue evaluado de forma cualitativa mediante información aportada en entrevista directa a informantes claves, líderes formales e informales según apreciación de dichos entrevistados, quienes a mediados del programa de acción de la estrategia de intervención, informaban mejorías en el comportamiento de dichos pacientes, que se fue incrementando con el desarrollo de la estrategia; lo cual se pudo comprobar de manera cuantitativa a través de la aplicación del Cuestionario de Indicadores Diagnósticos, cuyos resultados aparecen reflejados en la siguiente tabla; donde podemos comprobar que de los 20 pacientes con consumo de riesgo de bebidas alcohólicas detectados inicialmente con el Cuestionario AUDIT; solo 8 continúan en este tipo de consumo, y 12 evolucionaron positivamente hacia el consumo social con la influencia de la intervención. Situación que resultó similar a otros estudios de intervención realizados por otros autores como Pérez Rueda y Noris Hall, en los que luego de intervenir hubo evolución favorable del comportamiento de los pacientes en estudio.

Estos resultados satisfacen las expectativas planteadas y obliga a enfocar integralmente el problema de las toxicomanías, involucrando no solo al sector salud, sino también al sector comunitario, comprometiendo a los líderes formales y a los informales, y capacitando a la población para enfrentar esta situación. Con la Estrategia de Intervención Comunitaria Educativa realizada se lograron modificaciones positivas en el nivel de conocimientos sobre la enfermedad alcohólica, el funcionamiento familiar y en el comportamiento de los pacientes consumidores de riego de bebidas alcohólicas.

Tabla 5 Clasificación de los pacientes consumidores de bebidas alcohólicas según resultados de cuestionario de alcoholismo.

Tipos de bebedores	Después de la intervención	
	CID	
	#	%
Consumo social	12	60
Consumo de riesgo	8	40
Consumo perjudicial	0	0
Dependencia alcohólica	0	0
TOTAL	20	100

CONCLUSIONES

Se encontró una alta prevalencia de consumo social y de riesgo en la población estudiada. Con la intervención realizada se lograron modificaciones positivas en el nivel de conocimientos de los pacientes sobre el alcoholismo así como el funcionamiento familiar.

REFERENCIAS

Díaz, O., Soler, B., Soler, T., Soler, ML (2014) Aspectos epidemiológicos del alcoholismo San Cristóbal. *Rev. Cubana de Med Gen Integr; 12*(4): 342 – 348.

González, R. (2010). *Alcoholismo. Abordaje Integral*. Santiago de Cuba: Oriente.

González, R. (2011). *Contra las drogas clínica y terapéutica*. Santiago de Cuba: Oriente.

González, R. (2015). *¿Cómo enfrentar el peligro de las drogas?* Santiago de Cuba: Oriente.

Guibert, W., Cobas, F. Reyes, R., Govin, R. (2014). Comportamiento ante la ingestión de bebidas alcohólicas. *Rev Cubana Med Gen Integr; 15* (2): 109 – 4.

Muracén, I.., Martínez, A., Aguilar, JM., González, R. (2012). Pesquisaje de alcoholismo en un área de salud. *Rev Cubana Me Gen Integr; 17*(1): 62-7.

Sandoval, JE., Hernández, A. (2010). *Alcohol Mito y Realidad*. La Habana: Científico-Técnica.

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE DEFECTOS CONGÉNITOS EN LAS TUNAS

THE CHARACTERIZATION OF THE SYSTEM OF CONGENITAL DEFECTS IN LAS TUNAS

Tahimi Yurianna San Juan Rivero. yordy.albuerne@nauta.cu

Nora María Orive Rodríguez nora@ltu.sld.cu

Ángela Leyva León. angelaleyva@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en Las Tunas para caracterizar el sistema de vigilancia de defectos congénitos RECUMAC, en el período comprendido entre enero 2016 y diciembre del 2017. El universo quedó constituido por la provincia Las Tunas. Esta investigación permitió describir el sistema, evidenciar el rendimiento del sistema y formular indicadores de calidad para el mismo. La información se obtuvo a través de revisión documental del manual operacional del RECUMAC, entrevistas semiestructuradas a autoridades de salud, grupos de expertos e informantes claves, así como información generada por la base de datos del RECUMAC. La información obtenida fue analizada según la guía del CDC. Fueron evaluados sus atributos en su totalidad. Los resultados de esta investigación permitirán perfeccionar el sistema de vigilancia de defectos congénitos.

PALABRAS CLAVES: RECUMAC, CDC, vigilancia, defectos congénitos.

ABSTRACT

A descriptive retrospective survey on the Las Tunas was done for characterize the system of a watchfulness of congenital defects, RECUMAC, it has understood in the time between January 2016 and December 2017. The universe remained he has constituted in Las Tunas province.This research permitted chronicling the system, showing his performance, and formulate indices of quality for himself.The info was got to throug in the documentary audit of the oprational tutotial of RECUMAC, interviewfor government of health, groups of experts and cardinal informants as data generate by the base of materials of RECUMAC. The information got was analyzed according to the timetable of the CDC. All his properties were measured. The effects of this watch will permit perfecting the system of watchfulness of congenital defects.

KEY WORDS: RECUMAC, CDC, watchfulness, congenital defects

INTRODUCCIÓN

La vigilancia data de una larga evolución pues la costumbre de observar, registrar, recolectar y analizar hechos y a partir de ellos tomar decisiones puede remontarse a la antigüedad.

Hoy por hoy uno de los eventos en salud que por ser causa de alta mortalidad y discapacidad se vigila son los defectos congénitos. Debido al gran impacto que causan en salud. Así en los inicios de la vigilancia de los defectos congénitos parten de la tragedia de la Talidomida en la década de los sesenta.

En la actualidad a nivel mundial funcionan diferentes programas de vigilancia con el fin de hacer más eficiente el monitoreo de las malformaciones congénitas. El tema ha sido estudiado por Cuevas. (2017).

Nuestro país cuenta hace más de 25 años con el Registro Cubano de Malformaciones Congénitas (RECUMAC), un programa de vigilancia clínico epidemiológico que permite caracterizar clínica y epidemiológicamente a los recién nacidos con defectos congénitos. (Pérez, 2014).

En las Tunas funciona el RECUMAC desde su creación 1985.

Como toda tecnología en salud el RECUMAC proporcionan la posibilidad de disponer de más y mejores métodos preventivos.

En sentido general, existe un profundo desconocimiento sobre cuál es el impacto real de muchas tecnologías sobre la salud. Por lo que deben ser sistemáticamente evaluadas las tecnologías sanitarias. En este sentido, se ha planteado que:

> (…) la evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA) corresponde a la investigación que examina las consecuencias técnicas, sociales, económicas, éticas y legales derivadas del uso de las tecnologías (o intervenciones) sanitarias, que se producen a corto y largo plazo y que pueden ser tanto directas como indirectas y tanto sobre los efectos deseados como sobre los indeseados. (Castillo, y Espinoza, 2014, p. 54)

Por todo lo antes expuesto decidimos realizar el siguiente trabajo con la finalidad de caracterizar el sistema de vigilancia de defectos congénitos en Las Tunas que permita identificar las debilidades del sistema, establecer estándares para futuras evaluaciones y contribuir a mejorar el uso de los recursos, la planificación general y el uso de los servicios de vigilancia. Basándonos en la guía para la evaluación de sistemas de vigilancia emitida por el CDC organización mundial de gran prestigio así se describe en Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2014)

Sistemas de vigilancia de defectos congénitos en el mundo:

Debido a la tragedia de la Talidomida, teratógeno químico que fue la causa de defectos congénitos ocurridos en la década de los sesenta se instauraron sistemas de monitoreo, registro y vigilancia de los defectos congénitos en diferentes países.

A nivel internacional se han establecido diferentes programas con el fin de monitorear los defectos congénitos. Entre los programas de vigilancia internacional se encuentra la red International Clearinghouse foro Birth Defects Surveillance and Research, fundada en 1974.

Europa también cuenta con un sistema de monitoreo de defectos congénitos, European Registration of Congenital Anomalies and Twins (EUROCAT) creado en 1979. Incluye 21 países y cubre el 29% de la población europea.

En Latinoamérica existe el (ECLAMC), Estudio Colaborativo Latinoamericano de malformaciones congénitas. Primero en su tipo en América latina y uno de los pioneros en el mundo. Designado por la Organización Mundial de la Salud, centro colaborador para la prevención de las malformaciones congénitas.

Centro de Registro de Enfermedades Congénitas (CREC) (2018) informa que países latinoamericanos como Costa Rica cuentan con su propio sistema de registro, el CREC, Centro de Registro de Enfermedades Congénitas, fundado en agosto de 1985.

Según Red Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina. (2017). Argentina cuenta con el Registro Nacional de Anomalías Congénitas (RENAC) encargado de generar y difundir información epidemiológica sobre prevalencia de anomalías congénitas.

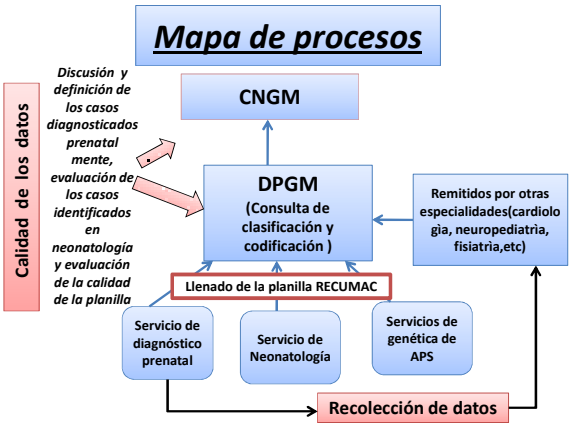
Sistema de vigilancia de defectos congénitos en Cuba:

Cuba cuenta desde 1985 con el Registro Cubano de Malformaciones Congénitas (RECUMAC),a nivel de todo el país, que funciona como un programa de vigilancia clínico epidemiológico que permite caracterizar clínica y epidemiológicamente a los recién nacidos con defectos congénitos, describir el comportamiento de los defectos congénitos diagnosticados prenatalmente por los diferentes programas, determinar la prevalencia anual y por área de residencia de estas alteraciones, así como la frecuencia de las interrupciones gestacionales por estos defectos, y definir el comportamiento de estos en la mortalidad infantil. Es un sistema con base hospitalaria de tipo caso control que facilita la detección precoz de los defectos congénitos y la prevención en otros miembros de la misma familia y la población en general. (Durán y col, 2019)

A nivel nacional hasta el año 2017 participaban 46 hospitales en el RECUMAC. Este sistema recoge información sobre la madre, el recién nacido así como factores ambientales, y es imprescindible la información de los nacimientos que ocurren en el hospital por mes y por sexo con el fin de determinar las frecuencias de los defectos congénitos.

En nuestra provincia Las Tunas funciona el RECUMAC desde su fundación a nivel nacional. Está constituido por un grupo de investigación multidisciplinario, revisado y aprobado por el Comité de Ética del Centro Nacional de Genética Médica. A nivel provincial funciona un grupo periférico compuesto por profesionales que efectúan el registro en los distintos hospitales de de la provincia y el responsables del RECUMAC en el centro provincial de genética. La obtención de la información es a través de una ficha individual que recoge datos del recién nacido, datos de la madre, datos poblacionales, descripción de la malformación, factores genéticos y factores ambientales.

Descripción del sistema:



*Clase de datos que se recolectan***:** Los datos que recoge el sistema a través de la planilla o ficha son datos del recién nacido, datos de la madre, datos poblacionales, descripción de la malformación, factores genéticos y ambientales. Los datos son asequibles y permiten estratificar los defectos congénitos.

*Fuentes de notificación del sistema***:** La notificación de los casos se hace mediante el llenado de la planilla del RECUMAC, desde el servicio de Neonatología, en ocasiones desde el área de salud por el especialista en Genética. Esto permite una notificación inmediata después del nacimiento e incluso en ocasiones de forma prenatal.

Análisis y diseminación de los datos: El análisis de los dato es especializado se hace por un especialista en Genética Clínica quien codifica el diagnóstico comprobando la certeza del mismo en consulta con el paciente**.**

El Departamento Provincial de Genética tiene planificado emitir anualmente un informe de comportamiento de prevalencia, frecuencia ajustada, cuáles son los sistemas más afectados por los defectos congénitos y cuáles son los defectos más frecuentes. Se diseminan estos datos por correo electrónico a las autoridades de salud.

*Políticas y procedimientos adoptados para asegurar la privacidad del paciente***:** Para acceder al sistema de registro informatizado es necesario tener permiso de acceso a través de un usuario y contraseña que son de carácter personal. Garantizando la privacidad.

El Sistema de Vigilancia ofrece información de manera regulada a tutores de tesis. Este proceso de solicitud de información es controlado y registrado. La información es elaborada por personal autorizado y luego se les facilita a los solicitantes los cuales no tienen permitido acceso directo a la información.

Descripción de los atributos del sistema:

Simplicidad

El sistema es simple en términos de su estructura y fácil de operar a la vez que es capaz de cumplir con sus objetivos.

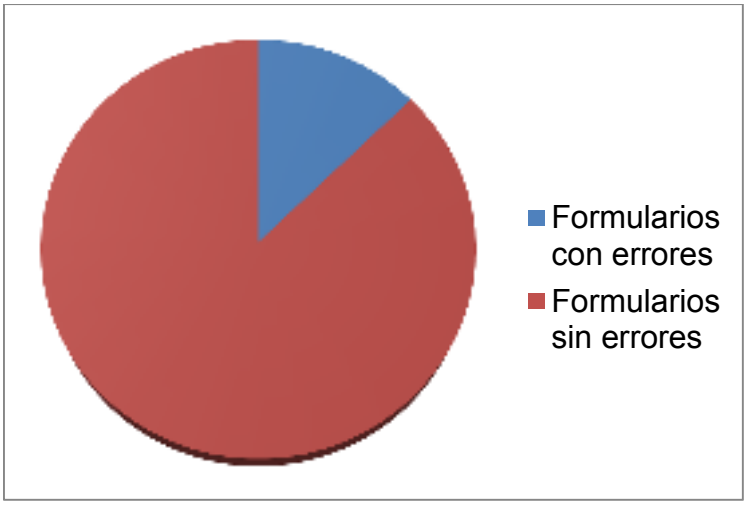
Los datos que recoge el sistema a través de un formulario son datos sencillos: del recién nacido, datos de la madre, datos del padre, datos poblacionales, descripción de la malformación, factores genéticos y ambientales.

Calidad del dato

La calidad del dato fue evaluado en cuanto a dos aspectos definidos en la evaluación; incompleto y en blanco.

Se revisaron un total de 644 formularios. Solo se encontraron errores en 82 formularios solo en el 13 % del total de formularios revisados.

Gráfico #1: Distribución de errores en formularios.



Fuente: Revisión de formularios

Flexibilidad

Es un sistema flexible de vigilancia adaptado a los cambios que se han generado.

El RECUMAC en Las Tunas ha enfrentado cambios principalmente tecnológicos. Se ha credo un software informático para el sistema que permite automatizar sus funcionalidades y requisitos con muy buenos resultados. El sistema fue capaz de soportar el cambio y continuar los reportes sin interrupción.

Este nuevo software demuestra mucho más la flexibilidad no solo dada por su creación sino con la inclusión de nuevos datos como son el peso, talla e índice de masa corporal de la madre, tiempo de gestación al nacimiento y tipo de parto.

Aceptación

El sistema tiene buena aceptación por parte de los que operan el sistema y por los pacientes.

La aceptación por parte de los que operan el sistema es reflejada a través del porcentaje de reportes entregados oportunamente.

Están involucradas todas las maternidades, pero también se suman al reporte de casos todas las áreas de salud, ya que en ocasiones lo casos son diagnosticados después del alta hospitalaria y remitidos a Genética por otros especialistas.

El sistema es hábil en la privacidad y confidencialidad de los datos. Esto es clave en la aceptación por parte de la población.

Representatividad

El sistema de salud brinda atención prenatal a todas las gestantes sin excepciones, por lo que la cobertura en la vigilancia de defectos congénitos se extiende a todas gestantes. Todo recién nacido es atendido por un neonatólogo al momento del nacimiento por lo que se facilita el diagnóstico oportuno y su notificación ya que el sistema tiene base hospitalaria. En cada área de salud está presente un asesor en Genética Clínica por lo cual los recién nacidos tiene total cobertura y acceso a los servicios de Genética.

Temporalidad

El diagnóstico del defecto se hace prenatalmente o inmediatamente después del nacimiento. El formulario llega al Centro Provincial de Genética en menos de un mes, pero no existe un registro de entrada de los formularios. Al acudir el paciente a consulta de seguimiento se completan los datos que sean necesarios.

CONCLUSIONES

El sistema de vigilancia de defectos congénitos en Las Tunas es un sistema sencillo y fácil de operar, con buena calidad de los datos que reciben análisis especializado. Es flexible, permite incorporar nuevos datos gracias a la herramienta informática diseñada, software que posibilita automatizar las funcionalidades y requisitos del Registro Cubano de Malformaciones Congénitas. Tiene gran aceptación, involucra autoridades de salud y garantiza la confidencialidad de los datos. Cumple sus objetivos y brinda la posibilidad de establecer estrategias en salud con la información que genera.

REFERENCIAS

Castillo, M y Espinoza, MA. (2014). Evaluación de Tecnologías Sanitarias. *Revista médica de Chile*, *142*(1), 4-5. Recuperado en: https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001300001

Centro de Registro de Enfermedades Congénitas (CREC) Unidad de Enfermedades Congénitas INCIENSA. (2018).Protocolo de vigilancia de defectos congénitos en Costa Rica. Ministerio de Salud de Costa Rica /CCSS/INCIENSA. Recuperado de: http://www.binasss.sa.cr/protocolos/defectoscongenitos.pdf

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2014), Historia de los CDC. Recuperado en: https://www.cdc.gov/spanish/acercacdc/historia.html

Cuevas, E.L. (2017). Protocolo de vigilancia. Defectos congénitos Recuperado en: http://www.saludpereira.gov.co/medios/PRO_Defectos_Congenitos2017.pdf

Durán, P., Liascovich, R., Barbero, P., Paz, M., Groisman, B., Serruya. S., de Francisco LA, Becerra, F., Gordillo, A. (2019). Sistemas de vigilancia de anomalías congénitas en América Latina y el Caribe: presente y futuro. *Rev Panam Salud Públic, 43*. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6526783/

Navarrete, E., Canún, S., Reyes, AE., Sierra, MC., Valdés, J. (2013). Prevalence of congenital malformations recorded on the birth certificate and fetal death, Mexico, 2009 to 2010. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex., 70*(6): 499-505. Recuperado: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000600011&lng=es

Pérez, MT. (2014).Registro cubano de malformaciones congénitas (RECUMAC). La Habana: Centro Nacional de Genética Médica.

Red Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina. Análisis epidemiológico sobre las Anomalías congénitas en recién nacidos, registradas durante 2016 en la república Argentina. Reporte Anual RENAC. (2017). Argentina: Ministerio de Salud Presidencia de La Nación. Recuperado: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001111cnt-2018-02-06-reporte-renac-2017-web.pdf

ZIKA: ESTRATEGIA EDUCATIVA EN EL CONSULTORIO MEDICO DE FAMILIA 14 EN EL AÑO 2019

ZIKA: EDUCATIONAL STRATEGY IN THE FAMILY MEDICAL OFFICE 14 IN THE YEAR 2019

Taimara Villamil García taimaravillamilgarcia@gmail.com

Eduardo Roberto Villamil Toranzo

Tamara Villamil García

RESUMEN

Se realizó una intervención educativa con el objetivo de modificar los factores de riesgo y las medidas higiénicos ambientales para disminuir la trasmisión de la enfermedad del Zika, por parte de la población en estudios y del personal de salud encargado de su control en el periodo comprendido de septiembre 2018 a junio 2019 ,donde se aplicó estrategias educativas organizadas para este propósito el universo estuvo integrado por 100 pacientes, la muestra la constituyeron 20 que cumplieron los criterios de inclusión .La investigación se implementó en tres etapas: Diagnóstico, intervención y evaluación. Se diagnosticaron unas series de problemas higiénicos sanitarios que afectan nuestra comunidad, para tener una base para realizar una correcta intervención educativa, además se evaluó el nivel de conocimiento de la población sobre el tema relacionado con la situación epidemiológica que en estos momentos están enfrentando nuestra provincia con el alza de la focalidad y casos de Zika confirmados y qué acciones y medidas se realizaron, para ayudar a nuestro sistema de salud pública desde su propias casas, en esta importante lucha para erradicar el mosquito Aedes Aegypti.

PALABRAS CLAVES: zika, enfermedad viral, mosquitos, estrategia educativa.

ABSTRACT

An educational intervention was carried out with the objective of modifying the riskfactors and environmental hygienic measures to reduce the transmisión ok Zika desease, by the population in studies and the health personnel responsable forits control in the period coverred by September 2018 to June 2019, where educational srategies organized for these purpose were applied, the universo will consist of 100 patients, the simple was made up of 20 that met the inclusión criteria. There search will be implemented in thre estages: diagnosis, intervention and evaluation. A series of sanitary hygienic problems that affect our community were diagnosed, in order to have a base to carry out a correct educational intervention, in addition the level of knowledge of the population on the subject related to the epidemiological situation that are currently facing our province with the increase of the focus and confirmed Zika cases and what actions and measures were applied, to help our public health system from their own homes, in this important fight to eradicate the Aedes Aegypti mosquito.

KEY WORDS: Zika desease, mosquito, educational srategies

INTRODUCCIÓN

El virus de Zika es un flavivirus transmitido por mosquitos que se identificó por vez primera en macacos (Uganda, 1947), a través de una red de monitoreo de la fiebre amarilla. Posteriormente, en 1952, se identificó en el ser humano en Uganda y la República Unida de Tanzanía. Se han registrado brotes de enfermedad por este virus en África, las Américas, Asia y el Pacífico.

El Zika es una enfermedad viral que afecta a más de una veintena de países ocasionando síntomas como fiebre leve, exantema, conjuntivitis, artromialgias y malestar general. Dicho virus aislado por primera vez en Uganda en 1947 se transmite por la picadura del mosquito hembra de las especies Aedesaegyptiy, Aedes albopictus transmisores también del Dengue y Chikungunya. No cabe duda que el desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS) ha posibilitado formar residentes de MGI y otros profesionales en las comunidades con el objetivo esencial de la atención a la salud comunitaria,2 así como la vigilancia epidemiológica y prevención de enfermedades, transmisibles como la enfermedad viral Zika, García (2012)

La incidencia de la infección por virus Zika, desde el año 2014, Antigua y Barbuda, Haití, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas y Saint Kitts and Nevis, que confirmaron los primeros casos de transmisión autóctona en el Caribe de lafiebre causada por el virus Chikungunya. A partir del 5 de noviembre del año 2015, el Laboratorio del Instituto Nacional de Salud de Colombia, ha confirmado 239 casos de infección por el virus Zika, distribuidosen17 entidades territoriales, (3) por lo que se deben fortalecer las acciones de control antivectorial desde la APS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han estabelecido cuatro elementos básicos o principios que son necesarios para controlar el dengue y Zika Ellosson-lavoluntad política de los gobiernos, la coordinación intersectorial.

- la participación activa de la comunidad

- el fortalecimento de las leves sanitárias nacionales.

Cuba ha sido capaz de controlar los brotes de dengue y evitar que se convierta en una enfermedad endémica. El país ha seguido los cinco principios básicos que la OMS/OPS recomiendan para el enfrentamento del dengue, siendo la voluntad política el pilar fundamental y promotor del éxito obtenido. No obstante, la creciente complejidad de lasituación epidemiológica de la enfermedad, unida al amplio y creciente intercambio que Cuba mantiene con otros países incrementan el riesgo. En este contexto, el país trabajaenelfortalecimiento y mejoramiento de los programas encargados de la vigilancia y lucha antivectorial. La aplicación de los resultados científicos y la continua y creciente colaboración internacional deben desempeñar un papel fundamental para el mejor enfrentamento del dengue. Objetivo que está propuesto y encaminhado em el Zika, Hoyos, Pérez, Hernández (2011)

En el mundo, en 2007 se registró la infección en la isla de Yap, que forma parte de Micronesia, en el Océano Pacífico. Fue la primera vez que se detectó el virus fuera de su área geográfica original: África y Asia. A finales de octubre de 2013, se inició un

brote en la Polinesia Francesa, también en el Pacífico, en el que se identificaron 10 000 casos.

De ese total, aproximadamente 70 fueron graves. Los pacientes desarrollaron complicaciones neurológicas, como meningoencefalitis, y autoinmunes, como leucopenia (disminución del nivel normal de leucocitos en la sangre).

En febrero de 2014 las autoridades chilenas confirmaron un caso de transmisión autóctona en la Isla de Pascua. El mismo coincidió con un brote en Nueva Caledonia y las Islas Cook. Nuevamente en el Océano Pacífico.

El virus de Zika es un flavivirus transmitido por mosquitos que se identificó por vez primera en macacos (Uganda, 1947), a través de una red de monitoreo de la fiebre amarilla. Posteriormente, en 1952, se identificó en el ser humano en Uganda y la República Unida de Tanzanía. Se han registrado brotes de enfermedad por este virus en África, las Américas, Asia y el Pacífico.

Entre los años sesenta y los ochenta se detectaron infecciones humanas en África y Asia, generalmente acompañadas de enfermedad leve. El primer gran brote se registró en la Isla de Yap (Estados Federados de Micronesia) en 2007. En julio de 2015 Brasil notificó una asociación entre la infección por el virus de Zika y el síndrome de Guillain-Barré, y en octubre del mismo año su asociación con la microcefalia.

El virus de Zika se transmite a las personas principalmente a través de la picadura de mosquitos infectados del género Aedes, y sobre todo de *Aedes aegypti* en las regiones tropicales. Los mosquitos *Aedes* suelen picar durante el día, sobre todo al amanecer y al anochecer, y son los mismos que transmiten el dengue, chikungunya y la fiebre amarilla. Asimismo, es posible la transmisión sexual, y se están investigando otros modos de transmisión, como las transfusiones de sangre.

La infección por el virus de Zika puede sospecharse a partir de los síntomas y los antecedentes recientes (por ejemplo, residencia o viaje a una zona donde haya transmisión activa del virus). Sin embargo, su confirmación requiere pruebas de laboratorio en muestras de sangre o de otros líquidos corporales, como la orina, la saliva o el semen, Reyes (2015)

Hay un consenso científico sobre la relación causal entre el virus de Zika y la microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré. También se están investigando las relaciones con otras complicaciones neurológicas.

La protección contra las picaduras de mosquitos es fundamental para prevenir la infección por el virus de Zika. Para ello se puede usar ropa (preferiblemente de colores claros) que cubra al máximo el cuerpo, instalar barreras físicas (mosquiteros) en los edificios, mantener puertas y ventanas cerradas, dormir bajo mosquiteros de cama durante el día y utilizar repelentes de insectos que contengan DEET, IR3535 o icaridina, siguiendo las instrucciones de la ficha técnica del producto.

Hay que prestar especial atención y ayuda a quienes no puedan protegerse adecuadamente por sí mismos, como los niños pequeños, los enfermos o los ancianos. Los residentes en las zonas afectadas y quienes viajen a ellas deben tomar las precauciones descritas para protegerse de las picaduras de mosquitos.

Es importante vaciar, limpiar o cubrir regularmente los sitios que puedan acumular agua, como cubos, barriles, macetas, canalones y neumáticos usados. Las comunidades deben apoyar los esfuerzos de las autoridades locales por reducir los mosquitos. Las autoridades sanitarias pueden aconsejar la fumigación de insecticidas.

El virus de Zika puede transmitirse en el curso de una relación sexual, hecho que resulta preocupante porque hay una asociación entre la infección por el virus y la presencia de resultados adversos del embarazo y de perjuicios en el feto.

En el caso de regiones donde haya transmisión activa del virus de Zika, todas las personas que presenten infección por este virus y sus parejas sexuales (en particular las embarazadas) deben recibir información sobre los riesgos de transmisión del virus por vía sexual.

La OMS recomienda que a todas las personas sexualmente activas se les preste un asesoramiento correcto y se les proponga toda la panoplia de métodos anticonceptivos para que puedan elegir con conocimiento de causa si desean concebir o no, y en qué momento, a fin de prevenir posibles resultados adversos del embarazo y eventuales perjuicios para el feto.

Las mujeres que hayan mantenido relaciones sexuales sin protección y no deseen quedarse embarazadas por temor a la infección por el virus de Zika deben tener acceso rápidamente a servicios de anticoncepción de emergencia y asesoramiento en la materia. Toda embarazada debería mantener relaciones sexuales seguras (en particular utilizando correcta y sistemáticamente preservativos) u observar abstinencia sexual por lo menos mientras dure el embarazo.

En el caso de regiones donde no haya transmisión activa del virus de Zika, la OMS recomienda que, para prevenir la infección por el virus en el curso de una relación sexual, toda persona que regrese de zonas donde se sepa que hay transmisión activa del virus mantenga relaciones sexuales seguras u observe abstinencia sexual durante seis meses. Las parejas sexuales de mujeres embarazadas que residan en zonas donde haya transmisión local del virus o que regresen de una de esas zonas deberían mantener relaciones sexuales seguras u observar abstinencia sexual mientras dure el embarazo, Reyes (2015)

La OMS colabora con los países para controlar la enfermedad por el virus de Zika mediante la adopción de las medidas definidas en el *Marco de respuesta estratégica al zika*:

Definir las investigaciones sobre la enfermedad por el virus de Zika y darles prioridad convocando a expertos y asociados.

Potenciar la vigilancia del virus de Zika y sus complicaciones.

Reforzar la capacidad de comunicación sobre los riesgos a fin de involucrar a las comunidades para que comprendan mejor los riesgos asociados al virus.

Fortalecer la capacidad de los laboratorios para detectar el virus.

Ayudar a las autoridades sanitarias a aplicar las estrategias de control de los vectores destinadas a reducir las poblaciones de mosquitos del género *Aedes*.

Elaborar recomendaciones acerca de la atención clínica y el seguimiento de las personas con complicaciones relacionadas con la infección por el virus de elZika, en colaboración con expertos y otros organismos sanitarios.

CONCLUSIONES

El Zika es una enfermedad viral transmitida por mosquitos aedesagypti descubierto en Uganda en 1947 .Se realizó una intervención educativa con el objetivo de modificar los factores de riesgo y las medidas higiénicos ambientales para disminuir la trasmisión de la enfermedad del Zika,se organizó en tres etapas: diagnóstico, intervención y evaluación final,teniendo como resultado que el grupo de edades comprendido entre 20 y 29 años fue el que mayor participación tuvo, con un nivel educacional preuniversitario, con un alto nivel de conocimiento sobre los riesgos ambientales, de cómo realizar el autofocal y conocimiento de las medidas de prevención del Zika.

Se diagnosticaron unas series de problemas higiénicos sanitarios que afectan nuestra comunidad, para tener una base para realizar una correcta intervención educativa, además se evaluó el nivel de conocimiento de la población sobre el tema relacionado con la situación epidemiológica que en estos momentos están enfrentando nuestra provincia con el alza de la focalidad y casos de Zika Se implantó un programa educativo que les permitió mejorar los conocimientos sobre los factores de riesgo y las medidas higiénicas sanitarias a tomar en cuenta para disminuir el índice de focalidad

REFERENCIAS

García, AA., García, F. (2012). La medicina preventiva em la atención primaria de salud. *Hab Cien Med. 11*(2). Revisado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Hoyos, A., Pérez, A., Hernández, E. (2011). Dengue infection associated-risk factors with in San Mateo, Anzoátegui, Venezuela. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 27(3). Revisado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300009&lng=es

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Nueva generación de programas de prevención y control del dengue em Las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2002. (OPS/HCP/HCT/206/02).

Pan American Health Organization. (1994). Dengue and dengue hemorrhagic fever in the Americas: guidelines for prevention and control. Washington, D.C.: PAHO; 1994. (ScientificPublication No. 548).

Reyes, ME. (2015). *Enfermedades infecciosas, Enfermedades transmisibles, zoonosis | Etiquetas: Aedes Aegypti, insecto transmisor el Aedes aegypti, sintomas similares a los del dengue y el chikungunya, zika Electrón* . Revisado en: http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2015/12/01/46755/

COMPORTAMIENTO DEL CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA EN EL ÁREA DE SALUD DEL POLICLÍNICO MARIO POZO OCHO

BEHAVIOR OF THE CANCER CUTANEOUS NON MELANOMA IN THE AREA OF HEALTH OF THE POLICLINIC MARIO POZO OCHOA

Tania Adianez Bruzón Marrero adita1018@nauta.cu

Lilia María Peña RRamírez clara480812@gmail.com

Enmanuel Padilla Díaz enmanuel.padilla@nauta.cu

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de cáncer de piel se ha triplicado en las últimas dos décadas. En el mundo se registran anualmente de dos a tres millones de casos de cáncer de piel no melanoma. De ahí que el siguiente artículo tiene como objetivo conocer los riesgos de padecer la enfermedad, por constituir la primera causa de morbilidad del municipio, el estudio comportamiento del cáncer cutáneo no melanoma del Policlínico Mario Pozo Ochoa, en el período comprendido de diciembre del año 2017- 2019. Para ello, se determinó un universo de (210) pacientes, la muestra por 84 seleccionados. Asismismo, se aplicó una encuesta que permitió analizar las variables de estudio edad, sexo, fototipo de piel, ocupación, antecedentes patológicos personales y familiares de cáncer de piel no melanoma mediante la revisión de bibliografías actualizadas, hojas de cargo, registros, controles estadísticos e historias clínicas de pacientes. La información se procesó mediante métodos de estadística descriptiva. Resultado se evaluaron los conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de piel.

PALABRAS CLAVES: Factores de riesgo, cáncer de piel no melanoma, fototipo cutáneo

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO), the incidence of skin cancer has tripled in the last two decades. In the world they are registered annually from two to Three million cases of non-melanoma skin cancer. Hence the following article It aims to know the risks of suffering from the disease, by constituting the First cause of morbidity of the municipality, the study of cancer behavior non-melanoma skin of the Mario Pozo Ochoa Polyclinic, in the period of December 2017-2019. For this, a universe of (210) patients was determined, the sample by 84 selected. Likewise, a survey was applied that allowed analyze the study variables age, sex, skin phototype, occupation, background Personal and family pathologies of non-melanoma skin cancer through review of updated bibliographies, charge sheets, records, statistical controls and patient medical records The information was processed using methods of Descriptive statistics. Result the knowledge on factors of risk and prevention of skin cancer.

KEY WORDS: factors ok risk, cancer of skin non melanoma, fototype cutaneous.

INTRODUCCIÓN

Herrera (2015). En su estudio aborda que los seres humanos estamos expuestos al sol desde que nacemos, lo que significa que, durante toda nuestra vida, nos enfrentamos al principal factor que produce cáncer de piel. Actualmente, tenemos un concepto equívoco de la belleza y la salud, ya que para la población en general, y más entre los jóvenes, estar bronceado es símbolo de belleza y salud, por este motivo, la población aprovecha cualquier momento para broncearse y pasar mucho tiempo expuesto al sol y sus radiaciones (UVA y UVB). Es por este motivo que el cáncer de piel es la neoplasia maligna más común en adultos jóvenes. Agrega que según la OMS: “Uno de cada tres cánceres diagnosticados es de piel no melanocítico”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), abordado por la incidencia de cáncer de piel se ha triplicado en las últimas dos décadas. En el mundo se registran anualmente de dos a tres millones de casos de cáncer de piel no melanoma. Los fototipos más frecuentes de estas neoplasias son los pacientes de piel blanca y ojos claros. Dentro de los fototipos cutáneos, el I, presenta como característica quemaduras, nunca pigmentación, mientras que el fototipo cutáneo III, presenta algunas veces quemaduras, usualmente pigmentación. En cuanto al sexo, el masculino es el de mayor incidencia, y la aparición de las lesiones comienzan a partir de la cuarta década de la vida. Victoria (2011)partos prematuros, niños bajo peso, síndrome de muerte súbita del lactante y la muerte materna.

El cáncer de piel representa la principal causa de tumores malignos, superando la incidencia del conjunto de todas las otras neoplasias que ocurren en la especie humana. Este hecho toma especial relevancia en la tercera edad, como parte de todos los cambios que se experimentan durante el envejecimiento. Entre un 40 y 50% de la población habrá padecido al menos un tipo de cáncer cutáneo no melanoma al llegar a los 65 años, con un incremento actual de su incidencia, que afecta de manera considerable la población adulta laboralmente activa. Repercute económica y socialmente, con el consecuente deterioro en la calidad de vida.

Todo esto ocurre a pesar de prevenirse, tanto por cambios en el estilo de vida, como por la detección temprana de lesiones pre cancerosas de la piel. (Rojas, Paz, Batista. y Santana, 2014).

En la investigación de Acosta, DL., Bravo, Ruíz y Acosta, GM (2014)se testifica que en los últimos años, a los efectos carcinógenos del sol hay que añadir los de las fuentes artificiales de rayos UV de uso cada vez más frecuente. Aunque la exposición al sol se hace a lo largo de toda la vida y su efecto es acumulativo, la exposición solar durante la infancia tiene un papel clave en la aparición del cáncer de piel. Los niños se exponen al sol tres veces más que los adultos y antes de los 21 años se ha recibido entre el 50 y el 80 % de la radiación solar total.

La mayoría de los estudios realizados al respecto corresponden a poblaciones caucásicas, como las de EEUU, Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido. En el Ecuador, donde la población predominante es de fototipo de piel III-IV, se realizó un estudio de prevalencia de tumores malignos de piel, encontrándose al carcinoma basocelular en primer lugar. El incremento en la incidencia de cáncer de piel a nivel

mundial hace necesario conocer el comportamiento epidemiológico de esta entidad en nuestro medio. (Rojas y col. 2014).

México y Brasil, por medio del Registro Nacional Histopatológico de Neoplasias Malignas y del Instituto Nacional del Cáncer respectivamente, reportan que el cáncer de piel no melanoma es el principal proceso oncoproliferativo que afecta a su población y constituye un grave problema para la salud pública, al provocar la aparición de ulceraciones y deformidades estéticas en numerosos pacientes. Victoria (2011).

Cuba se sitúa dentro de los países de América Latina y el tercer mundo con mayor incidencia del cáncer de piel no melanoma, mostrando una tasa de 55,46 x 100 mil habitantes. Esta realidad, unida a la probabilidad de que en el año 2025 la cuarta parte de su población tendrá más de 60 años, hacen necesario dirigir todos los esfuerzos a su control. (Romero (sf)) y (Santana, Montesino, Jiménez, Gallardo, López, 2008).

En nuestro país con las bondades del sistema de atención primaria de salud, se detectan personas que sufren cáncer cutáneo y llegan a la atención secundaria de salud con alteraciones funcionales, y estéticas importantes, que determinan grados variables de invalidez, lo que contrasta con el poco poder invasivo y de metástasis que poseen la mayoría de estos procesos oncoproliferativos de la piel (Santana y col. 2008).

La mayor parte de las personas cuando les preguntamos acerca del riesgo de la exposición solar, saben que acelera el envejecimiento y que puede producir cáncer de piel, pero a su vez, son estas mismas personas las que afirman que diariamente están expuestas al sol como mínimo 15 minutos. Además, gran parte de la población coincide en que la bronceada forma parte de un buen estado físico, y no conocen el bronceado en el sentido real, como mecanismo de defensa ante la radiación solar.

La provincia no es una excepción, a las consultas acuden un gran número de estos pacientes aunque todavía existen subregistro en el número de casos al igual que en el municipio en el cual las principales actividades laborales son la agricultura, la pesca, la construcción y otras en las cuales los obreros se exponen varias horas del día al sol, también la principal actividad recreativa está relacionada con la playa constituye la fuente real de los pacientes diagnosticados con cáncer de piel.(Rojas y col. 2014). Ante esta problemática nos motivamos para realizar dicha investigación.

Se realizó una investigación de intervención educativa para estudiar el comportamiento del cáncer cutáneo no melanoma con pacientes seleccionados 84 que fueron atendidos en consulta externa de Dermatología del Policlínico Mario Pozo Ochoa en Jesús Menéndez que iniciaron su control en el periodo comprendido de diciembre del año 2017 a abril del año 2019, caracterizándolos según las variables edad, sexo, fototipo de piel, ocupación, antecedentes patológicos personales y familiares de cáncer de piel no melanoma mediante la revisión de bibliografías actualizadas, hojas de cargo, registros, controles estadísticos e historias clínicas de pacientes. La información se procesó mediante métodos de estadística descriptiva y se evaluaron los conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de piel no melanoma

Al analizar la edad de los pacientes en estudio se encontró que los grupos de 60-69 años y el 40-49 años fueron los que más casos reportaron con un 25 % el primero y 23,8 %, el segundo. En cuanto al sexo tuvo mayor prevalencia el femenino con 46

sobre el masculino que tuvo 38. No se encontró ningún caso en el grupo de edad de 20 a 29 años.

Este predominio de pacientes entre 60 y 69 años pueden estar relacionado con el alto índice a la exposición solar durante un período mayor o a diferentes factores que directa o indirectamente, aumentan el riesgo de desarrollar un cáncer cutáneo unido al proceso de envejecimiento de la piel que induce a padecer este tipo de neoplasia.

Distribución de pacientes con riesgo a padecer cáncer de piel según grupo de edades y sexo

Grupo de Edades	Femenino	Masculino	Total
	No	%	No
De 30 a 39 años	2	4,4	1
De 40 a 49 años.	12	26,1	8
De 50 a 59 años.	6	13,0	8
De 60 a 69 años.	11	23,9	10
De 70 a 79 años.	10	21,7	9
Mayor de 80 años	5	10,9	2
Total	**46**	**100**	**38**

Fuente Encuestas

Es evidente resaltar que los pacientes comprendidos en el grupo de edad de 40 a 49 años siguieron en frecuencia, lo cual evidencia el efecto acumulativo de las exposición a los rayos solares al paso de los años de vida, que demuestra que durante las últimas décadas se ha incrementado de manera significativa en edades más tempranas, disminuyendo paulatinamente la edad promedio de inicio.

Estudios realizado por (Gaviria, Giraldo, Jiménez, Fernández y Montoya, 2016) en México, expone que de los 41 pacientes tomados como muestra reflejan que 31 para el (72%) eran hombres; 12 pacientes (29%) tenían 50 años o menos y 29 pacientes (71%) eran mayores de 50 años, con edad mínima de 23 años, máxima de 70 años y media de 53 años. En cuanto a la edad de los pacientes estudios realizados en Güines y San José de las Lajas se les diagnosticó un cáncer de piel a los grupos de 50-59 años y el de 60-69 años con un 23 % cada uno, pero también en pacientes jóvenes menores de 30 años(Linares, Correa, Ibarra y Bonet, 2014). Lo que demuestra que no están exentos sí se exponen a la radiación solar.

La doctora Peña y otros autores en Las Tunas citados por García, Chacón y Almenares (2016) concluyeron que según los grupos de edades, observándose mayor predominio en el total de la muestra de los pacientes mayores de 60 años, 61,2 %.

Referente al sexo, al compararlo con el realizado por otros autores refiere que existe concordancia con la realidad del área de salud del Policlínico Héroes del Moncada, donde las féminas son el mayor número poblacional, lo cual coincide con los resultados encontrados por (Fernández, Legrá, Sánchez, Dopico, González (2018).

Distribución de pacientes con riesgo a padecer cáncer de piel según fototipos de piel

El comportamiento de los pacientes en estudio según el fototipo de piel se localizó la mayor evidencia con un 65,5 % en el tipo II seguida por el tipo III con un 27,4%. No se reportó ningún caso en foto tipo I.

Los fototipos más vulnerables son los pacientes de piel blanca y ojos claros. Dentro de estos, el II presenta como característica que siempre se quema, rara vez se broncea, mientras que el fototipo cutáneo III, presenta algunas veces quemaduras, usualmente pigmentación. En esta tabla se muestra que los fototipos de piel II y III fueron los más predispuestos a padecer este tipo de neoplasia debido a sus características en relación a la capacidad de bronceado y a que son los más frecuentes dentro de la población cubana.

(Castañeda, Eljure, 2016), Gaviria y col. (2016) en una investigaciones realizadas encontraron resultados similares, teniendo mayor prevalencia el fototipo III con un total de 24 pacientes para un 58.5%, seguido del II con 9 pacientes para un 21.5%.

Al evaluar el comportamiento de los antecedentes de cáncer de piel no melanomas personales y familiares, se encontró mayor incidencia en los familiares con un 19 %, sobre los personales que fue de un 3,6 %. Lo que demuestra que los pacientes con riesgo no presentan alta incidencia con respectos a los antecedentes mencionados.

Estudio realizado por(Linares et al., 2014) tuvo como resultado en los antecedentes patológicos familiares de cáncer de piel no melanoma, el 32 % de los casos y un 4 % de los controles estaban afectados, lo cual ratifica la teoría de que existe una transmisión familiar o predisposición genética para este tipo de tumor, lo que requiere un mayor análisis, porque se cuestiona también si los factores ambientales que influyen sobre la familia deciden al respecto, que coincide con este trabajo al ocupar mayor porciento los antecedentes patológicos familiares. Trabajo como el de (García et al. 2016) hace referencia dentro de los factores de riesgo del cáncer no melanoma la edad, el sexo, la exposición solar e incluye a los antecedentes familiares y personales de la enfermedad.

Al valorar los pacientes según el tiempo en que se exponen a la luz solar se observó mayor influencia con 51,2 % en los que se exhiben menos de dos horas, seguido por los de 4 a 6 horas con un 20 %.

Al explorar en el conocimiento que poseen los pacientes sobre los efectos nocivos de la radiación solar el 69 % se consideró de regular sin embargo en las prácticas de fotoprotección fue de un 82,1 % buena.

Luego de realizar actividades educativas los efectos nocivos fueron buenos en un 82,1 % y la práctica de fotoprotección un se elevó al 95,2%.

Distribución de pacientes según el conocimiento sobre efectos nocivos de la radiación solar y las prácticas de fotoprotección.

	Efectos nocivos de la radiación				Prácticas de fotoprotección			
Conocimiento	Antes		Después		Antes		Después	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Bueno	6	7,1	69	82,1	56	66,7	80	95,2
Regular	58	69,0	10	11,9	23	27,3	4	4,8
Malo	20	24,0	5	6,0	5	6,0	0	0,0
Total	84	100	84	100	84	100	84	100

Fuente Encuestas

La autora de este trabajo al no encontrar bibliografías que permitan establecer comparaciones, consideró oportuno referenciar estos conceptos de fotoprotección se puede definir como el conjunto de medidas que permiten limitar el daño cutáneo inducido por la radiación solar; y la fotoeducación es enseñar a poner en práctica una relación saludable con el sol, para aprender a protegerse de sus efectos dañinos y disfrutar de sus beneficios.

También el efecto directamente del sol, las radiaciones no ionizantes y el calor, en combinación son factores químicos, que hacen que la piel reaccione anormalmente y pierda su capacidad de adaptación, mayormente en los sitios con exposición solar repetida, se inicie el desarrollo de lesiones pre cancerosas o del carcinoma de piel directamente, incrementando el riesgo de enfermar en la medida en que estos factores actúan precozmente y de forma permanente. (Castañeda y col.2016).

Al evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes atendiendo a los factores de riesgo y la prevención del cáncer de piel se evidenció que antes de aplicar la intervención prevalecía el no satisfactorio con un 63% y después se logró un 90,5% el nivel satisfactorio, demostrándose la efectividad de la intervención.

Quisiéramos resaltar que la investigación se realizó asociada a la Tarea Vida, donde desarrollamos charlas educativas en centros laborales con grupos poblacionales de riesgo como obreros agrícolas, campesinos, trabajadores tabacaleros y ambulatorios por cuenta propia aplicándoles encuestas acerca de efectos nocivos de las radiaciones solares para la salud y de fotoprotección; programas radiales a inicios del verano para enfatizar en el uso de medios para la protección solar tanto físicos como mecánicos durante esta etapa del año fundamentalmente; aprovechábamos proyectos comunitarios municipales vinculándonos al grupo de trabajo comunitario y a los equipos

básicos de salud de cada comunidad durante las cuales brindábamos información relacionada. Endías mundiales del medio ambiente, de la capa de ozono y días internacionales del lunar nos acercábamos a lugares como Guayacán Playa La Herradura, Playa La Boca y La Llanita ya que son estas zonas donde mayor incidencia tuvo el cáncer cutáneo no melanoma en el periodo estudiado. El desarrollo de estas actividades nos permitió mejorar los conocimientos acerca del tema y crear una conciencia diferente para lograr un modo y estilo saludable que disminuya la incidencia de enfermedades que pudieran ser prevenibles y así disfrutar de los beneficios del sol.

CONCLUSIONES

En el estudio realizado el grupo de edad que predominó fue el de 60-69 años, el sexo femenino, la ocupación, los obreros, el fototipo de piel, el II correspondiente a la piel blanca que siempre quemada y los antecedentes de cáncer de piel, los familiares. Existió mayor influencia en los que se exponen menos de dos horas, a las radiaciones solares.

Al explorar en el conocimiento que poseen los pacientes sobre los efectos nocivos de la radiación solar, las prácticas de fotoprotección, los factores de riesgo y la prevención del cáncer de piel se evidenciaron que inicialmente era bajo y luego de realizar actividades educativas se transformaron de forma positiva.

No quisiéramos concluir este articulo sin resaltar que la investigación se realizó asociada a la tarea vida, apoyándonos en charlas educativas, programas radiales proyectos comunitarios, días mundiales del medio ambiente y de la capa de ozono, que tanta trascendencia tiene actualmente a la hora de crear conciencia en la población para lograr un modo y estilo saludable que disminuya la incidencia de enfermedades que pudieran ser prevenibles.

REFERENCIAS

Acosta, D., Bravo, A., Ruíz, D. y Acosta, G. (2014). Comportamiento del cáncer de

piel en Güines y San José de las Lajas. *Rev Ciencias Médicas 20* (1): 44-53.

Castañeda, P. y Eljure J. (2016). El Cáncer de piel, un problema actual. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 59 (2): 1-14.

Fernández, R M., Legrá, A., Sánchez, C M., Dopico AP., González, L. y González, R. (2018). Comportamiento del cáncer de piel en el Policlínico Universitario Héroes del Moncada, en Cárdenas: estudio de 10 años. Recuperado de:http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1538/htm

Gaviria, CM., Giraldo, AP., Jiménez, SB., Fernández, RL. y Montoya, L. (2016). Prevalencia del cáncer de piel tipo melanoma y no melanoma en pacientes trasplantados de corazón. DermatolRevMex, 60(4):300-310.

García, D., Chacón, E. y Almenares. (2016). Presentación clínica atípica del carcinoma epidermoide cutáneo. Rev CubMed Mil, 45(2): 215-220. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572016000200010&lng=es.

Herrera, R. (2015). *Nivel de conocimientos de la población de San Sebastián de la Gomera acerca del riesgo a la exposición solar* (Proyecto de Investigación). Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias de la Salud.

Linares, T M., Correa, Z., Ibarra, E J. y Bonet, M. (2014). Carcinoma de piel y factores ocupacionales de riesgo. Revista cubana de Salud y Trabajo, 15(1):50-61.Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol15_1_14/rst09114.htm1

Rojas, L., Paz, S., Batista, M. y Santana, J V. (2014). Comportamiento del cáncer de piel no melanoma en Puerto Padre. Revista *Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 39* (6).

Romero, AJ. (s.f). Asistencia clínica al adulto mayor. *Medisur* 2007 5(2): [aprox. 1 p.]. Recuperado de: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/278/3776.

Santana, A., Montesino, M., Jiménez, J., Gallardo, C., López, L. (2008). Caracterización del cáncer de piel facial, Pinar del Río 2007. *Rev Cienc Med Pinar Rio, 12*(2): [aprox. 1 p.]. Recuperado: 11 ene 2018.

Victoria, HO. (2011). *Algoritmo para la atención integral a pacientes con cáncer cutáneo no melanoma*. (Tesis doctoral inédita), Camagüey. Recuperado de:http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=380.

LA PROMOCIÓN DE SALUD SOBRE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA BÁSICA

THE PROMOTION OF HEALTH HAS MORE THAN ENOUGH SEXUALITY IN ADOLESCENTS OF JUNIOR HIGH SCHOOL

Tania Idalmis Pargas Acosta alistania@ltu.sld.cu

Maribel Alonso Reyes maribel.alonso@ltu.sld.cu

Guisel Maria Cutiño Pavón

RESUMEN

El presente trabajo trata de un estudio de intervención educativa sobre educación sexual del tipo antes-después realizada a los estudiantes de noveno grado de la Secundaria Básica Francisco Peña Peña, de Bartle, Las Tunas con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre la sexualidad en los adolescentes. La muestra la constituyeron 86 estudiantes. El dato primario se obtuvo aplicando un cuestionario validado por un estudio piloto. Se realizó una evaluación inicial del nivel de información y conocimiento sobre relaciones sexuales, infecciones de transmisión sexual, anticonceptivos y embarazo. Según necesidades de aprendizaje se aplicó la intervención. En el grupo de estudio predominó el sexo femenino, refieren haber obtenido conocimientos de educación sexual por vía de los amigos, así como la fuente de apoyo preferida en aspectos relacionados con la sexualidad. En la evaluación inicial predominaron los adolescentes con un bajo nivel de conocimiento general sobre aspectos relacionados con la sexualidad tales como: anticoncepción, uso correcto del condón, enfermedades de trasmisión sexual y los riesgos del embarazo en la adolescencia. La Intervención Educativa aplicada incrementó el nivel de información y conocimiento sobre sexualidad de los adolescentes.

PALABRAS CLAVES: educación sexual en adolescentes

ABSTRACT

The present work is before-later about a study of educational intervention on sexual education of the type carried out the students of ninth grade of the Basic Secondary Francisco Rock Rock, of Bartle, with the objective of elevating the level of knowledge about the sexuality in the adolescents. The sample constituted it 86 students. The primary fact was obtained applying a questionnaire validated by a study pilot. He/she was carried out an initial evaluation of the level of information and knowledge on sexual relationships, infections of sexual transmission, contraceptives and pregnancy. According to learning necessities the intervention was applied. In the study group the feminine sex prevailed, they refer to have obtained knowledge of sexual education by way of the friends, as well as the support source preferred in aspects related with the sexuality. In the initial evaluation the adolescents prevailed with a low level of general knowledge on aspects related with the such sexuality as: contraception, correct use of the condom, illnesses of sexual transmission and the risks of the pregnancy in the adolescence. The applied Educational Intervention increased the level of information and knowledge has more than enough the adolescents' sexuality.

KEY WORDS: sexual education in adolescents

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud la adolescencia ocurre entre los 10 y 19 años, considerándose temprana de 10 a 13 años, intermedia de 14 a 16 años y la adolescencia tardía de 17 a 19 años, para ambos sexos marca un tiempo lleno de cambios y elecciones para adaptarse más a su medio e ir comprendiendo su propio criterio, que implica un aprendizaje, porque crecer es aprender y aprender es cambiar hasta alcanzar la autonomía Peláez (2002)

Los cambios puberales que ocurren en este período, inducen el inicio de una intensa sexualidad y de sentimientos relacionados que generan ansiedad, disgustos y rechazo por parte de los adultos, temor, culpa o vergüenza en los jóvenes, llevándolos a ocultar su sentir, lo que dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada, favoreciendo a una actitud sexual temprana, embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual y de cáncer cervicouterino. OMS (2004)

Normalmente no se ofrece educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara en el hogar, la escuela y la comunidad; por lo tanto, la educación sexual que reciben viene a través de personas muchas veces desinformadas. La OMS y la ONU informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados Barcos I, Álvarez (2014)

No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado. Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que, en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar Martínez, Bonal, Valido, Velásquez (2016)

En Cuba los demógrafos han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad, y señalan que las mujeres están pariendo en edades cada vez más tempranas.

La experiencia en la práctica médica y docente, el diagnóstico efectuado, la revisión de otras investigaciones relacionadas con el tema, así como la observación sistemática, han permitido comprobar que existe desconocimiento en la mayoría de los estudiantes de la secundaria básica de Bartle pues carecen de la información necesaria sobre el tema que se aborda en la investigación, por lo que mantienen una conducta sexual riesgosa que favorece la incidencia de embarazos no deseados en este grupo etario, lo que demuestra que se hace imprescindible el desarrollo de programas educativos en aras de elevar el nivel de conocimiento de los jóvenes con el fin de evitar los embarazos en edades tempranas de la vida y la aparición de infecciones de transmisión sexual, así como todas las consecuencias que esto trae consigo.

Se definió, por todo esto, el problema de investigación: ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre sexualidad en los estudiantes de la Secundaria Básica Francisco Peña Peña de Bartle Las Tunas? Por lo que se realiza un programa de intervención educativa basado en las necesidades de aprendizaje sobre el nivel de conocimiento sobre sexualidad de estos estudiantes en el que se utilizaron los métodos activos y

participativos de educación para la salud y se tuvo en cuenta el carácter activo del sujeto,

El programa se realizó en cuatro etapas.

Primera etapa

Revisión de la bibliográfica sobre el tema de la sexualidad en la adolescencia en fuentes nacionales y extranjeras y en soporte impreso y digital.

Segunda etapa

Identificación de las necesidades de aprendizaje reales en la muestra mediante la aplicación de un cuestionario elaborado con ese fin fundamentado en la revisión bibliográfica realizada. Este instrumento se validó mediante un estudio previo en un grupo de adolescentes. Se ajustó el cuestionario diseñado y no fue necesario hacerle correcciones; se aplicó a todos los integrantes de la muestra, en un aula y sirvió después de guía para la confección del plan temático a impartir según las necesidades reales de aprendizaje.

Tercera etapa

Diseño e implementación de un grupo de acciones educativas sobre algunos aspectos de la sexualidad en la adolescencia como respuesta a las necesidades de aprendizaje detectadas en los temas de adolescencia y relaciones sexuales, anticoncepción en la adolescencia, riesgos del embarazo, el aborto en la adolescencia e infecciones de transmisión sexual. Estos temas se estructuraron en un ciclo de seis actividades de 45 min a 1 h y 30 min cada una, con frecuencia semanal. El programa educativo abordó diferentes aspectos de la sexualidad.

La sesión final, comprendió también una técnica de cierre o despedida, que concatenó la mayor parte de las vivencias y aprehensiones del grupo. Etapa Evaluativa.

Se aplicó nuevamente el cuestionario inicial, y se constató las modificaciones en el conocimiento con respecto al tema tratado, a través del procesamiento y la síntesis de los datos.

Variable independiente: El Programa de intervención educativa, entendido como un sistema sistemas de actividades educativas efectivas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población; debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal, basado en las concepciones teóricas actuales con respecto a los riesgos de una sexualidad desprotegida y la promoción de salud.

El programa de intervención educativa estuvo constituido por siete sesiones de trabajo, con 5 actividades cada una, en función de las necesidades educativas diagnosticadas, en ellas se realizó un conjunto de técnicas participativas que respondieron a los objetivos propuestos y al objetivo general de favorecer incremento del nivel de conocimientos acerca de la sexualidad que posee este grupo de adolescentes, en cada sesión se realizaron técnicas de presentación, desarrollo y cierre.

Cuarta etapa

En la última actividad de cada ciclo, después de realizadas las acciones educativas, se aplicó nuevamente el cuestionario inicial, para evaluar los conocimientos adquiridos y el grado de satisfacción alcanzado como indicador de aceptabilidad.

Las relaciones sexuales ligadas a la edad y sexo como factor de riesgo

Es sobresaliente la tendencia a comenzar cada vez en edades más tempranas las relaciones sexuales. En los Estados Unidos las mujeres adolescentes han tenido relaciones sexuales en el 56 % de esta población, mientras en los varones la cifra corresponde a un 73 %, Meyer (2005) otros autores plantean que es más frecuente el sexo femenino en cualquier población hasta los 50 años, en este estudio predominó el sexo femenino con un 41.86% lo que muestra que esta población se comportó de forma similar al resto del país e incluso del mundo. Observando el desarrollo en el mundo de la adolescencia vemos que en general las relaciones sexuales son precoces según el desenvolvimiento de la sexualidad y en la mayoría de los casos sin tener la madurez necesaria para asumir una sexualidad responsable.

Algunos autores señalan que el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad, llegando hasta el 66 % de adolescentes no casadas con experiencias sexuales antes de los 19 años. Otros plantean que la edad de inicio de las relaciones sexuales es alrededor de los 15 años y las causas argumentadas para el inicio temprano de las mismas son, entre otras, la precocidad del desarrollo sexual, la pobre educación sexual en cuanto a salud sexual y reproductiva que poseen por diferentes causas, así como otras características educacionales, religiosas, sociales, culturales, económicas y psicológicas Fonseca (2013)

Otros estudios relacionados plantean que si una madre era joven en su primera relación sexual, es más probable que los hijos y las hijas tengan sexo antes de los 14 años, por ser parcialmente hereditarios los niveles de la hormona y la sincronización de la pubertad, que pueden afectar comportamiento sexual, el inicio temprano del desarrollo puberal es un factor determinante para la cópula temprana, que coincidentemente está ligado al uso irresponsable de anticonceptivo. Flores y col (2005), nuestra investigación concuerda con lo anteriormente planteado, donde las primeras relaciones sexuales se realizaron en el período de la adolescencia temprana y con mayor frecuencia en el sexo femenino.

Siempre la mujer es más adelantada que el hombre ante las relaciones sexuales. En ello influyen principalmente factores como la participación en conjunto de hembras y varones en actividades sociales, incluidas las escolares; igualmente, el abandono de concepciones religiosas y las nuevas ideas y libertades de la mujer que la ponen en igualdad con el hombre y así aumentan las posibilidades de satisfacer los impulsos eróticos, sin haber la suficiente preparación y responsabilidad que esto requiere, principalmente en los adolescentes.

Vías de información en los adolescentes sobre educación sexual

Las vías por la que refieren los adolescentes haber obtenido conocimientos de educación sexual a través de la escuela es muy poca, a pesar de que transcurre en

ésta la mayor parte de su tiempo y es por eso que coincidimos con otros autores como García (2007) que señalan la necesidad de que los distintos factores sociales que participen en el proceso de instrucción y educación de las nuevas generaciones, reconsideren en qué medida pueden hacer llegar oportunamente la información que les permita a los jóvenes regular y auto dirigir las manifestaciones de su sexualidad.

Apreciamos además que el papel de la familia es pobre, cuando debía tomar mayor participación en la educación sexual de estos jóvenes, puesto que es en el seno de ésta donde se adquieren los valores fundamentales que han de regir la conducta del individuo, seguida por la escuela en orden de importancia Bond, Aportfolio EF(2012). Nuestros resultados coinciden con la bibliografía, y pensamos se deba a que estos adolescentes pertenecen a un área sud urbano y rural donde sus familias son de bajo nivel sociocultural, en los hogares de estos adolescentes persisten tabúes y prejuicios alrededor del tema de la sexualidad y los padres no se encuentran preparados para trasmitir a los hijos ninguna información. Hablar acerca de prácticas sexuales seguras resultó ser para muchos algo escuchado por primera vez, algunos, hasta mostraron rechazo por no considerarlo sexo. Esta reacción, como es lógico, entorpece el proceso de aprendizaje, elemento que también se destaca por otros autores.Fauci (2010)

Diferentes trabajos consultados Durán CM y col. (2006) muestran que la generalidad de los adolescentes tiene poca instrucción sobre la sexualidad. Es importante considerar que existía desconocimiento sobre Educación Sexual, sin embargo, se ha demostrado que después de una intervención educativa donde se empleen técnicas participativas de aprendizaje y medios de enseñanza apropiados, tal y como se aplicaron en este estudio,es posible modificar los conocimientos y llevarlos a un escalón superior.

Al estudiar los conocimientos que sobre Educación Sexual tenían los adolescentes fue necesario investigar acerca de los Métodos Anticonceptivos, por la importancia que guardan en la Salud Reproductiva, lo que implica que las personas puedan llevar una vida sexual segura y satisfactoria y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir al respecto, cuándo y con qué frecuencia. En el caso de los adolescentes y jóvenes es necesario que entiendan que el uso de los Métodos de Planificación Familiar o Métodos Anticonceptivos han contribuido a que mujeres en todo el mundo eviten 400 millones de embarazos no deseados. Además, muchos de estos métodos reportan beneficios para la salud; por ejemplo, los condones evitan la transmisión sexual de varias enfermedades entre ellas el VIH-SIDA, Gallegos y col. (2008).

En nuestro estudio predominaron los adolescentes con bajo nivel de conocimiento acerca de los Métodos Anticonceptivos, resultados que guardan relación con la complejidad del tema y a que se ha comprobado que los adolescentes reciben mayor información sobre otros temas de Educación Sexual como son el embarazo y sus consecuencias, así como las relaciones sexuales precoces. Son precisamente los adolescentes tardíos los que buscan orientación sobre métodos anticonceptivos y acuden al médico o al ginecólogo esta puede ser la razón por la que en nuestro estudio, adolescentes de la etapa temprana presentaran desconocimiento sobre este tema. Después de la intervención educativa se elevó el nivel de conocimiento, pero es necesario señalar que el 3.49 % de nuestros adolescentes aun presentan necesidades de aprendizaje sobre este tema.

Métodos anticonceptivos utilizados por los adolescentes y su relación con las infecciones de transmisión sexual

Los resultados del estudio mostraron efectividad de la intervención en las intenciones de los adolescentes de usar condón y anticonceptivos, según se desprende de las diferencias en puntajes en esta escala a favor del grupo experimental. De acuerdo con Ajzen (2011), las intenciones son predictores confiables de las conductas, por lo cual es probable que los adolescentes usen condones y anticonceptivos si deciden tener relaciones sexuales. Esta decisión fue independiente de la edad, el sexo y la inclinación a complacer a quienes les cuestionan.

Es pertinente señalar que a pesar de que el número de adolescentes que manifestó haber tenido relaciones sexuales fue alto, la proporción que usa condón y más aún, que lo use consistentemente y correctamente, es mínima solo el 5.82%, confirmando el alto riesgo de contraer ITS y producir embarazos no planeados. Hallazgo que concuerda con lo reportado por Villaseñor-Sierra A, y col (2013) que han indagado sobre este tema. Una vez aplicada la intervención educativa se modificaron los conocimientos. Estos datos confirman la importancia de ofrecer programas como el presente, a jóvenes que adolecen de conocimiento y habilidades críticas para enfrentar una sexualidad segura sin riesgos de infecciones y embarazo al inicio de su vida sexual.

Al reflejar los conocimientos que sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, tenían nuestros adolescentes, antes y después de la Intervención Educativa, nos percatamos que nuestros adolescentes presentaban déficit de conocimientos en algunos de los aspectos evaluados relacionado con la pobre preparación mostrada. Después de la intervención mostraron una buena captación de los conocimientos impartidos. Pensamos que nuestros resultados guardan relación con las dificultades manifiestas de los adolescentes para solicitar información sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), en su mayoría se avergüenzan al hablar sobre el tema ya sea con sus profesores, familiares, amigos, e incluso con su pareja sexual. Esto se debe a la pobre información sobre educación sexual que le hemos brindado a nuestros niños y adolescentes, por lo que los educadores y comunicadores son los máximos responsables de modificar esta situación, teniendo la posibilidad en sus manos de contribuir al disfrute de una sexualidad plena, sana y feliz de los que serán las mujeres y hombres del mañana.

Después de aplicada la intervención estos datos se modificaron notablemente pues el 95.34% de los adolescentes elevaron sus conocimientos en este tema, esto coincide con estudios previos realizados por ejemplo Pérez y Bravo (2010) realizaron un estudio con una muestra de adolescentes atendidos en dos consultorios del médico de la familia, encontrando que 59 de ellos no tenían adecuada educación sexual, después de incorporados al círculo de adolescentes esta situación se modificó considerablemente, lo que evidencia la utilidad de las técnicas grupales, ya que el proceso de adquisición de conocimiento, se relaciona con procesos correctores y da cuenta de un imaginario grupal en dicho proceso que apunta a la transformación, el crecimiento y el protagonismo de los sujetos de grupo.

No obstante, queremos señalar que, aun así, existen puntos oscuros demostrados en nuestro estudio, en los cuales hay que insistir, si tenemos en cuenta que los

adolescentes con frecuencia muestran desconocimiento y prácticas de conductas riesgosas en sus relaciones sexuales que los exponen a una mayor posibilidad de contagio.

El embarazo en la adolescencia como problema de salud reproductiva en los adolescentes

Al evaluar los conocimientos acerca del Embarazo en la Adolescencia y sus riesgos, apreciamos de manera general el desconocimiento de los adolescentes en relación a los aspectos explorados antes de la intervención. Estos resultados son realmente alarmantes ya que era evidente que ignoraban que el embarazo y la maternidad tempranas limitan o impiden las oportunidades de estudio, el éxito educativo, la salud de la adolescente embarazada, comprometen la capacidad económica para su subsistencia propia y la de sus hijos y se trunca o interrumpe el proyecto de vida, además desconocen que es el embarazo en la adolescencia uno de los factores de riesgo más importantes de bajo peso al nacer y de parto pretérmino, que los niños que nacen con menor peso o con menor tiempo del establecido para el embarazo (es decir 40 semanas) pueden sufrir desde retraso mental hasta enfermedades respiratorias crónicas, lo cual dificulta su posterior desarrollo, limitando también de forma permanente el futuro de la joven madre

A pesar de ello, en este estudio, muy pocos identificaron algunos de estos eventos, descritos en el cuestionario, como riesgos y consecuencias del embarazo en esta etapa de la vida. Ninguno, en particular, identificó el parto por cesárea como uno de ellos ya que muchas adolescentes pensaban que les era imposible el parto fisiológico dada las características poco desarrolladas de su cuerpo. Otros autores, Morejón, Díaz (2014) también reflejan en sus estudios resultados similares. Finalmente se concluye que las necesidades de aprendizaje de los adolescentes estudiados se centran en aspectos generales de la sexualidad, el inicio precoz de las relaciones sexuales y sus riesgos. Las acciones educativas que se realizaron lograron elevar el nivel de conocimientos en la mayoría del grupo estudiado y se obtuvo un alto grado de satisfacción con las acciones ejecutadas.

REFERENCIAS

Ajzen, I. (2011). *The theory of planned behavior*. OBHDP 50:179-211

Barcos, I., Álvarez, R. (2014). *Atención al adolescente. Temas de Medicina General Integral*, parte X, capitulo 50, Volumen II. La Habana, Editorial Ciencias Médicas

Bond, LS (2012). *AIDS/STD Behaviour interventions and research*. USA: Pan American Health organization: pp.30-34.

Durán, M. y Col. (2006). *Sexualidad en la adolescencia. Intervención educativa. Policlínico Universitario*. Hermanos Martínez Tamayo. Baracoa-Guantánamo.

Fauci, AS (2010). *The AIDS epidemia: Consideration for the 21 st century*. N Engl J Med;341: pp.1046-49.)

Fonseca, APF. (2013). *Sexualidade*. In: Coutinho MFG, Barros RR. Adolescência: uma abordagem prática. São Paulo: Atheneup. 231-36.

Flores, H. y col. (2005). *Mitos, conocimientos, prácticas y opiniones sobre sexualidad humana en adolescentes panameños*. Panamá: s.n. p. 80.

García, R., Brea, A. (2007). Concepciones y comportamiento sexual de adolescentes atendidos por el médico de familia. *Rev Cubana Med Gen Integral*.

Gallegos, EC. y col. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. Salud Publica Mex; pp.50:59-66.

Haffner DW (2010). Facing Facts: Sexual health for American's adolescents. National Commission on adolescent sexual health. Sexuality information and education council on the United States (SIEGUS). American College of Obstetrician and Gynecologists. *Practice Bulletin 18*.

Pérez, C., Bravo, C. (2010). ¿Qué le ofrecemos al público infantil?. Revista *Sexología y sociedad* (16), pp. 9-13.

Martínez, O., Bonal, A., Valido, J., Velásquez, G. (2016). Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. (Spanish). *Revista Cubana De Medicina General Integral 19*(6), pp. 1-10. Availablefrom: Medic Latina

Meyer, J. (2015). Responsabilidad ante la sexualidad en los adolescentes. Journal *Med Chil Obst Ginecol Infant Adolescent 10* (7):63-89.

Morejón, GM., Díaz, AG.(2014). *Enfermedades de Transmisión Sexual. En: Álvarez Sintes R. Temas de Medicina General Integral*,. La Habana, Editorial Ciencias Médicas;

OMS (2004). Adolescencia. Taller de capacitación. Ciudad Habana; 2004.

Peláez, J. (2002). Adolescentes embarazadas. Revista *Sexología y Sociedad 1*(2), pp. 2-3.

Villaseñor-Sierra, A., Caballero-Hoyos, R., Hidalgo-San Martín, A. (2013). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. Revista *Salud Publica Mex 45*(1), pp. S73-S80.

LA PROMOCIÓN DE SALUD SOBRE CÁNCER CERVICOUTERINO

THE PROMOTION OF HEALTH ABOUT CERVICOUTERINE CANCER

Tania Idalmis Pargas Acosta alistania@ltu.sld.cu
Maribel Alonso Reyes maribel.alonso@ltu.sld.cu
Mirian Cruz Hernández mirian73@ltu.sld.cu

RESUMEN

El presente trabajo trata de una intervención educativa sobre prevención del cáncer cervicouterino, a las mujeres en edad fértil pertenecientes al Consultorio No. 36, del Policlínico Integral Docente “Manuel Fajardo Rivero”, durante el período comprendido entre ENERO 2017 – enero 2019. El universo estuvo formado por la población femenina entre 12 y 60 años, (117) pertenecientes al CMF, del área de salud del policlínico. La muestra de estudio se caracterizó en cuanto a los principales factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. Se aplicó una encuesta estructurada donde se determinaron los conocimientos que poseían las pacientes. Se aplicó la estrategia educativa para disminuir los factores de riesgo, con el empleo de técnicas educativas.

PALABRAS CLAVES: cáncer cérvico uterino, programa educativo, promoción de salud.

ABSTRACT

The present work is before-later about a study of educational intervention about cervicouterine cancer in patients in fertile age who live in the area of health house 36 of the Manuel Fajardo Rivero, during the period between September- 2017 and January - 2019. The universe was constituting with female population of the health house 36 of this area. The sample of studio was analysed in relation whit the risk factors. We applied a test with the objective of made a evaluation of knowledge about the risk factors of this severe illness. A educative estrategy was aplied. whith the objective of elevating the level of knowledge about the risk factors of this severe illnes. The sample constituted it 117 womans in fertile age. The primary fact was obtained applying a questionnaire validated by a study pilot. According to learning necessities the intervention was applied. In the study group the age between 25-29 prevailed. The applied Educational Intervention increased the level of information and knowledge about cervicouterine cancer and the risk factor of this illness. Was carried out an initial evaluation of the level of information and knowledge on risk factors of cervicouterine cancer.

KEY WORDS: cervicouterine cancer, educative program, healt promotion

INTRODUCCIÓN

La neoplasia intracervical o cáncer cervicouterino (CCU) es una neoplasia maligna que se caracteriza por una marcada atipia celular, con alteraciones de la relación núcleo citoplasma, pleomorfismo, anaplasia, crecimiento celular desordenado y autónomo, así como invasión del tejido subyacente y la producción de metástasis a distancia.

La incidencia de este tipo de cáncer a nivel mundial se comporta es el segundo cáncer más común en las mujeres, solo sobrepasado por el cáncer de mama; además, se calcula que cada año ocurren 500.000 casos nuevos y 274.000 muertes, de los cuales el 83 % se presentan en países subdesarrollados. En el mundo, es un problema de

salud pública, por su alta incidencia y los efectos devastadores sobre la salud de la mujer y la familia, según Rigol (2014)

En nuestro país existe una infraestructura sólida que permite la realización del examen de papanicolau a cada mujer en el programa, el mismo, brinda cobertura a todas las mujeres comprendidas entre los 25 y 65 años de edad, este tipo de cáncer se sitúa en el cuarto lugar en incidencia y en el quinto en mortalidad, entre los tipos de cáncer más frecuentes en el sexo femenino. MINSAP (2013)

Las lesiones pueden evolucionar desde la infección por el virus del papiloma humano (VPH) tipos 16 y 187 (condición necesaria, pero no suficiente), pasar por neoplasia intraepitelial cervical 1 (según la clasificación de Richart), neoplasia intraepitelial cervical 2 y 3 y el carcinoma in situ (estas últimas consideradas ahora como lesiones de alto grado de malignidad en la citología según criterios de Bethesda y que se clasifican así actualmente en Cuba según Castro (2015), hasta llegar al cáncer invasor del cuello uterino o puede haber lesiones de las células glandulares y entonces llegar hasta un adenocarcinoma. OMS (2009)

La búsqueda de marcadores virales que anticipen en años la aparición de la enfermedad se ha hecho una costumbre en los países desarrollados, los cuales muestran tendencias a gran cantidad de estudios epidemiológicos, moleculares y experimentales realizados en la búsqueda de asociaciones causales ha demostrado que el VPH es el principal agente etiológico del CCU. OPS (2012). En adolescentes sexualmente activas son comunes las lesiones por VPH y pueden progresar a lesiones de mayor severidad, pero usualmente regresan espontáneamente dentro de los dos años siguientes a la infección. El cáncer invasor es raro en menores de 21 años, aunque las displasias no son infrecuentes. Sin embargo, el tratamiento de esas lesiones mediante excisión o ablación en mujeres en edad de procreación puede aumentar el riesgo de efectos adversos en embarazos subsiguientes, de acuerdo a Bou-Lobaina (2015)

Existe una relación estrecha entre la aparición de las lesiones y la etiología infecciosa, un importante efecto ha sido observado en mujeres que refirieron tener múltiples parejas sexuales y mostraron que tenían un exceso de riesgo dos y hasta 10 veces mayor cuando se identificaba un mayor número de parejas (más de 10 parejas). El inicio de la vida sexual antes de los 18 años se asoció con un exceso de riesgo que es entre 1.5 y 5 veces mayor y no mostró una relación lineal; de manera correlacionada, el primer embarazo en menores de esa edad presenta un impacto similar en el riesgo. Asimismo, los embarazos múltiples (más de tres) elevan significativamente el riesgo, aun después de ajustar por otros parámetros sexuales, en consonancia con Castillo (2015)

En nuestro país , se utiliza como arma para el pesquizaje la citología orgánica o prueba de Papanicolaou, existe un programa masivo de pesquizaje (PDPCCU) desde 1968, actualizado en el 2001, y que se revisa constantemente, los programas basados en esta técnica han contribuido a reducir la incidencia y mortalidad del cáncer del cuello uterino. Sin embargo, continúan detectándose mujeres con cáncer invasor del cuello uterino y muriendo mujeres, inclusive en edades productivas de la vida, según Gutiérrez (2014)

Por lo que se realizó un diagnóstico situacional participativo en el que se identificó como problema que las mujeres de esta comunidad no muestran interés en la prevención del cáncer cérvico-uterino; lo que pudiera estar determinado por la falta de percepción de riesgo sobre el tema, motivando la realización de una intervención comunitaria para la prevención del cáncer cérvico-uterino en mujeres de esta área de salud orientada a difundir información relevante y generar conciencia en la población acerca de la importancia de la prevención y detección oportuna.

En la génesis del cáncer del cuello uterino intervienen un grupo de factores entre los cuales la promiscuidad juega un papel protagónico, es por eso que la mayoría de los investigadores están de acuerdo en considerarlo como una enfermedad de transmisión sexual, pues atribuyen, una relación directa entre la mayor o menor incidencia de este tipo de cáncer y la conducta sexual de los diferentes grupos humanos.

Principales factores de riesgo

En la conducta sexual hay elementos que pueden considerarse principales, como:

- Inicio precoz de las relaciones sexuales.
- Múltiples compañeros sexuales.
- Compañero sexual promiscuo.
- Alta incidencia de enfermedades de trasmisión sexual.
- La multiparidad.

El inicio de las relaciones sexuales precozmente, antes de los 20 años, y de manera marcada las que comienzan antes de los 18 años de edad, hace que aumente la probabilidad de padecer de cáncer cervicouterino, cuando se comparan estas mujeres con las que comienzan después de los 20 años.

Y por su parte las mujeres que nunca se han realizado la citología cervical, que hayan iniciado vida sexual, que se encuentren en el grupo de edad de 25 a 64 años, principalmente las de 35 a 64 años, deben practicarse el estudio de tamizaje de Papanicolaou anualmente; sin embargo, se puede practicar si ya se ha iniciado vida sexual, independientemente de la edad. Rigol (2014) Asimismo, cuanto más compañero sexual tenga una mujer, más probabilidades tendrá de padecer cáncer del cuello. Si el compañero sexual, por su parte, es promiscuo, la probabilidad es aún mayor.

Los oncovirus, son infecciones de transmisión sexual entre las que se destaca la infección por el papiloma viral humano (HPV) se considera la causa principal de las lesiones cervicales, el mismo aumenta la probabilidad de padecer cáncer del cuello. Actualmente se cree que ciertos tipos de HPV son el factor etiológico central en la aparición del cáncer del cuello del útero y de sus lesiones precursoras, dado que en el mundo entero este tipo de cáncer es el más común en la mujer, con excepción del cáncer de mama.

De acuerdo con los sitios anatómicos establecidos mundialmente por el comité internacional contra el cáncer (VICC). El cáncer de cuello de útero es uno de los más comunes en la mujer; su mayor incidencia ocurre entre la cuarta y quinta décadas de la vida, y existen en su origen factores de riesgo que favorecen la iniciación del mismo,

tales como: las relaciones sexuales antes de los dieciocho años, el hábito de fumar, varias parejas sexuales y la falta de protección sexual. Se ha demostrado que el virus del papiloma humano (HPV) constituye un factor causal importante, y que participa en la iniciación y progresión de la enfermedad; existen más de 100 subtipos virales de HPV, pero el 16 y el 18 provocan el 70 % del cáncer cervical. MINSAP (2013)

El cáncer de cuello es uno de los pocos que presenta una etapa premaligna bien definida, llamada displasia, que va desde leve(I) a moderada(II) y severa(III); si estas son tratadas adecuadamente, puede evitarse el mismo. Además, existen pruebas sencillas para su detección precoz, como la prueba citológica vaginal, de bajo costo y alta eficacia.

Desde el punto de vista histológico, existen dos subtipos fundamentales: el carcinoma de células escamosas (epidermoide), con un 80-85 %, que se origina en el epitelio del exocérvix, y el adenocarcinoma (15-20 %), que se inicia en las glándulas del canal endocervica, de acuerdo a los estudios de Heredia (2017)

Diagnóstico del cáncer cervicouterino

Para establecer el diagnóstico, se procede de diferentes formas: prueba citológica positiva, con colposcopia y toma de biopsia dirigida a zonas sospechosas del cérvix, conización del mismo en citodiagnóstico positivo sin zonas sospechosas, y biopsia por ponchamiento en las lesiones visibles a la inspección, en consulta. Una vez confirmado el diagnóstico mediante los procedimientos mencionados, se realizan exámenes complementarios para precisar el estadiamiento: hemograma, creatinina, radiografía de tórax, ultrasonido abdominal y ginecológico, cistoscopia, para lograr establecer las etapas clínicas (I, II, III, IV) según criterios internacionales adoptados por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). La diseminación del tumor ocurre a través de los vasos linfáticos paracervicales, hasta el parámetro, los ganglios pélvicos y paraórticos. Esta vía, denominada linfática, es la principal; existe otra, que es por invasión directa a la vagina, vejiga, recto, y una tercera, poco frecuente, que es a distancia y por vía hematógena, a pulmón, huesos, hígado, entre otros, como lo evidencia los estudios de Rigol (2014)

En su primera fase, el cáncer cervical no presenta síntomas, por lo que a menudo éste no es detectado hasta que se halla en fases avanzadas de la enfermedad. Cuando el cáncer comienza a invadir, destruye vasos sanguíneos que irrigan el Cérvix. Esto suele manifestarse en pequeñas pérdidas entre los períodos menstruales, después de las relaciones sexuales o después de instalada la menopausia. Descargas vaginales acuosas, rosadas, amarronadas, con hilos de sangre y mal olor también son indicativos a tener en cuenta. Se indica como principales síntomas a:

•Hemorragia anormal

•Aumento de flujo vaginal

•Dolor en el pubis

•Dolor durante el coito.

Se menciona además que un cáncer cervical incipiente rara vez causa síntomas, de modo que la prueba de Papanicolaou es esencial. Sin embargo, cualquier hemorragia o

flujo anormal de la vagina necesita inmediata investigación médica. Si la enfermedad ha avanzado, puede presentarse falta de apetito, pérdida de peso, fatiga, dolor de espalda o de piernas, en consonancia con Rigol (2014)

Tratamiento del cáncer cervicouterino

El tratamiento de esta enfermedad es la intervención quirúrgica para las etapas tempranas y bien identificadas (hasta Ib1), y la radioterapia, que es el de elección para todas las etapas. Esta última modalidad se divide en: radiaciones externas (tele terapia) y radiaciones internas (braquiterapia); en las últimas décadas, se ha asociado a estas la quimioterapia concurrente con platino, con muy buenos resultados. Existen también factores pronósticos de gran importancia, como: la cifra de hemoglobina al momento del diagnóstico (por encima de 10 g %), tamaño tumoral (menor de 4 cm), mujer joven, variedad histológica (epidermoide bien diferenciado), que predicen mejores comportamiento y resultados en la supervivencia.

Los datos aportados por la investigación epidemiológica y los estudios realizados en el campo de la medicina conductual, han posibilitado el desarrollo de una visión más amplia sobre los problemas de salud, y para el caso específico de las neoplasias, la identificación de factores diversos que se asocian al origen, desarrollo, remisión o exacerbación de tales padecimiento, según Andres (2017)

En la actualidad se reconoce que el cáncer es una enfermedad multideterminada, producto de la concurrencia de factores de carácter biológico, psicológico y sociocultural, los cuales se comportan de manera específica en cada individuo resultando en algún tipo particular de cáncer.

Este incremento pudiera estar generado por múltiples factores propios del contexto socio – económico y cultural del Municipio Las Tunas; entre ellos, se cita el desarrollo social y las condiciones de estrés, factor que favorece la aparición de la menarquia cada vez más temprano en las adolescentes, lo cual unido al inicio precoz de las relaciones sexuales desprotegidas de las adolescentes, más la influencia del Ph del semen masculino conseguirá modificaciones o generar alteraciones celulares del cerviz uterino, las cuales se traducen en cambios histológicos que van desde la displasia hasta la neoplasia. También, los cambios de pareja frecuente a esta edad, con relaciones sexuales desprotegidas, aceleran las modificaciones cervicales referidas.

Prevención del cáncer cervicouterino

Como ya se mencionó, el cáncer cérvicouterino es fácilmente prevenible por lo que la Promoción de las medidas preventivas es la base para reducir su incidencia. Algunas acciones pueden ser:

1. Promover las relaciones sexuales con el uso del condón.
2. Informar a las mujeres que fuman y cuyo resultado del papanicolaou reporta presencia de VPH, del incremento de la probabilidad de que la lesión intraepitelial progrese a cáncer.
3. Promover la toma de citología a toda mujer que utiliza métodos anticonceptivos orales.
4. Las mujeres con más de tres embarazos de término.

5. Dar tratamiento y realizar seguimiento a las mujeres con coinfección de VPH y otras infecciones de trasmisión sexual como Chlamydia trachomatis o virus-2 de herpes simple (HSV-2)

En la Atención Primaria de Salud, los protocolos aprobados establecen:

- Si dos estudios consecutivos resultan negativos para lesiones intraepiteliales del cuello uterino o para infección por VPH, entonces el Papanicolaou debe realizarse cada tres años
- Si la mujer suspende los estudios de detección por más de tres años consecutivos, debe reiniciar el esquema de pruebas durante dos años consecutivos nuevamente, de manera que se garantice la ausencia de lesión en el epitelio en dos citologías anuales consecutivas.
- Las mujeres con lesiones de bajo grado deberán realizarse exámenes con mayor frecuencia, de acuerdo a las indicaciones médicas. Gutiérrez (2014)

Algunos artículos informan que tener algún familiar en primer grado (hermana, madre o hija) con cáncer de cuello uterino se relaciona positivamente con neoplasias intraepiteliales cervicales, pero el tema aún se discute por falta de consistencia de los resultados al comparar diferentes poblaciones étnicas. Se ha demostrado que la infección por el papiloma virus humano (VPH) es la causa necesaria, pero no la única suficiente, del cáncer cervicouterino.

Intervención educativa para incrementar el nivel de conocimiento de los factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino en la población femenina.

Objetivo:

Incrementar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer de cuello en mujeres en edad fértil.

Al término de nuestro estudio encontramos que de una población femenina 730, se selecionaron 117 que estuvieron incluidas en nuestra muestra de trabajodeEn nuestro estudio el total de la población femenina fue de (623) y la muestra fue de (275) mujeres, la reducción inicial de ese número se logró excluyendo las mujeres con histerectomía total por patología benigna, menores de 25 años y mayores de 60 por estar todas fuera del programa de citología

Encontramos que el mayor número estaba en el grupo etario entre 31 y 39 años, siendo esta una edad muy frecuente en la aparición de las lesione, sobre todo de 35 a 55 años, es a esta edad que con mayor frecuencia se contrae un cáncer del cuello uterino precedido durante meses o años una lesión pre -maligna in situ que podría ser detectado y tratado oportunamente para evitar el desarrollo del cáncer invasor o metastásico. La causa de la aparición del cáncer del cuello uterino es objeto de estudio por más de 150 años. La etiología es aún desconocida, aunque se asocia a varios factores de riesgo, de acuerdo con los estudios de Rigol (2014)

Los resultados de las encuestas realizadas arrojaron que de un total de 117 mujeres 46 de ellas comenzaron a tener sus relaciones sexuales antes de los 15 años y 7 de ellas antes de los 13, siendo este un tema sensible al realizar el interrogatorio. El bajo nivel de conocimientos para la prevención de este tipo de cáncer predominó en el 87 % de la

muestra. Se identificó desconocimiento sobre el virus del papiloma humano como agente causal de esta morbilidad, y pobre conocimiento sobre cómo prevenirlo, en consonancia con Gutiérrez (2014)

En Cuba existe un predominio de NIC en mujeres con antecedentes de haber iniciado relaciones sexuales tempranas. El período de metaplasia escamosa que existe en el cuello uterino de la adolescente es el momento crítico para la transformación celular, desarrollando así la neoplasia cervical. Se ha demostrado que en ese período las células metaplásicas jóvenes presentan propiedades fagocíticos cerca de la unión escamosocolumnar. Aquellas mujeres que inician la actividad sexual a edad temprana cuando el proceso metaplásico es más activo, presentarán una mayor probabilidad de introducir el virus en sus células metaplásicas y activar la transformación de las células.

Las relaciones sexuales al iniciarse precozmente crean una desventaja notable en aparato reproductor femenino. El inicio del primer coito antes de los 20 años es abordado en la literatura mundial desde el punto de vista epidemiológico y existe un consenso general a que estas relaciones en edades tempranas predisponen a lesiones cervicales. Bou-Lobaina (2015) Todo ello es producto a la migración celular que se produce desde la unión escamo columnar hacia el endocérvix mediante un proceso de entaplasia, en este proceso el epitelio cilíndrico es remplazado por el epitelio plano estratificado, da origen a la forma de transformación donde se localiza la mayor parte de las neoplasias del cuello uterino.

Esto coincide con otras investigaciones que encontraron su mayor incidencia en mujeres con relaciones precoces. Otros estudios realizados en Brasil y Dinamarca obtienen iguales resultados donde plantean que la edad temprana de las relaciones sexuales es un importante factor de riesgo en el cáncer cervicouterino· OMS (2013)

En relación con el comportamiento de la promiscuidad , se establecieron formas seguras de encuestar por los sensible que resulta el tema para la mujer, y más aún en una sociedad machista que censura el cambio frecuente de pareja, predominaron las mujeres con un numero de compañeros sexuales entre 1-5 con un 70 %, seguidos del grupo de cinco y más parejas con un 16 %,, en la bibliografía revisada existe un consenso de que al aumentar el aumento del número de parejas sexuales aumenta el riesgo de esta enfermedad, por lo que constituye un factor de riesgo en la aparición de lesiones pre- maligna y malignas del cuello, autores revisados lo han considerado como factor primario en la aparición de esta enfermedad y también hacen referencia a la promiscuidad a aquellas pacientes que tienen parejas sexuales numerosas o se habla de una pareja masculina con muchas parejas sexuales haciendo referencia a su papel como posible transmisión de un agente etiológico. OPS (2012).

En relación con el número de partos se ha demostrado que la neoplasia cervical aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso, por lo que es posible considerar el parto vaginal como un factor de riesgos del cáncer del cuello del útero, este aspecto debe relacionarse con el número elevado de abortos donde el útero está sometido a instrumentaciones y traumatismo. OMS (2009)

CONCLUSIONES

La estrategia educativa para disminuir los factores de riesgo del cáncer cervicouterino con el empleo de técnicas de promoción de salud permitió modificar el nivel cognitivo que tenían las mujeres para minimizar la incidencia de esta enfermedad.

REFERENCIAS

Andrés, M.-P., Henry, M.-O., Cesar, R.-B., James, M.-M., y Cesar, M.-P. (2017). Caracterización Sociodemográfica Y Estudio De Tamizaje De Cáncer Cérvico Uterino en Un Centro De Salud Universitario en Popayán Cauca Durante El Año 2015. *CIMEL*, *22*(2), 8–13. https://doi.org/10.23961/cimel.2017.222.774

Bou-Lobaina, Y., Gámez, Y., Blanco, L. C., Quiala, E. y Sánchez, Y. (2015). Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. Capacitación en adolescentes de un policlínico universitario. *Revista Información Científica*, *92*(4), 787–798. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126212623&lang=es&site=ehost-live

Castillo-Ávila, I. Y., Canencia-Padilla, J., Zurbarán-Lamadrid, M., Pertuz-Cantillo, D., Montes-Padilla, M., y Jiménez-Chacón, E. (2015). Calidad De Vida en Mujeres Con Cáncer Cérvico-Uterino, Cartagena (Colombia), 2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia*, *66*(1), 22–31. https://doi.org/10.18597/rcog.4

Castro, Y., Falcón, M., Valdés, K., Díaz, C., y Martínez Martínez, T. G. (2015). Estrategia de intervención sobre la percepción de factores epidemiológicos del cáncer cervicouterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *41*(3), 266–274. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=118551015&lang=es&site=ehost-live

Gutiérrez-Enríquez, S. O., Gaytán-Hernández, D., Zamarripa-Leyva, J. M., & Terán-Figueroa, Y. (2014). Desempeño del personal de salud en la toma de las citologías cervicales: conocimientos teóricos y ejecución práctica. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, *82*(5), 296–306. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=95887112&lang=es&site=ehost-live

Heredia Ruiz, D., Herrera Martínez, M., Fernández Caraballo, D., & López Ocampo, L. G. (2017). Asociación entre polimorfismos de Glutation s-transferasa y cáncer cérvico uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *43*(3), 163–172. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=128553485&lang=es&site=ehost-live

MINSAP (2013). Anuario estadístico de salud ministerio de salud pública. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. http://www.bvs.sld.cu

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012). Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cérvicouterino. 3ra ed. PAHT-OPS Internacional Agency forresearchon. Cancer. Neoplasia maligna de cuello uterino. Tasas anuales promedio de mortalidad especifica por edad por 100000 personas en la región de las Américas. Globocan, IARC.

OMS (2009). Informe de la OMS sobre la situación del cáncer cérvicouterino en América Latina. Disponible en: http://www.who.int/immunization/documents/WER_report_HPV_Spanish.pdf

Rigol, O. (2014). *Obstetricia y Ginecología*. Editorial Ciencias Médicas Cuba. P: 217-241.

CORRELACIÓN CLÍNICO-IMAGENOLÓGICA Y ANATOMOPATOLÓGICA EN PACIENTES CON NÓDULOS DE TIROIDES MENORES DE 1CM

CLINICAL CORRELATION -IMAGENOLOGY AND PATHOLOGY OF THYROID NODULES SMALLER THAN 1CM

Tatiana González González.
Amis Mulet Duarte
Alfredo Salvador Valles Gamboa

RESUMEN

Se realizó una investigación longitudinal prospectiva para determinar la correlación clínico-imagenológica y anatomopatológica de los nódulos de tiroides menores de 1cm en el Hospital "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" de Las Tunas de enero 2016 a diciembre de 2017. La población fue de 69 pacientes, siendo más frecuentes en el sexo femenino con una media de edad de 46 años y prevaleciendo los pacientes asintomáticos. En cuanto al tamaño nodular los más frecuentes fueron los que midieron 40 a 49.9 $mm^{2.}$ La hipoecogenicidad fue la característica imagenológica más frecuente, El 79.71% de los nódulos fueron benignos y el 4.35% maligno. Se estimó una alta correlación lineal positiva (0.88) entre el tamaño del nódulo tiroideo y la presencia de síntomas y/o signos. Se estimó una alta correlación lineal positiva (0.93) entre el grado de malignidad del nódulo tiroideo y la presencia de síntomas y/o signos.

PALABRAS CLAVES: Nódulos tiroideos, tamaño, Características imagenológicas e histopatológicas.

ABSTRACT

A prospective longitudinal investigation was carried out to determine the clinical-imaging and pathological correlation of thyroid nodules smaller than 1 cm in the "Dr. Ernesto Guevara de la Serna "from Las Tunas from January 2016 to December 2017. The population was 69 patients, being more frequent in females with a mean age of 46 years and asymptomatic patients prevailing. Regarding the nodular size, the most frequent were those that measured 40 to 49.9 mm2. Hypoecogenicity was the most frequent imaging feature, 79.71% of the nodules were benign and 4.35% malignant. A high positive linear correlation (0.88) between the size of the thyroid nodule and the presence of symptoms and / or signs was estimated. A high positive linear correlation (0.93) was estimated between the degree of malignancy of the thyroid nodule and the presence of symptoms and / or signs.

KEY WORDS: Thyroid nodules, size, Imaging and histopathological characteristics

INTRODUCCIÓN

Se define el nódulo tiroideo como una lesión intratiroidea radiológicamente distinta al parénquima que la rodea. En la mayoría de los casos es una alteración benigna, pero se debe descartar un proceso neoplásico subyacente en algunos pacientes según las características clínicas y ecográficas.

Usualmente es una lesión asintomática, pero el desarrollo de las nuevas técnicas de ultrasonido ha aumentado la frecuencia de su diagnóstico y por ende su incidencia, por

tal razón, es necesario un estudio juicioso en todo paciente de un nódulo tiroideo con el fin de evitar estudios invasivos innecesarios y detectar aquellos con riesgo aumentado de neoplasia. (Medici M, 2016).

La prevalencia en personas sanas depende del método que se use para evaluarla. Entre el 4% y el 7% de la población en general, se encuentran nódulos palpables, aunque su detección es menos frecuente por este método cuando mide menos de un centímetro, pero si se usa el ultrasonido para buscarlo, su frecuencia aumenta al 30%. (Kaliszewski, 2016).

Distintos estudios han evaluado la presencia del nódulo tiroideo mediante ecografía de alta resolución y han encontrado lesiones hasta en un 67% de la población, sensibilidad muy superior a la de la palpación, que es el método menos sensible. El riesgo de malignidad en este último caso es del 33% si la captación en la tiroide es focal.

Varios investigadores han tratado de establecer factores de riesgos para el desarrollo del nódulo tiroideo, pero el estudio más importante lo llevaron a cabo Knudsen y otros colaboradores, quienes evaluaron una cohorte de 4.649 daneses y encontraron como aspectos más importantes, al sexo femenino, la edad avanzada y el tabaquismo; se pudo constatar que el 94% de los casos ocurrieron en mujeres. (Yoo, 2015).

Se puede presentar en todas las edades, con mayores incidencias entre la tercera y cuarta décadas de la vida. Otras condiciones asociadas por diferentes autores al nódulo tiroideo son: la historia de la irradiación a la cabeza y el cuello, la deficiencia de yodo, el embarazo y la multiparidad. Es muy difícil precisar la prevalencia de malignidad entre los nódulos, porque dependiendo del método diagnóstico la tasa varía entre 4% y 8%.

Uçar A, (2014) citó que:

> (…) La gran mayoría de los bocios nodulares son asintomáticos, pero pueden tener alteraciones de la función tiroidea (menos del 1% de hipertiroidismo en los adenomas tóxicos y el bocio multinodular tóxico) o síntomas locales compresivos en los casos de bocio de gran tamaño o en los cánceres invasivos (Uçar, 2014, p.25)

Los métodos imagenológicos actuales permiten reportar nódulos tiroideos menores de un centímetro (subcentimétricos). Múltiples sociedades científicas han conceptuado que los nódulos clínicamente significativos, que requieren estudio histológico, son los mayores de un centímetro, sólidos o con componente mixto sólido-quístico. A pesar de ello, algunos autores han propuesto estudiar los nódulos menores de un centímetro, los cuales se deben evaluar cuidadosamente porque la frecuencia en ellos de un microcarcinoma papilar que va desde un 2% hasta un 36% de los casos, por lo que se deduce que no todos los pacientes tienen una lesión maligna subyacente, ni requieren cirugía. Además, no se ha establecido que haya un beneficio claro en cuanto a la mortalidad al tratar a los pacientes con microcarcinomas papilares mediante cirugía, y se sabe que el pronóstico de estos pacientes es mucho mejor que el de aquellos con tumores que miden más de un centímetro. (Mingzhao, 2016).

Por el contrario, otros autores han encontrado que la presencia de malignidad en el nódulo tiroideo es independiente del tamaño. Este continúa siendo un asunto controversial en el ámbito mundial, por todo lo anterior, se deben seguir las recomendaciones de las diferentes guías hasta que se tenga más evidencia en la

literatura médica. La guía, Recomendaciones de la Sociedad Latinoamericana de Tiroides para el Manejo de Nódulos Tiroideos, recomienda al respecto que los nódulos menores de un centímetro sean seguidos anualmente con ecografía. (BMC, 2013)

Si hay evidencia de crecimiento, invasión extracapsular, ganglios linfáticos cervicales sospechosos, historia familiar de carcinoma medular o neoplasia endocrina múltiple tipo 2, se debe hacer aspirado con aguja fina (ACAF). La guía revisada de la Asociación Americana de Tiroides (ATA) recomienda hacer ACAF en los nódulos subcentimétricos acompañados de ganglios cervicales anormales y en los mayores de cinco milímetros con características ecográficas sospechosas o sin ellas, pero con historia de alto riesgo como lo son las siguientes circunstancias: antecedente de cáncer de tiroides en uno o más familiares de primer grado, historia de radiación en la niñez, radiación ionizante en la niñez o la adolescencia, hemitiroidectomía previa por cáncer, mutación en el protooncogén RET asociada a cáncer medular de tiroides familiar o neoplasia endocrina múltiple, calcitonina por encima de 100 pg/mL y concentración focal de 18 FDG en la TEP. (Hamer, 2014).

Metodología empleada para desarrollar la investigación

En la actualidad aún es insuficiente el conocimiento sobre los nódulos tiroideos menores de 1 cm: en cuanto a la forma de presentación clínica, en sus aspectos imagenológicos y las características anatomopatológicas, así como el papel que desempeñan ellos en procesos oncoproliferativos, es por ello que surge la motivación a desarrollar el presente estudio para determinar la correlación clínico-imagenológica-anatomopatológica en los pacientes con nódulos de tiroides menores de 1cm en el Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna” desde el 1ro de enero de 2016 al 31 de diciembre 2017.

Análisis y discusión de los resultados.

Tabla 1. Edad y sexo de los pacientes con nódulos tiroideos (< 1 cm) atendidos en el servicio de Endocrinología en el Hospital General Docente “Ernesto Guevara de la Serna”. Enero de 2016 a diciembre de 2017.

Grupos de edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
- de 30		0	2	3.39	2	2.90
30-39	2	20	15	25.42	17	24.64
40-49	3	30	23	38.98	26	37.68
50-59	5	50	16	27.12	21	30.43
+ de 60		0	3	5.08	3	4.35
Total	10	14.49	59	85.51	69	100
Media	48.7		45.29		45.78	

Desviación estándar	6.46	8.5	8.28
IC	42.24-55.16	36.79-53.79	37.5-54.06
P	$p < 0.05$		

Fuente: Ficha de obtención de datos. Historias Clínicas.

En la tabla 1 se aprecia que los nódulos tiroideos menores de 1 cm en los casos estudiados, fueron más frecuentes en el sexo femenino con 85.51%. Existió una media de edad de 49 años para los hombres, 45 para las mujeres y 46 años para el total de casos, encontrándose el 97% de los casos entre las edades de 38 hasta los 55 años, sin diferencias significativas entre ambos sexos.

En estudios realizados se han encontrado resultados similares: hombres (10%) y mujeres (90%), con una edad media de 48 años (rango 16 a 82). (Tsai-Wei, Jun-Hung, 2013).

Los nódulos tiroideos son muy comunes en la población, especialmente en las mujeres. Algunos estudios plantean que tiene una prevalencia en las mujeres del 60 al 80 % de todos los casos. (Seo, Choi, 2015).

Tabla 2. Síntomas y signos de los pacientes con nódulos tiroideos (< 1 cm) atendidos en el servicio de Endocrinología. n = 69

Síntomas	No.	%
Sin síntomas	38	55.07
Con síntomas	31	44.93
Disfagia	20	28.99
Disfonía	14	20.29
Disnea	6	8.70
Disfagia y disfonía	5	7.25
Disfonía y disnea	3	4.35
Disfagia y Disnea	2	2.90
Signos		
Sin signos	68	98.55
Bocio	1	1.45

Fuente: Ficha de obtención de datos. Historias Clínicas.

En la tabla 2 se distribuyeron los casos según los síntomas y signos presentes, donde se evidenció que el 55.07% de los pacientes con nódulos tiroideos menores de un centímetro fueron asintomáticos. En cuanto al 44.93% de los pacientes con síntomas; la disfagia fue el más frecuente con un 28.99%, seguido de la disfonía y la disnea con un 20.29% y 8.70 respectivamente. En cuanto a los signos en solo un paciente se constató bocio para un 1.45%.

El estudio Framingham estimó una incidencia anual de nódulos tiroideos de 0.09% cuando se emplea la palpación, coincidiendo con nuestro estudio. (Sahin, 2014).

Tabla 3. Tamaño de nódulos tiroideos (< 1 cm) en pacientes atendidos en el servicio de Endocrinología.

Tamaño en mm^2	No.	%
Menos de 30	6	8.70
30-39.9	14	20.29
40-49.9	17	24.64
50-59.9	15	21.74
60-69.9	6	8.70
70-79.9	9	13.04
80-89.9	-	-
90-99.9	2	2.90
Total	69	100

Fuente: Ficha de obtención de datos. Historias Clínicas.

En la tabla 3 se hizo la distribución de los pacientes según el tamaño del nódulo tiroideo en milímetros cuadrados, apreciándose que el grupo más frecuente de nódulos menores de un centímetro correspondieron a los que midieron 40 a 49.9 mm^2 con un 24.64%, seguidos de los que midieron 50 a 59.9 mm^2 con un 21.74% y los que midieron 30 a 39.9 mm^2 con un 20.29%. Cabe señalar que se encontraron dos casos con más de 90 mm^2 para un 2.90%.

Debido a los avances en los métodos diagnósticos se ha incrementado la detección del nódulo tiroideo, cuya prevalencia en la población adulta varía de 4 a 7% y puede alcanzar 50 a 67% cuando se utiliza ultrasonido de alta resolución. (Heinzel, 2014).

Tabla 4. Características imagenológicas de pacientes con nódulos tiroideos (< 1 cm) atendidos en el servicio de Endocrinología.

n = 69

Características imagenológicas	No.	%
Hipoecogenicidad	40	57.97
Bordes irregulares o microlobulados	31	44.93
Microcalcificaciones	27	39.13
Sin halo de seguridad	17	24.64
Vascularización intranodular	14	20.29
Aumento de la vascularización central	5	7.25

Fuente: Ficha de obtención de datos. Historias Clínicas.

En la tabla 4 se describieron las características imagenológicas de los nódulos menores de 1 centímetro según ultrasonografía, siendo la hipoecogenicidad la característica más frecuente con un 57.97%, seguido de los bordes irregulares o microlobulados con un 44.93% y las microcalcificaciones con un 39.13%.

En numerosas investigaciones, los datos ultrasonográficos registrados varios servicios de radiología como relacionados con malignidad fueron: la ecogenicidad del nódulo (sólido o mixto adversus quístico), las microcalcificaciones, la vascularidad intranodular aumentada y las adenomegalias regionales. (Román, 2013).

Tabla 5. Características anatomopatológicas nodulares de los pacientes con nódulos tiroideos (< 1 cm) atendidos en el servicio de Endocrinología.

Características anatomopatológicas	No.	%
Benigno	55	79.71
Patrón folicular	9	13.04
Sospechoso de malignidad	2	2.90
Maligno	3	4.35
Total	69	100

Fuente: Ficha de obtención de datos. Historias Clínicas.

Las características anatomapatológicas se describieron en la tabla 5, donde se evidenció que el 79.71% fueron benignos, el 13.04% describió un patrón folicular, el 2.9% fueron sospechosos de malignidad y el 4.35% fueron malignos.

La incidencia del cáncer de tiroides ha aumentado en Estados Unidos: en 2007 se presentaron 30 000 nuevos casos, comparados con 13 000 informados en 1998. En México, estudios epidemiológicos muestran que el cáncer de tiroides representa 10% de los tumores malignos de cabeza y cuello, es decir, 1.8% de todas las neoplasias

malignas; 94% es cáncer diferenciado de tiroides (75 a 85% papilar), cuyo pronóstico es bueno, con más de 90% de supervivencia a 10 años. (Dong, 2015).

Tabla 6. Correlación clínico imagenológica (tamaño nodular) de los pacientes con nódulos tiroideos (< 1 cm) atendidos en el servicio de Endocrinología.

Correlación clínico imagenológica	No.	No. de casos según tamaño nodular en mm^2	%
Asintomático, no signos menos de 30 mm^2	6	6	100
Asintomático, no signos de 30 a 59 mm^2	30	46	65.22
Asintomático, no signos de 60 a 89 mm^2	2	15	13.33
Asintomático, no signos más de 90 mm^2	0	2	0
Sintomático y/o signos menos de 30 mm^2	0	6	0
Sintomático y/o signos de 30 a 59 mm^2	16	46	34.78
Sintomático y/o signos de 60 a 89 mm^2	13	15	86.67
Sintomático y/o signos más de 90 mm^2	2	2	100
Correlación Lineal	0.88		

Fuente: Ficha de obtención de datos. Historias Clínicas.

En la tabla 6 se realizó la correlación clínica (según síntomas y signos) con los hallazgos imagenológicos (tamaño nodular), donde se evidenció que el 13.33% de los pacientes con nódulos tiroideos entre 60 a 89 mm^2 fueron asintomáticos, el 65.22% de los casos con nódulos que midieron de 30 a 59.9 mm^2 fueron asintomáticos y el 100% de los casos con nódulos de menos de 30 mm^2 fueron asintomáticos. En contraste en los pacientes que manifestaron síntomas en un 34.78% los nódulos midieron de 30 a 59.9 mm^2, en un 86.67% midieron de 60 a 89% y el 100% midió más de 90 mm^2. Se estimó una alta correlación lineal positiva (0.88) entre el tamaño del nódulo tiroideo y la presencia de síntomas y/o signos; o sea que en el grupo estudiado a medida que se incrementó el tamaño nodular se incrementaron los síntomas referidos y signos hallados en los pacientes.

En otros estudios no encontraron que el tamaño del nódulo sea predictivo de malignidad; de hecho, la incidencia de cáncer en nódulos < 10 mm es similar a la del resto. Sin embargo, una guía reciente menciona que los nódulos mayores de 4 cm tienen una mayor incidencia. (Bustillo, 2014).

Tabla 7. Correlación clínico histopatológica (grado de malignidad) de los pacientes con nódulos tiroideos (< 1 cm) atendidos en el servicio de Endocrinología.

Correlación clínico imagenológica	No.	No. de casos según signos de malignidad	%
Asintomático, no signos: Benigno	35	55	63.64
Asintomático, no signos: Patrón folicular	1	9	11.11
Asintomático, no signos: Sospechoso de malignidad	0	2	0
Asintomático, no signos: Maligno	0	3	0
Sintomático y/o signos: Benigno	20	55	36.36
Sintomático y/o signos: Patrón folicular	8	9	88.89
Sintomático y/o signos: Sospechoso de malignidad	2	2	100
Sintomático y/o signos: Maligno	3	3	100
correlación lineal	0.93		

Fuente: Ficha de obtención de datos. Historias Clínicas.

Como en cualquier órgano, la fiabilidad de la PAAF (punción y aspiración con aguja fina) tiroidea depende de la experiencia de un centro determinado y del conocimiento de sus limitaciones. En manos expertas, la seguridad diagnóstica es mayor de 95 %, con valores predictivos positivo de 75 a 98 % y negativo de 89 a 99 %.10 Para optimizar estos resultados son necesarias extensiones representativas, y una terminología y criterios diagnósticos adecuados. (Longo, 2014).

La correlación anatomopatológica con el aspecto ecográfico ayuda a definir el patrón de los nódulos coloideos, de las neoplasias foliculares, del cáncer papilar y de las lesiones observadas en las tiroiditis de Hashimoto o De Quervain. (Montaño, 2014).

CONCLUSIONES

Los nódulos tiroideos menores de 1 cm fueron más frecuentes en el sexo femenino. Existió una media de edad de 49 años para los hombres, 45 para las mujeres y 46 años para el total de la población seleccionada. Más de la mitad de los casos fueron asintomáticos. Los síntomas descritos con mayor frecuencia fueron: disfagia, disfonía y disnea. En cuanto al tamaño nodular se encontró que los más frecuentes midieron: de 40 a 49.9 mm^2, de 50 a 59.9 mm^2 y de 30 a 39.9 mm^2. La hipoecogenicidad fue la característica imagenológica más frecuente, seguido de los bordes irregulares o microlobulados y las microcalcificaciones. Tres cuartas partes de los nódulos fueron benignos, las características histopatológicas mayormente descritas fueron el patrón folicular, la sospecha de malignidad y maligno. Se estimó una alta correlación lineal positiva entre el tamaño del nódulo tiroideo y la presencia de síntomas y/o signos; así como entre el grado de malignidad del nódulo tiroideo y la presencia de síntomas y/o signos.

REFERENCIAS

Bustillo, M. E., Bustillo, S. E., Denis, C. H..(2014). Prevalencia y caracterización de la enfermedad tiroidea nodular y del bocio difuso en un área urbana. *Rev Cubana Endocrinol 25*(2): 87-103. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532014000200006&lng=es

BMC. (2013). Heterogeneous echogenicity of the underlying thyroid parenchyma: how does this affect the analysis of a thyroid nodule? *BMC Cancer 13*(1): 1-20. Recuperado de: Academic Search Premier.ic Search Premier.

Dong, W.K. (2015). Benign Lesions That Mimic Thyroid Malignancy on Ultrasound. *Canadian Association Of Radiologists Journal 66*(1): 79-85. Recuperado de: Academic Search Premier.

Hamer, P., Aspinall, S., Malycha, P. (2014). Clinician-performed ultrasound in assessing potentially malignant thyroid nodules. *ANZ Journal Of Surgery 84*(5): 376-379. Recuperado de: Academic Search Premier.

Heinzel A, Müller D, Behrendt F, Giovanella L, Mottaghy F, Verburg F. (2014).Thyroid nodules with indeterminate cytology: molecular imaging with Tc-methoxyisobutylisonitrile (MIBI) is more cost-effective than the Afirma® gene expression classifier. *European Journal Of Nuclear Medicine y Molecular Imaging 41*(8): 1497-1500. Recuperado de: Academic Search Premier.

Kaliszewski K, Diakowska D, Wojtczak B, Strutyńska-Karpińska M, Domosławski P, Łukieńczuk T,.(2016). Fine-Needle Aspiration Biopsy as a Preoperative Procedure in Patients with Malignancy in Solitary and Multiple Thyroid Nodules. *Plos ONE 11*(1): 1-13. Recuperado de: Academic Search Premier.

Longo, M., Cassoli, I., Fugazzola, L., Vannucchi, G., Lanzoni, M., Castaldi, S.(2014). Feasibility study for the introduction of a new treatment method for benign thyroid nodules in a teaching and research hospital. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice 20*(5): 617-621. Recuperado de: Academic Search Premier.

Medici M, Xiaoyun L, Kwong N, Angell T, Marqusee E, Alexander E, et al. (2016) Long- versus short-interval follow-up of cytologically benign thyroid nodules: a prospective cohort study. BMC Medicine [serial on the Internet]. [cited February 4, 2016]; 141-9. Recuperado de: Academic Search Premier.

Medici M, Kwong N, Angell T, Marqusee E, Kim M, Alexander E, et al. (2015). The variable phenotype and low-risk nature of RAS-positive thyroid nodules. BMC Medicine [serial on the Internet]. [cited February 4, 2016]; 13(1): 1-9. Recuperado de: Academic Search Premier.

Mingzhao X. (2016). Clinical utility of RAS mutations in thyroid cancer: a blurred picture now emerging clearer. BMC Medicine [serial on the Internet]. [cited February 4, 2016]; 141-4. Recuperado de: AcademPark M, So Hee P, Kim E, Jung Hyun Y, Hee Jung M, Jin Young K, et al.

Montaño A. PG, García B. LG, Gómez V. E, Pérez H. JU. (2014). Valor predictivo positivo del ultrasonido en la clasificación TI-RADS. *Anales de Radiología México*;13:361-368.

Román G. A, Giraldo L, Monsalve C, Vélez A, Restrepo J. (2013). Nódulo tiroideo, enfoque y manejo. Revisión de la literatura. (Spanish). Iatreia [serial on the Internet]. [cited February 4, 2016]; 26(2): 197-206. Available from: MedicLatina. 1477-1481. Recuperado de: Academic Search Premier.

.Sahin S, Ogullar S, Ural U, Ilkkilic K, Metin Y, Ayaz T. (2014). Alterations of thyroid volume and nodular size during and after pregnancy in a severe iodine-deficient area. Clinical Endocrinology [serial on the Internet]. [cited February 4, 2016]; 81(5): 762-768. Recuperado de: Academic Search Premier.

Seo J, Choi J, Moon H, Kim E, Han K, Kwak J, et al.(2015). Clinical Implication of Highly Sensitive Detection of the BRAFV600E Mutation in Fine-Needle Aspirations According to the Thyroid Bethesda System in Patients With Conventional Papillary Thyroid Carcinoma. Annals Of Otology, Rhinology & Laryngology [serial on the Internet]. [cited February 4, 2016]; 124(5): 392-399 Recuperado de: Academic Search Premier.

Tsai-Wei H, Jun-Hung L, Mei-Yi W, Shiah-Lian C, Chih-Hsiung W, Ka-Wai T.(2013). Systematic review of clinical practice guidelines in the diagnosis and management of thyroid nodules and cancer. BMC Medicine [serial on the Internet]. [cited February 4, 2016]; 11(1): 1-9. Recuperado de: Academic Search Premier.

Uçar A, Sarikaya S, Parlak Ö, Yalçin A. (2014). Effect of nodule size on the reliability of fine-needle aspiration biopsy in thyroid nodules. Turkish Journal Of Medical Sciences [serial on the Internet]. [cited February 4, 2016]; 44(6): 1002-1009. Recuperado de: Academic Search Premier.

Yoo M, Gweon H, Park A, Cho K, Kim J, Son E, et al. (2015). Repeat Diagnoses of Bethesda Category III Thyroid Nodules: What To Do Next?. Plos ONE [serial on the Internet]. [cited February 4, 2016]; 10(6): 1-10. Recuperado de: Academic Search Premier.

EVALUACIÓN FINAL DEL INTERNADO ROTATORIO DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL

FINAL EVALUATION OF THE ROTATIONAL INTERNSHIP IN FAMILY MEDICINE

Telenia Margarita Piedra Arias telenia@ltu.sld.cu
Diamela Henríquez Navarro diamelarjm@gmail.com
Nirma Albuernes Aguilera nalbuernes@ltu.sld.cu

RESUMEN

La universidad médica cubana ha incorporado en su modelo de formación la práctica preprofesional de los estudiantes que cursan sexto año de la carrera de Medicina en las áreas de salud del nivel primario de atención. En el presente artículo se exponen los principales resultados de promoción y calidad relacionados con la evaluación final del internado de Medicina General Integral, en la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Zoilo E Marinello Vidaurreta, en el curso 2018-2019. El 99.1 % de los estudiante resultaron aprobados, predominado la categoría de excelente en un 54.5 %, dentro de las evaluaciones las frecuentes obtuvieron mejores resultados representado en el 100% de la muestra estudiada. Los contenidos de mayor dificultad fueron en Análisis de la Situación de Salud y Prevención en salud.

PALABRAS CLAVES: Examen; estatal; teórico; Medicina General Integral.

ABSTRACT

The Cuban medical university has incorporated in its formation model the practical preprofesional of the students that study sixth year of the career of Medicine in the areas of health of the primary level of attention. Presently article the main promotion results and quality related with the final evaluation of the boarding school of Integral General Medicine are exposed, in the Ability of Medical Sciences Dr. Zoilo AND Marinello Vidaurreta, in the course 2018-2019. The student's 99.1% was approved, prevailed the category of excellent in 54.5%, inside the evaluations the frequent ones obtained better results represented in 100% of the studied sample. The contents of more difficulty were in Analysis of the Situation of Health and Prevention in health.

KEY WORDS: state; examination; theoretical; family medicine

El modelo de formación del profesional de la Educación Superior cubana es de perfil amplio con una profunda formación básica y básica-específica de la profesión. Esto le permite resolver, con independencia y creatividad, los problemas más generales y frecuentes que se presentan en el ejercicio de su profesión. Ministerio de Educación Superior (2018)

En el mundo actual las transformaciones científicas, políticas, económicas y sociales, se suceden a una velocidad tal, que el conocimiento debe estar en continua actualización es por eso que el encargo social planteado a la escuela actual, es formar hombres capaz de vivir e interactuar sistemáticamente con los retos y desafíos de la nueva sociedad, en correspondencia con los objetivos del sistema social.

La universidad médica cubana también llamada Escuelas de Medicina, trabaja también en este empeño, por lo que asume el encargo de la sociedad de desarrollar la

educación médica, definida como una práctica social cuyo objetivo principal es formar profesionales, capaces de contribuir al mejoramiento de la salud humana.

Nuevas exigencias de la formación del Médico General Básico.

La fuerza renovadora de la formación médica, ha estado en su profesorado. Muchos profesores fueron los artífices de las reformas, y en general, de las modificaciones de la enseñanza, al tiempo que enseñaban a sus alumnos los avances científicos de su época, luchando así contra el dogmatismo y el escolasticismo; sin embargo, es con el triunfo revolucionario que se produjo un cambio radical en la Educación Superior.

En el proceso formativo de la carrera de medicina ha incorporado en su modelo de formación la práctica preprofesional de los estudiantes que cursan sexto año de la carrera de Medicina en los diferentes escenarios de formación, definida como una práctica social cuyo objetivo principal es formar profesionales, capaces de contribuir al mejoramiento de la salud humana, esto ha estado en sintonía con las tendencias actuales sobre la educación superior, donde el vínculo estudio trabajo está orientado a consolidar los objetivos y contenidos en correspondencia con el perfil del egresado. Fernández Sacasas, TaureauxDíaz, Alvárez Sintes (2010).

Está establecido en el año terminal la realización de una práctica preprofesional, denominado Internado rotatorio durante el mismo el estudiante debe poner en práctica, a un nivel superior, los principios de la medicina como ciencia sociobiológica y convertir informaciones y habilidades adquiridas en modos profesionales de actuación, en cinco especialidades básicas medicina interna, ginecobstetricia, cirugía, pediatría y medicina general integral esta última en la Atención Primaria de Salud como primer eslabón del sistema nacional de salud.

La práctica preprofesional constituye la forma principal de enseñanza-aprendizaje realizada durante el último año o semestre de la carrera de Medicina; contribuye a la educación y el entrenamiento final del futuro profesional en busca de una mayor pertinencia respecto a las necesidades de atención de salud y el desarrollo en los educandos de competencias profesionales para desempeñarse como médicos de familia.

Con esta forma de organización, el estudiante profundiza en los conocimientos, hábitos, habilidades y modos de actuación; se intensifica la responsabilidad personal en el cuidado de la familia y la colectividad, tanto de enfermos, sanos o con riesgos, para alcanzar finalmente los objetivos educativos e instructivos del plan de estudio; el interno se integra al equipo básico de salud al que es asignado como un miembro más laborando siempre bajo el control y la supervisión del docente responsable.

La enseñanza de la medicina y los contenidos a impartir deben actualizarse permanentemente para que el educando logre apropiarse del conocimiento científico y poder resolver los retos que el egresado tiene que enfrentar, ya sea en el escenario nacional como en el internacional.Serra Valdés MÁ, González de la Oliva G.(2017)

En estas condiciones, la formación de los profesionales tiene entre sus principales misiones preparar ciudadanos capaces de solucionar problemas profesionales con una alta conciencia de productores y/o prestadores de servicios con amor hacia el trabajo, así como una actitud científica y creadora ante la vida, que puedan insertarse en el

mundo laboral con eficiencia, al utilizar racionalmente los recursos de la naturaleza necesarios para vivir. Leyva Figueredo, A., Mendoza Tauler, L., &Barberán Cevallos, J. (2018).

La evaluación del aprendizaje es un elemento fundamental del proceso docente-educativo, al comprobar el grado con que se alcanzan los objetivos generales propuestos en el plan de estudio; contribuye a verificar la calidad de la educación superior, aporta a las instituciones información que les permite definir acciones para mejorarla, ampliar el conocimiento de que disponen las instancias para el establecimiento de estrategias de trabajo. Ministerio de Educación Superior(2018)

La evaluación final de la rotación responde a una evaluación formativa, en la que se consideran los sujetos a evaluar en el centro del proceso, esta evaluación se caracteriza por ser integradora, reconociendo tanto los problemas que puedan presentarse, como las potencialidades que se evidencien en su actuación profesional en consideración los conocimientos y habilidades así como los valores y actitudes asociadas con su desempeño.

Corresponde al departamento docente elaborar instrumentos evaluativos que midan el conocimiento de manera integral, considerando los objetivos instructivos y educativos declarados en el programa de la asignatura. Dichas evaluaciones permiten valorar la efectividad de la enseñanza y el resultado del aprendizaje de los estudiantes; posteriormente analizar la promoción cualitativa como un indicador de calidad en el aprovechamiento docente, retroalimentándose acerca de la asertividad del proceso enseñanza aprendizaje.

Constituye una necesidad que el médico en la atención primaria de salud posea una sólida preparación que le permita 'saber' y 'saber hacer' para conducir exitosamente el proceso de atención a la familia y los programas de control de las enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles, así como el programa de atención materno infantil, entre otros.Se debe motivar en este sentido, mediante el proceso formativo, bajo la dirección y el asesoramiento de los profesores de mayor experiencia, grados científicos y categorías docentes y teniendo en cuenta los temas priorizados de mayor demanda a solucionar.Soto Aguilera CA, Robles Rivera K, Fajardo Ortiz G, Ortiz Montalvo A, Hamui Sutton A.(2016)

Por tanto el objetivo de este trabajo fue caracterizar la evaluación final del internado rotatorio de Medicina General Integral de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Zoilo E Marinello Vidaurreta", en la convocatoria ordinaria del curso 2018 - 2019. Se trabajó también con objetivos específico tales como identificar los resultados académicos según evaluación de la asignatura Medicina General Integral del internado rotatorio, analizar el instrumento evaluativo aplicado en la rotación de Medicina General Integral del internado rotatorio según contenidos y resultados de las respuestas y describir la evaluación final en convocatoria ordinaria por categorías de evaluación según escenarios docentes de formación.

Para cumplir el objetivo de la investigación se emplearon los siguientes métodos científicos: Análisis-Síntesis; Enfoque sistémico; Observación científica y la Triangulación metodológica.

Entre los fundamentos teórico – metodológicos asumidos: se encuentran el análisis documental para la revisión bibliográfica de temas relacionados con la evaluación del aprendizaje y documentos rectores del proceso de formación del Médico General Básico, como: Resolución 29 del 2015, Programa del internado rotatorio, Resolución 2 del 2018 del Ministerios de Educación Superior.(MES, Cuba).

La utilización de la Atención Primaria de Salud como escenario formativo en el de la carrera de Medicina y el rol de la MGI

Actualmente se aboga por un profesional competente, cuyos modos de actuación estén en correspondencia con el desarrollo de la educación científica del siglo XXI, razón por la cual la educación se enfrasca en preparar un profesional altruista, autónomo y creativo. Parada Cervantes, M., Mendoza Tauler, L., & Leyva Figueredo, A. (2018)

En nuestro país, el plan de estudio de la carrera de Medicina ha tenido diferentes cambios para su perfeccionamiento continuo de acuerdo a los requerimientos provenientes del sistema de salud, o en busca de un mejor desarrollo del proceso docente educativo, en respuesta a los avances científicos del mundo y las tendencias de la educación médica, fundamentalmente con la orientación a la Atención Primaria de Salud.

En el perfeccionamiento del plan de estudio de la carrera de Medicina la disciplina rectora es la Medicina General Integral. Está presente en todos los años de la carrera en mayor o menor medida. Ello se manifiesta en primero, segundo y quinto año en las cinco asignaturas y en el sexto año, en el internado rotatorio mediante la rotación de siete semanas.

La atención primaria de salud desempeña un papel muy importante, en contacto íntimo con las problemáticas de salud de la población. En su marco más estrecho, enfrenta los problemas epidemiológicos, sociales, relacionados por la necesidad de incrementar aún más la prevención y promoción de salud. Durante la rotación por este nivel de atención no se programan nuevos contenidos, son los mismos de las asignaturas de MGI cursadas en la carrera, que están determinados por los problemas de salud que debe resolver el Médico General. Se desarrolla en el escenario de la APS, trabajando en un consultorio de médico de familia con supervisión profesoral. Realiza las actividades inherentes al médico de familia.

Como parte de las transformaciones que tienen lugar en el sistema educativo cubano se hace énfasis en la formación de los profesionales de manera que en ellos se desarrolle una actuación consecuente, acorde con los cambios acontecidos en el mundo del trabajo, la ciencia y la tecnología, todo ello en correspondencia con las exigencias del contexto laboral actual. Leyva Figueredo, A., Mendoza Tauler, L., &Barberán Cevallos, J. (2018).

La evaluación forma parte integral del proceso docente educativo, el cual requiere de la intervención de profesores y tutores, con el fin de valorar el cumplimiento de los objetivos, propuestos en el programa de la asignatura de MGI, no pudiéndose ejecutar adecuadamente sin la identificación de los objetivos. Sánchez Hernández E, Medina Pavón M, Rodríguez García M, Vega Van Der M, de la Torre Vega G.(2015)

El colectivo de autores concuerda con lo anteriormente planteado, ya que la evaluación es una parte esencial del proceso de enseñanza-aprendizaje que nos posibilita su propia dirección, así como el control y la valoración de los modos de actuación que los estudiantes adquieren a través del desarrollo del proceso docente.

Tabla 1. Distribución del resultado final según categorías de evaluación. 2018-2019

Total de Internos		Excelente		Bien		Regular		Mal		Calidad	
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
341	100	186	54.5	133	39.0	22	6.4	3	0.8	319	93.5

Fuente: Informe final de promoción del departamento de Medicina General Integral.

En la tabla 1 se observa que el 54,5 % de los internos examinados en convocatoria ordinaria obtuvo excelente resultados; solamente el 0.8 % no promueve. Estos resultados muestra el aprovechamiento de los estudiantes en la práctica preprofesional y como indicador de calidad del proceso docente educativo; se observa una promoción cualitativa (categorías excelente y bien) para una calidad general de 93,5 %, lo que evidencia que el estudiante interno tiene dominio de habilidades para ejercer como médico general básico competente con valores ético-humanistas.

Esto presupone que el estudiante interno ha vencido satisfactoriamente su evaluación formativa y está listo para continuar avanzando por el resto de las asignaturas del internado rotatorio, hasta enfrentar el examen estatal de la carrera de Medicina y graduarse como médico general básico competente con valores ético-humanistas.

El autoaprendizaje no es solamente un fenómeno conductual, endógeno y derivado de cierto tipo de personalidades sino que, puede condicionarse no en el sentido de estímulos y respuestas, desde la planeación ejecución y evaluación del curriculum y proponerse como una opción metacurricular que incida en el proceso educativo para retribuir en la práctica profesional, en el mercado laboral y en el mejoramiento de puestos y espacios de acción de los egresados de la carrera. Estrada Molina, O, Fuentes Cancell, D, & Blanco Hernández, S. (2018)

El modelo educativo actual promulga la necesidad de desarrollar una educación de calidad, la que se identifica con indicadores de relevancia, eficacia, equidad y eficiencia.

La evaluación de curso, promoción y graduación se realiza sobre la base de un programa que en virtud de la enseñanza y del aprendizaje, está constituido por un conjunto de instrumentos de evaluación. Ortiz Romero M, Rodríguez Neyra ME, Díaz Rojas PA, Cuenca Font K.(2014)

Tabla 2. Distribución de los resultados académicos según tipo de evaluación.2018-2019.

Evaluación	5 Excelente		4 Bien		3 Regular		2 Mal		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Frecuente	213	62.4	106	31.1	22	6.4	0	0	341	100
Final Práctico	285	83.5	29	8.5	25	7.3	2	5.8	341	100
Final Teórico	267	78.8	51	14.9	22	6.4	1	0.2	341	100

Fuente: Informe final de promoción del departamento de Medicina General Integral.

Al analizar la tabla 2 se observa que en la evaluación frecuente el 62.4 % obtiene calificación excelente y 31.1 % se evalúa de bien en su desempeño sistemático, evaluación determinada por el profesor/tutor en las actividades diarias de forma individual y actividades grupales. El resultado del examen práctico muestra que el 83.5 % de los estudiantes se evalúan excelentes y el 8.5 % se evalúa de bien, demostrando las habilidades obtenidas durante la carrera, manifestándose un indicador de calidad satisfactorio en cuanto al aprovechamiento docente; en relación al examen teórico el 78.8 % obtiene evaluación excelente y 14.9 % se evalúan de bien con indicador de calidad satisfactorio. El 0.2 % presentó en el examen teórico dificultad para vencer los objetivos y contenidos de la asignatura expresada en la categoría mal.

Estos resultados muestran el cumplimiento de los objetivos instructivos y educativos en la práctica preprofesionalizante, un adecuado desempeño, apropiación de habilidades por el interno así como su capacidad para integrar los conocimientos.

Las competencias profesionales tienen un papel importante. Estas, contribuyen a garantizar un proceso de formación que prepare al estudiante para enfrentar los retos relacionados con el ejercicio de la profesión. Barberán Cevallos, J., Calderón Zamora, M., & Ronquillo Triviño, L. (2018).

Tabla 3. Composición del instrumento evaluativo por preguntas y contenido según categoría de evaluación. 2018-2019.

Preguntas	Contenidos	Excelente	Bien	Regular	Mal
1	Actividades específica (Ingreso en el hogar y Dispensarización)	166	161	11	3
2	Familia	170	160	9	2
3	Análisis de la Situación de Salud	135	161	30	15

4	Prevención en salud	129	134	65	13
5	Crecimiento y desarrollo	145	174	17	5
6	Enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud.	139	170	29	3
7	Enfermedades Transmisibles	127	140	63	11

Fuente: Informe final de promoción del departamento de Medicina General Integral.

La tabla 3 muestra que el instrumento evaluativo corresponde a un test objetivo conformado por siete preguntas abarcando contenidos de manera integral; al analizar las respuestas según categorías de evaluación las preguntas con mayor cantidad de error es la referente a prevención en salud y Análisis de la Situación de Salud aspectos estos preocupantes, si se tiene en cuenta que el ASIS , junto a la dispensarización, constituyen las habilidades que más singulariza al médico de familia, desde que se estableció a escala nacional el nuevo modelo asistencial, apartándolo de los enfoques estrictamente biomédicos y clínicos. Los contenidos de mejores respuestas son: familia y Actividades específica (Ingreso en el hogar y Dispensarización).

Este resultado asigna al equipo de investigación la tarea de potenciar el contenido relacionado con la prevención en salud y Análisis de la Situación de Salud, pues estas temáticas se estudia durante el tránsito por las asignaturas de la disciplina MGI y Salud Pública, para consolidarse en el último año de la carrera, además constituye una de las acciones que desarrolla el médico de familia en su trabajo cotidiano con la comunidad.

La evaluación sistemática y sistémica del currículo asegura una mayor exigencia en la calidad del profesional en proceso de formación y una mayor excelencia académica; todo lo cual repercute en un incremento en la calidad de los servicios de salud y en la satisfacción de la población. Salas Perea (1998)

Los instrumentos evaluativos son necesarios para realizar una evaluación de calidad que contribuya al desarrollo y actualización del nivel de conocimientos existentes, así como su empleo en la identificación y solución de diferentes problemas que se pueden presentar en los servicios de salud. Cordero Miranda Y.(2013).

De manera general en la evaluación final del internado rotatorio de Medicina General Integral de la carrera de Medicina predominó la evaluación excelente con un indicador de calidad satisfactorio. Las categorías excelente y bien predominaron en las evaluaciones examen práctico y examen teórico manifestándose el cumplimiento de los objetivos instructivos y educativos en la práctica preprofesional. El instrumento evaluativo corresponde a un test objetivo que consta de varias preguntas, el contenido prevención de Prevención de Salud y Análisis de la Situación de Salud contenidos esenciales para el desempeño como médico general básico en la APS, aportaron mayor error en su respuesta y las mejores respuestas correspondieron a los contenidos familia y actividades específicas del MGI.

REFERENCIAS

Alonso de Q. A, Ramos L. M, Quintana MI.(2014) Influencia de la confección de los instrumentos teóricos de evaluación en la calidad de los exámenes estatales en las carreras de tecnología de la salud de los cursos 2009- 2010 y 2010- 2011. *Rev Cub Tecnología de la Salud.* 2014;5(4):1-7

Barberán C., J., Calderón Z., M., y Ronquillo T., L. (2018). Metodología para la formación de las habilidades profesionales: dinámica de desarrollo. Opuntia Brava, 10(4), 55-64. Recuperado de: http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/615

Cordero M. Yoslaidy.(2013) Necesidades de aprendizaje sobre la elaboración de instrumentos evaluativos escritos. *Rev Educ Med Super.* [citado 2017 Dic 22];27(2):203-210. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000200007&lng=es

Cuba. Ministerio de Educación Superior (2018). Resolución no. 2/2018 Reglamento del Trabajo Docente y Metodológico de la Educación Superior. La Habana.

Estrada M., O., Fuentes C., D., y Blanco H., S. (2018). Estrategia para la formación profesoral en el autoaprendizaje estudiantil. Opuntia Brava, 10(4), 98-106. Recuperado de: http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/620

Fernández J. A., Taureaux, N. y Alvárez, R. (2010). Programa Internado Rotatorio. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana: MINSAP

Leyva F., A., Mendoza T., L., y Barberán C., J. (2018). La Formación del profesional actual: Propuestas Innovadoras. Opuntia Brava, 10(3), 104-115. Recuperado de: http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/543

Ortiz R. Gemma M., Rodríguez N. M. E., Díaz R. P., Cuenca F. K.(2014) Perfeccionamiento de la calidad de los instrumentos evaluativos en la asignatura Metodología de la Investigación y Estadística. CCM. [citado 2017 Nov 13];18(4):725-35. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000400012&lng=es

Parada C., M., Mendoza T., L., y Leyva F.A. (2018). La formación científica-investigativa: impacto en la preparación de los profesionales. Opuntia Brava, 10(3), 240-250. Recuperado de: http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/555

Salas P. RS.(1998) La Evaluación en la Educación superior Contemporánea. Capítulo Biblioteca de Medicina Volumen XXIV, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz.

Sánchez H. E, Medina P. M, Rodríguez G. M, Vega V D. Meer L, de la Torre V. G..(2015) Indicadores de calidad para un examen teórico de la especialidad de medicina general integral. MEDISAN. [citado 2017 Sep 29];19(2):150-7. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000200002&lng=es

Serra V. MÁ, González de la O. G.(2017) La investigación en la formación de profesionales y en el profesorado de las ciencias médicas. *Revista Cubana de Educación Médica Superior* [revista en internet] 2017 [citado 21 de julio 2017]; 31(4): 1-14. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81770.

Soto A. CA, Robles R. K, Fajardo O. G, Ortiz M. A, Hamui S. A.(2016) Actividades profesionales confiables (APROC): un enfoque de competencias para el perfil médico. FEM *Revista de la Fundación Educación Médica* [revista en internet] [citado 21 de julio 2017]; 19(1): 55-62. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5405067.

CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES OPERADOS DE CÁNCER TIROIDEO EN LAS TUNAS

ANATOMOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS IN PATIENTS OPERATED THE THYROID CANCER IN LAS TUNAS

Tomás Díaz Llaudy drdiazllaudy@gmail.com

Luis Sánchez Ramos jorgeliussan88@gmail.com

Martha Elena Espinosa Velázquez mespinosa@estudiantes.ltu.sld.cu

RESUMEN

El cáncer de tiroidesconstituye un problema de salud en Cuba y en la provincia Las Tunas se observa un ascenso vertiginoso de esta enfermedad en los últimos años. Se realizó un trabajo con el objetivo de caracterizar a los pacientes con cáncer de tiroides intervenidos quirúrgicamente en el Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara” en Las Tunas, en el período comprendido entre enero del 2014 y diciembre del 2018 mediante un estudio descriptivo transversal. Se estudiaron 83 pacientes,el 8.43% de los mismos presentaron familiares de primera línea con cáncer de tiroides. El tipo histológicoque más se diagnosticó fue el carcinoma papilar con 62 pacientes para un 74.70%.La localización anatómica más afectada fue la glándula en su totalidad con 54 pacientes para un 65.06%. Los sitios de metástasis más frecuentes fueron los ganglios cervicales con 7 pacientes para un 8.43% de los casos.

PALABRAS CLAVES: cáncer de tiroides; diagnóstico histológico, carcinoma papilar.

ABSTRACT

Thyroid cancer is a health problem in Cuba and in Las Tunas province there is a vertiginous rise in this disease in recent years. A work was carried out with the objective of characterizing the patients with thyroid cancer surgically operated in the General Teaching Hospital “Dr. Ernesto Guevara ”in Las Tunas, in the period between January 2014 and December 2018 through a cross-sectional descriptive study. 83 patients were studied, 8.43% of them presented first-line relatives with thyroid cancer. The histological type that was most diagnosed was papillary carcinoma with 62 patients for 74.70%. The most affected anatomical location was the gland in its entirety with 54 patients for 65.06%. The most frequent sites of metastasis were cervical nodes with 7 patients for 8.43% of cases.

KEY WORDS: thyroid cancer; histological diagnosis; papillary cancer.

INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos de la glándula tiroides representan aproximadamente el 92% del total de cánceres originados en las glándulas endocrinas. Los cuatro subtipos histológicos más frecuentesson: el carcinoma papilar (CP), el carcinoma folicular (CF), el carcinoma medular (CM) y el carcinomaindiferenciado (CI). Cada uno de ellos posee un patrón epidemiológico diferente y representa una entidad biológica distinta (Castiglioni, T, Paparatto, A. Elsner, B, 2005).

El número decasosdiagnosticados de este tipo de cáncer ha aumentado de forma destacada en las últimas décadas, principalmente a expensas del incremento del tipo

histológico de carcinoma papilar.En la mayoría de casos la enfermedad está confinada en la región cervical en el momento del diagnóstico, de forma que una cirugía completa inicial puede ser potencialmentecurativa (Jordi L. Reverter, et al., 2010).

Las causas de estas tendencias no están claras, pero pueden reflejar los efectos combinados de las prácticasde detecciónsumados a cambios en los factores de riesgo de cáncer de tiroides, como por ejemplo: el incremento en laprevalencia de insulino-resistencia y laexposición a radiaciones ionizantes, entre otros (Fabián Pitoia, Andrea Cavallo, 2012).

En los últimos años se ha observado un incremento en el número de pacientes con esta afección en Las Tunas. El objetivo es caracterizar a los pacientes con cáncer de tiroides sometidos a cirugías en el Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna.

Metodología utilizada en la investigación

Se realizó unainvestigación descriptiva transversal en el Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna” en Las Tunas, en el periodo comprendido entre enero 2014 y diciembre del 2018. Para la conformación de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico donde se tuvo en cuenta que los pacientes intervenidos quirúrgicamente con cáncer de tiroides diagnosticados histológicamente fueran mayores de 19 años.

Se registraron las variables: edad, sexo, antecedentes patológicos familiares, motivo de consulta, tipo histológico y sitios de metástasis.

Se dio salida a cada objetivo y los resultados se presentaron en forma de texto y tablas según el volumen de información. Para el tratamiento de la información se recopiló y tabuló en una base de datos, se procesó por el método estadístico porcentual y se representó en forma de cuadros de contingencia procediendo al análisis y la asociación estadística de las variables.

La confidencialidad de los datos obtenidos en la presente investigación fuerespetada; así como los resultados de la información obtenida, conservando en todo momento la ética hacia los pacientes, los médicos actuantes, no reconociendo identidad alguna.

Procesamiento y análisis de los resultados de la investigación

Según Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos (2009) por medio de varios estudios epigenéticos se ha demostrado que existe una estrecha relación entre los antecedentes patológicos familiares de cáncer tiroideo con los pacientes que padecen esta enfermedad. Cuando el carcinoma papilar es descrito en al menos dos familiares de primer grado en una misma familia, y no se asocia a otras neoplasias, se denomina carcinoma familiar de tiroides no medular (CFTNM). Se encuentra en el 5% de los pacientes y se le atribuye un curso más agresivo.

La **tabla 1**muestra la distribución de pacientes según los antecedentes patológicos familiares documentados**.** El 8.43% de los pacientes presentaron familiares de primera línea con cáncer de tiroides mientras que el 6.02, presentaron cáncer en otras localizaciones anatómicas.

Tabla 1. Distribución de pacientes según los antecedentes patológicos familiares.

Motivo de consulta	Número de pacientes	%
Cáncer de tiroides.	7	8.43
Cáncer en otras localizaciones anatómicas	5	6.02
Bocio Multinodular	3	3.62
Hipotiroidismo	3	3.62
Hipertiroidismo	1	1.21
Pacientes sin antecedentes documentados	64	77.1
Total	83	100

Fuente: Historias Clínicas.

Los loci potenciales de susceptibilidad se han identificado en las regiones cromosómicas 2q21 y 19p13 así lo reportan las Guías Clínicas de la asociación española de cirujanos (Letelier, C, 2017).

Carolina Letelier en sus estudios expone que en el CFTNM se han identificado varios locus cromosómicos (1q21, 6q22, 8p23.1-p22, 8q24) y varios genes de susceptibilidad (SRGAP1, NKX2-1, FOXE1) como posibles candidatos a ser la causa de CFTNM, lo que sugiere que la causa es poligénica (Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos, 209).

Se sabe que esta inestabilidad cromosómica está implicada en el desarrollo temprano del cáncer, estas alteraciones teloméricas están presentesen el CFTNM, confirmándose un aumento significativo de fusiones y asociaciones teloméricas comparado con sujetos sanos y con pacientes con cáncer papilar esporádico (Letelier, C, 2017). En este estudio se reportan cifras similares de pacientes con familiares con cáncer de tiroides constituyendo uno de los factores de riesgo no modificables más relevantes lo que coincide con las investigaciones antes citadas.

El carcinoma papilar de tiroides continúa siendo el tipo histológico de mayor incidencia a nivel mundial existe un consenso absoluto y en la mayoría de las literaturas médicas lo reportan entre un 80% y 85% del total de casos. La **tabla 2**muestra que en nuestro estudio el tipo histológico decáncer más diagnosticado es el carcinoma papilar con 62 pacientes para un 74.70% de los casos.

Tabla 2. Distribución de pacientes de acuerdo al tipo histológico de cáncer diagnosticado.

Tipo histológico	Número de pacientes	%
Carcinoma papilar	62	74.70

Carcinoma folicular	10	12.05
Carcinoma medular	5	6.02
Carcinoma anaplásico	3	3.62
Linfoma primario	2	2.40
Carcinoma mucoepidermoide	1	1.21
Total	83	100

Fuente: Historias Clínicas.

Las alteraciones genéticas que conducen a la activación constitutiva de la vía de la proteína cinasa activada por mitógenos (MAPK) son habituales en el carcinoma papilar. Se trata de un efecto que incorpora las proteínas transmembrana RET y NTRK 1. Las mutaciones en las tirosinas cinasas RET y NTRK 1 dan lugar a productos quiméricos conocidos como PTC-RET y TRK, respectivamente. Estos reordenamientos se producen hasta en el 40 % de los carcinomas papilares esporádicos y pueden asociarse a un pronóstico menos favorable (Townsend M, Beauchamp D, Evers M, Mattox KI, Sabiston, 2017).

La biología molecular ha ampliado considerablemente el conocimiento global sobre la tumorogénesis tiroidea, aunque la repercusión clínica de estos nuevos descubrimientos no ha sido completamente dilucidada. La mayoría de los tumores tiroideos tienen un origen monoclonal, probablemente determinado por la activación de oncogénesis o inactivación de genes supresores tumorales (Santana JC, Montejo JE, Delgado AI, 2010).

Normalmente existen 3 caminos de transmisión de señales en el tirocito (Santana JC, Montejo JE, Delgado AI, 2010):

a) Receptor tiroxinacinasa / Ras / proteínas mitogénicas.

b) Receptor de TSH / adenilatociclasa/ proteincinasa A.

c) Receptor de TSH / fosfolipasa C / proteincinasa C.

En el caso del carcinoma indiferenciado o anaplásico constituye globalmente menos del 1% de los tipos histológicos siendo uno de los más raros, con una incidencia anual entre 1 y 2 casos por millón de habitantes (Martínez Navarro J, Puerto Lorenzo JA, Fumero Roldán L. 2017). Este estudio arroja cifras alarmantes triplicando el por ciento de los casos reportados en la literatura consultada, la sobrevida media es de cinco meses, menos del 20% de los pacientes sobreviven después de un año de diagnosticados siendo el más letal de los procesos oncoproliferativos que tienen lugar en la glándula tiroides de ahí lo significativo de este dato.

La **tabla 3**se muestra la distribución de pacientes según la localización anatómica del tumor el mismo afecta totalmente la glándula en 54 pacientes para un 65.06%, seguido del lóbulo izquierdo con 15 pacientes para un 18.07%.

Tabla 3. Distribución de pacientes según la localización anatómica del tumor.

Localización del tumor	Número de pacientes	%
Toda la glándula	54	65.06
Lóbulo izquierdo	15	18.07
Lóbulo derecho	13	15.66
Itsmo	1	1.21
TOTAL	83	100

Fuente: Historias Clínicas

Al ser el cáncer de tiroides una enfermedad multicéntrica, se observa en la mayoría de los casos una afectación de toda la glándula, pero dividiendo la misma topográficamente se aprecia que el lóbulo más afectado es el izquierdo en contradicción con el artículo de Pérez González y colaboradores (Pérez González OF, Yabor Palomo AM, Cruz Pérez EE, Urquiola González BK, Rodríguez Santiesteban J, 2017) que reportan un mayor porcentaje en el lóbulo derecho, la diferencia pudiera estar dada a que en ese estudio la muestra es más pequeña.

A pesar de la extensa revisión de la literatura internacional consultada no encontramos esta variable comentada por lo que consideramos novedoso reportarla, no solo porque identificando el lóbulo más afectado por la enfermedad en el futuro podría considerarse un elemento sospechoso de malignidad sino porque existen nuevas tendencias a realizar tiroidectomías casi totales y precisar este dato podría ser orientador a la hora de conservar el pequeño fragmento del lóbulo sano según lo normado para esta técnica quirúrgica.

Recientemente se han publicado novedosos artículos con respecto a los sitios de metástasis más frecuente donde se muestra propensión a invadir los vasos linfáticos, de ahí dos consecuencias: la frecuente multifocalidad del tumor y la elevada incidencia de metástasis ganglionares regionales (Fabián Pitoia, Andrea Cavallo, 2012).

La **Tabla 4**muestra los sitios de metástasis más frecuentes siendo los ganglios cervicales los más afectados con 7 pacientes para un 8.43% de los casos.

Tabla 4. Distribución de pacientes de acuerdo a los sitios de metástasis más frecuente.

Localización anatómica	Número de pacientes	%
Ganglios cervicales	7	8.43
Pulmones	1	1.21
Médula espinal	1	1.21

No se reportan metástasis	74	89.15
TOTAL	83	100

Fuente: Historias Clínicas.

Su importancia pronóstica es cuestionada, si bien parece que comporta mayores tasas de enfermedad local persistente, adenopatías cervicales y metástasis distantes que el carcinoma unicéntrico. Las metástasis en los ganglios linfáticos cervicales se encuentran en el 30-40% de los casos en el momento del diagnóstico, ascendiendo al 80% de los casos cuando se realiza un vaciamiento ganglionar de forma sistemática (Fabián Pitoia, Andrea Cavallo, 2012).

En otros estudios se observó que la recurrencia local-regional o a distancia se desarrolló en el 19,9% de los casos. Un diámetro máximo de carcinoma ≥1 cm se asoció significativamente con una mayor tasa de metástasis en individuos con ganglios unilaterales y la metástasis ganglionar se asoció con factores pronósticos tales como edad, tamaño tumoral y extensión extratiroidea (Fabián Pitoia, Andrea Cavallo, 2012).

La invasión capsular, la extensión extra tiroidea, músculos pre tiroideos, lesión del nervio laríngeo recurrente, tráquea, laringe, faringe, piel y tamaño del mismo se asociaron de forma significativa con la presencia de recidiva local, regional y de tipo metástasis, comparable con lo expuesto en otros análisis donde los factores asociados fueron la extensión extratiroidea, metástasis a ganglios linfáticos, que el tamaño del tumor sea mayor a 2cm, metástasis a distancia y la tiroidectomía parcial (Carrasco Guevara AJ, 2018).

Así mismo Liu et al. (2015) exponen:

(…) al comparar entre los grupos de pacientes con tumores circunscritos a la tiroides versus aquellos que presentaron metástasis a los ganglios linfáticos, se observó que el gran tamaño del tumor, niveles altos de tiroglobulina postoperatorios y un estadio TNM avanzado se asociaron con tasas de recurrencia más elevadas (5,2 vs 31,5%). (p.93)

El presente estudio coincide con lo antes planteado siendo los ganglios linfáticos cervicales los más afectados por la enfermedad metastásica.

CONCLUSIONES

Los pilares del tratamiento que son la cirugía y la terapia con ^{131}I, se encuentran en este momento en el centro de discusión en todos los foros mundiales. La tendencia es garantizar el tratamiento más eficaz y menos deletéreo para el paciente. Actualmente se intenta individualizarfrente a qué tipo de tumor, estadio, y riesgo de recurrencia nos encontramos, para determinar qué pacientes se beneficiarán de una terapia más agresiva y cuáles serán candidatos a un tratamiento más conservador.

REFERENCIAS

Carrasco G. AJ, Bajana Q. MC, Zapata T. AE, Ramírez S. ME, Cuadro T. RE, Ramírez S. KE, et al (2018). Diferentes técnicas quirúrgicas en el tratamiento del cáncer papilar de tiroides y los factores asociados a la presencia de recidivas tumorales. Revista Latinoamericana de Hipertension [Internet]. [cited 2019 Mar 6];13(2):58–65. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=130622792&lang=es&site=ehost-live.

Castiglioni, T, Paparatto, A. Elsner, B.(2005) Cáncer de tiroides: variación en sus tipos histológicos entre 1958 y 2000, un análisis de 749 casos. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*. Vol. 42 No. 3.

Fabián P., Andrea C.(2012) En búsqueda del tratamiento individualizado cáncer de tiroides. Artículo especial. (Buenos Aires); 72: 503-513 ISSN 0025-7680.

Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. (2009) Cirugía Endocrina 2a. Edición. © Copyright. Arán Ediciones, S.L.

Jordi L. R., Colomé E., Halperin I, Julián T, Díaz G., Mora M, Sanmartí A, Puig D. M.(2010) Estudio comparativo de las series históricas de carcinoma diferenciado de tiroides en dos centros hospitalarios de tercer nivel españoles en relación a series norteamericanas. *Rev Endocrinol Nutr*.;57(8):364–369. 1575-0922/$ - seefront matter&2010 SEEN. Publicado por Elsevier España, S.L.

Letelier, C. (2017) Cáncer hereditario de tiroides, síndromes asociados y estudio genético. Revista Médica Clínica las Condes [serial on the internet]. [cited february 5, 2018]; 28(4): 610-616. Recuperado de: MedicLatina.

Liu F, Kuo S, Hsueh C, Chao T, Lin J.(2015). Postoperative recurrence of papil-lary thyroid carcinoma with lymph node metastasis. J SurgOncol. 112(2):149-54.

Martínez N. J, Puerto L. JA, Fumero R. L. (2019). Carcinoma anaplásico de tiroides. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [revista en Internet]. 2017 [citado Abr 8];42(5):[aprox. 0 p.]. Recuyperado de: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1177.

Pérez G. OF, Yabor P. AM, Cruz P. EE, Urquiola G. BK, Rodríguez S. J. (2017). Caracterización anatomopatológica de pacientes con lesiones tiroideas atendidos en el hospital provincial de Las Tunas. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. MarinelloVidaurreta [revista en Internet]. [citado 2018 Jun 20];42(4):[aprox. 0 p.]. Recuperado de: http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1118.

Santana JC, Montejo JE, Delgado AI.(2010) Biología molecular y cáncer de tiroides. Revista Cubana de Cirugía 49(4):109. Recuperado de: http://scielo.sld.cu.

Townsend C. M., Beauchamp D., Evers M., Mattox K. I, Sabiston. (2017)Textbook of Surgery. The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 20th Edition. Copyright © byElsevier, Inc.

CÁNCER DE COLON. RETOS Y PERSPECTIVA EN LA PROVINCIA LAS TUNAS

COLON CANCER. CHALLENGES AND PERSPECTIVES IN LAS TUNAS PROVINCE

Tomás Díaz Llaudy drdiazllaudy@gmail.com

Adalgis María Rodríguez Bermúdez amber@ltu.sld.cu

Yunisleydis Bárzaga Quintero yunibq@nauta.cu

RESUMEN

La incidencia del cáncer de colon continúa en aumento y con ella también aumenta la tasa de mortalidad ajustada a cáncer de colon. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte longitudinal, con el objetivo de caracterizar a los pacientes operados de cáncer de colon en el servicio de cirugía general del Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna de Las Tunas, en el periodo comprendido entre enero del 2018 y diciembre del 2018. El universo estuvo constituido por 70 pacientes y la muestra la constituyeron 64 de ellos el 31.25% de los pacientes desconocían su afección, se reportaron 41 cirugías electivas y 23 de urgencia para un 35.94% y un 64.06% respectivamente y el sitio de metástasis más reportado la glándula hepática. El diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal ha mejorado en grado significativo en los últimos 50 años. La mayoría de los avances es una respuesta directa a los retos que presenta la enfermedad y su tratamiento.

PALABRAS CLAVES: cáncer colorrectal, neoplasia de colon y recto, cáncer de colon.

ABSTACT

The incidence of the cancer of colon continues in increases and with it also increases the wrapped death rate to cancer of colon. Carried out an observational, descriptive, prospective study of longitudinal cut, with the objective to characterize to the patients operated of cancer of colon in the service of general surgery of the general educational hospital Dr. Ernesto Guevara of the cultivated field of the tunas, in the period understanded between January of the 2018 and December of the 2018. The universe was constituted for 70 patient and the sample the constituted 64 of them/it 31.25% of the patients disavowed your affection, reported 41 elective surgeries and 23 of urgency for a 35.94 % and a 64.06 % respectively and the place of more reported metastasis the hepatic gland. The diagnosis and treatment of the colorectal cancer has improved in harrow significant in the the last ones 50 years. Most advances are a direct answer to the challenges it presents the illness and your treatment.

KEY WORDS: colorectal cancer, colon neoplasia and straight, cancer of colon.

INTRODUCCIÓN

El cáncer del colon y recto es la afección cancerosa más común del tubo digestivo. En mujeres ocupa el tercer lugar, después del carcinoma de mama y el del pulmón, como causa de la mortalidad por cáncer. En varones es tercer cáncer mortal más común, precedido por los carcinomas pulmonares y próstata. Se estima que durante 1992 se presentaron en Estados Unidos casi 155,000 nuevos casos de cáncer de colon (110,000 de colon y 45,000 de recto) con una mortalidad por la enfermedad aproximada de 58,300 pacientes (García Gutiérrez Alejandro, Pardo Gómez Gilberto, et al., 2016).

Goldman-Cecil en el Tratado de Medicina Interna, afirma:

> El cáncer rectal es ligeramente más común en varones, en tanto que en mujeres hay una predominancia ligera de cáncer de colon. Un estadounidense tiene casi 55% de probabilidad de desarrollar cáncer colorrectal durante un período de vida de 70 años. Casi todos los casos de esta afección se diagnostican en mayores de 50 años y la frecuencia de la enfermedad aumenta de manera progresiva después de esta edad (p.238).

A pesar de la relación con el envejecimiento, el cáncer colorrectal no es estrictamente una afección de la edad avanzada; entre 6 y 8% de los casos ocurren en menores de 40 años. Las formas familiar y hereditaria de la afección se inician con la edad mucho más temprana, típicamente alrededor del tercer decenio pacientes (García Gutiérrez Alejandro, Pardo Gómez Gilberto, et al., 2016).

El cáncer colorrectal no suele dar síntomas hasta fases avanzadas y por eso la mayoría de pacientes presentan tumores que han invadido toda la pared intestinal o han afectado los ganglios regionales. Cuando aparecen, los síntomas y signos del carcinoma colorrectal son variables e inespecíficos. La edad de presentación habitual del cáncer colorrectal es entre los 60 y 80 años de edad pacientes (García Gutiérrez Alejandro, Pardo Gómez Gilberto, et al., 2016).

En las formas hereditarias el diagnóstico acostumbra a ser antes de los 50 años. Los síntomas más frecuentes incluyen hemorragia rectal, cambios en las defecaciones y dolor abdominal. La presencia de síntomas notables o la forma en que se manifiestan depende un poco del sitio del tumor y la extensión de la enfermedad. [1,2]

En la provincia de Las Tunas esta enfermedad tiene un comportamiento similar, por tal motivo se realiza esta investigación con el objetivo de caracterizar los pacientes operados con cáncer gástrico en el Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna en el periodo de enero 2018 a diciembre de 2018.

Metodología utilizada en la investigación

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte longitudinal, con el objetivo de caracterizar a los pacientes operados de cáncer de colon en el servicio de cirugía general del Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna de Las Tunas, en el periodo comprendido entre enero del 2018 y diciembre del 2018.

El universo estuvo constituido por 70 pacientes y la muestra la constituyeron 64 de ellos escogidos a través de un muestreo no probabilístico de tipo accidental o deliberado y se tuvo en cuenta que los mismos cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Se dio salida a cada objetivo y los resultados se presentaron en forma de texto y tablas según el volumen de información. Para el tratamiento de la información se recopiló y tabuló en una base de datos, se procesó por el método estadístico porcentual y se representó en forma de cuadros de contingencia procediendo al análisis y la asociación estadística de las variables.

La confidencialidad de los datos obtenidos en la presente investigación fue respetada; así como los resultados de la información obtenida, conservando en todo momento la ética hacia los pacientes, los médicos actuantes, no reconociendo identidad alguna.

Procesamiento y análisis de los resultados de la investigación

En la tabla 1 se muestra la distribución de los pacientes con diagnóstico de la enfermedad y los que no tenían diagnóstico en el momento de la intervención quirúrgica. Se aprecia que el 31.25% de los pacientes desconocían su afección, estudios como el de Hano García OM, Castellanos Gutiérrez M, Calzadilla Bertot L, Villa Jiménez OM, (2017) comentan que el cáncer de colon puede existir durante meses o años sin provocar síntomas, solo el 37 % de ellos, es detectado tempranamente.

En Cuba, en 1980, se reportaron 742 fallecidos por cáncer de colon, en el 2000 fueron 1491, y para el 2010, se publicaron 2 039 casos nuevos. Los que nos permite afirmar que la mortalidad por este tipo de cáncer se ha incrementado significativamente a pesar de la implementación del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de esta enfermedad maligna con el objetivo de mejorar las acciones para el diagnóstico temprano (Patrice Valleur, 2016).

Mediante el examen del Sumasohf se realiza pesquisa activa de un grupo de enfermedades que causan sangrado del tracto digestivo, entre ellas, el cáncer de colon, este examen está disponible en todas las áreas de salud de las provincias de ahí la evidente importancia de este trabajo, ya que, aunque la positividad de la pesquisa no es exclusiva del cáncer de colon se puede tomar conductas rápidamente y realizar otros exámenes oportunos y orientadores hacia el diagnóstico (Schwartz, 2015).

El principal problema radica en que la población no ha tomado conciencia de la importancia de este examen negándose en ocasiones a participar en pesquisas activas y otras actividades de promoción de salud de ahí el elevado por ciento de pacientes sin diagnóstico de la enfermedad con todas las repercusiones negativas que esto trae consigo.

Tabla 1. Distribución de pacientes diagnosticados con la enfermedad en el momento de la intervención quirúrgica.

Diagnóstico de la enfermedad	**NÚMERO**	**%**
Pacientes con diagnóstico	44	68.75
Pacientes sin diagnóstico	20	31.25
Total	64	100

Fuente: Historia Clínicas.

En la tabla 2 se muestra la distribución de pacientes según el tipo de intervención quirúrgica practicada en el momento inicial. Se reportan 41 cirugías electivas y 23 de urgencia para un 35.94% y un 64.06% respectivamente. Como se puede dilucidar existen un por ciento considerable de pacientes que se intervienen por un síndrome oclusivo o perforativo de causa tumoral como forma de debut de la enfermedad lo que motiva a intervenciones quirúrgicas urgentes que traen consigo un mayor índice de morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

Tabla 2. Distribución de pacientes según el tipo de intervención quirúrgica realizada.

Tipo de cirugía	**NÚMERO**	**%**
Urgente	23	35.94
Electiva	41	64.06
Total	64	100

Fuente: Historia Clínicas.

En la serie de Rodríguez Fernández Z, Jean-Louis B, Casaus Prieto A, Pineda Chacón J, Joubert Álvarez G, (2015) informan que el 62,2 % de los pacientes fueron intervenidos de forma electiva y 37,8 % de forma urgente; este último valor ligeramente superior al comunicado en estudios similares, donde se refiere la aparición de recurrencias hasta en 24 % de los operados con carácter urgente. Coincidiendo con el presente estudio.

Se impone puntualizar que, para algunos autores, entre 8 y 30 % de las personas afectadas por cáncer de colon pueden padecer una oclusión intestinal en algún momento de la evolución natural de la enfermedad de ahí se van a definir un grupo de cuestiones como complicaciones postoperatorias, pronóstico de la enfermedad e índice de recurrencias y recidivas tumorales que van afectar seriamente la salud de los pacientes (Domínguez González E, 2016).

En la tabla 3. Se muestra la distribución de pacientes según el sitio de metástasis más frecuente del cáncer colon. Siendo en hígado el órgano más afectado con 6 pacientes para un 9.38% coincidiendo con el estudio de Khatri V., et al (2017), donde reportan entre el 15-25% de pacientes con metástasis hepáticas en el momento del diagnóstico, y hasta el 50% las desarrollarán durante la evolución de la enfermedad, principalmente en los 3 primeros años 5.

Esto obedece a que estos tumores primariamente localizados en el colon se diseminan por vía hemática provocando metástasis en el hígado a través de la circulación mesentérica – portal. Martínez J, Jarufe N, González R, Álvarez M, (2018) afirman: ´´El riesgo de presentar metástasis hepática en un paciente con cáncer colorrectal se correlaciona con el estadio del tumor primario: en etapa I, es aproximadamente 5 %, en estadio II, 15 % y 40 % para aquellos en etapa III´´ (p. 48). Tabla 3. Distribución de pacientes según el sitio de metástasis.

Lugar anatómico	**NÚMERO**	**%**
Hígado	6	9.38
Múltiples órganos	3	4.69
Vejiga	2	3.13
Intestino delgado	1	1.56

Omento mayor	1	1.56
Estómago	1	1.56
Pacientes sin metástasis	50	78.12
Total	64	100

Fuente: Historia Clínicas.

Este estudio no coincide con la serie de casos reportada por Domínguez González E, (2016) que reporta el intestino delgado como órgano más afectado con el 39,1% de los casos, esto pudiera guardar relación con la escasa casuística de este estudio en comparación con los otros citados anteriormente.

CONCLUSIONES

El diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal ha mejorado en grado significativo en los últimos 50 años. La mayoría de los avances es una respuesta directa a los retos que presenta la enfermedad y su tratamiento. Ejemplos de esto son la introducción de la proctectomía radical como respuesta directa a la falla de los procedimientos locales para controlar el cáncer de recto, las engrapadoras para facilitar las anastomosis colorrectales bajas y el tratamiento neoadyuvante para reducir el riesgo de la recurrencia local en el cáncer rectal.

REFERENCIAS

Domínguez G. E. (2016). Predictores de mortalidad en la oclusión intestinal mecánica por cáncer de colon. Revista Cubana De Cirugía [serial on the Internet]. [cited February 5, 2018]; 55(4): 287-295. Recuperado de: Academic Search Premier.

García G.A, Pardo G. G, et al. (2016). Cirugía Tomo III. Editorial Ciencias Médicas.

Goldman C. (2016) Tratado de Medicina Interna. Edición 25. (3).226. 1502-03

Hano G. OM, Castellanos G. M, Calzadilla B. L, Villa J. OM. (2017). Validación de técnica inmunoquímica para detección de sangre oculta en heces. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. [citado 28 Mar 2017]; 33(1):19-33. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000100003&lng=es

Khatri VP, Chee KG, Petrelli NJ. (2017) Modern multimodality approach to hepatic colorectal metastases: Solutions and controversies. Surg Oncol.16:71---83.

Martínez J, Jarufe N, González R, Álvarez M. (2018). Alternativas terapéuticas actuales de las metástasis hepáticas. *Rev Méd Chile*.136(3):376-84.

Patrice V. (2016) Cirugía del tracto digestivo inferior.Booksmedicos.org. Elsevier Masson. España.

Rodríguez F. Z, Jean-L B, Casaus P. A, Pineda C. J, Joubert Á.G.(2015) Algunas especificidades sobre el diagnóstico del cáncer de colon recurrente. Medisan [serial on the Internet]. [cited February 5, 2018]; 19(2): 169-179. Recuperado de: Academic Search Premier.

Schwartz. Principios de Cirugía. (2015)10ma edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.

DESARROLLO DE COMPETENCIAS COMUNICATIVAS PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN LA FORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

DEVELOP OF COMMUNICATIONAL COMPETENCE FOR THE CONFLICTS SOLVING IN THE FORMATION OF THE MEDICINE STUDENTS

Viviana Velázquez López vivi2010@ltu.sld.cu

Indira Velázquez López indiravl@infomed.sld.cu

Lisbeth Hernández Cervante dianylh@nauta.cu

RESUMEN

El presente artículo parte de un diagnóstico inicial de las insuficiencias detectadas en los estudiantes de primer año de medicina de la Filial de Ciencias Médicas de Puerto Padre, las cuales ocasionan dificultades en el trabajo grupal originando situaciones de conflicto. Para su elaboración se utilizaron los métodos de sistematización teórica y modelación. A partir del problema detectado se propuso para su solución el diseño de talleres de competencias comunicativas para la resolución de conflictos en los estudiantes de primer año de medicina. Este resultado se sustentó en el modelo del profesional de la salud que promueve el desarrollo de competencias comunicacionales durante el proceso formativo.

PALABRAS CLAVES: competencias comunicativas, resolución de conflictos, formación de estudiantes de medicina

ABSTRACT

This article is part of an initial diagnosis of the detected insufficiency in the first year of medicine students in The Medical Sciences School in Puerto Padre, these insufficiency produce some difficulties in the work group. For its elaboration we used the theoretical systematization and modulation method. Taking in to consideration the detected problem we proposed for its solution the design of communicative competences workshop for the conflicts solving in the first year medicine students. This result was supported in the model of health professional that promote the development of communicational competence during the formative process.

KEY WORDS: communicational competence, conflicts solving, formation of the medicine students

INTRODUCCIÓN

Transformar a las universidades en sitios donde se fomente la formación integral humana es una necesidad que se viene gestando desde hace más de medio siglo. Para lograr esto es necesario, como parte de los modelos pedagógicos de las universidades, incluir "… una vía para promover la formación de personas capaces de adaptarse a nuevos procesos, tecnologías y que puedan tener una actitud que las motive hacia su propia educación a lo largo de la vida" (Sánchez, 2017, p.40).

Desde el Modelo del Profesional del Médico se toma en cuenta este asunto, ya que al establecer el perfil del estudiante de medicina, se postula que deben:

> … poseer las cualidades de personalidad que le permitan prepararse para tomar decisiones acertadas bajo condiciones de presión psicológica, poseer aptitudes para el desarrollo para una adecuada comunicación con pacientes y familiares, poseer valores tales como honradez, humanidad, solidaridad, sacrificio, altruismo, respeto por los criterios de los demás, flexibilidad y capacidad de colaboración en trabajos de grupo…(Domínguez Hernández, 2012, pp.6-7).

La experiencia como docente en la Filial de Ciencias Médicas de Puerto Padre, así como la observación y los intercambios realizados con el claustro de profesores de primer año de medicina permitieron constatar algunas insuficiencias en los estudiantes relacionadas con:

El alto nivel de competitividad entre ellos que dificulta el trabajo en grupos.

La coordinación de responsabilidades entre los miembros de los equipos para la realización de los trabajos extraclases.

La frustración ante resultados evaluativos que no alcanzan sus expectativas y los dejan en evidencias ante el grupo.

Estas insuficiencias demostraron que existe una contradicción entre la aspiración planteada en el modelo del profesional médico que plantea la necesidad de que los estudiantes de medicina posean para su formación humanista, características personológicas que les permitan, mediante la utilización de una buena comunicación desarrollar la capacidad de trabajar en grupos, y el insuficiente desarrollo de competencias comunicativas que poseen los estudiantes para la resolución de conflictos en el trabajo grupal.

Este resultado condujo a formular el siguiente problema científico: ¿cómo contribuir a la resolución de conflictos escolares en los estudiantes de medicina? Para contribuir a la solución de esta interrogante se procedió a la realización de esta investigación con la finalidad de diseñar talleres de competencias comunicativas para la resolución de conflictos grupales en el proceso formativo de los estudiantes de medicina.

Durante el desarrollo de la investigación se recurrió a varios métodos. En cuanto a los del nivel teórico, se empleó para establecer los antecedentes de las competencias comunicativas para favorecer la resolución de conflictos, la sistematización teórica, mediante el estudio de resultados de investigaciones afines. Se utilizó además, la modelación para la elaboración de los talleres de orientación educativa.

Antecedentes de las vías para la resolución de conflictos

La resolución de conflictos constituye un área importante de trabajo dentro de la orientación educativa. Este tema ha sido tratado por autores como Caballero Grande (2010), Pareja Fernández de la Reguera y Pedrosa Vico (2012) y García Pujadas, Pérez Almaguer y Hernández Batista (2013), estos últimos en investigaciones realizadas en Cuba, los cuales han centrado sus propuestas en las educaciones primaria y secundaria, desde la caracterización de los principales conflictos existentes en los centros escolares en estos niveles de enseñanza, sus causas, consecuencias y los agentes responsables de contribuir a su solución.

Investigadores como Pérez Collera (2001), Martorell Pallás (2008) y Aguilar y Ariza (2014), han realizado estudios más amplios, en los que aportan las estrategias que

deben desarrollarse cuando se presentan situaciones que dificultan la convivencia en las instituciones escolares primarias y secundarias, las cuales se centran fundamentalmente en la mejora de las habilidades comunicativas.

Otros investigadores describieron métodos para la resolución de conflictos. De estos el más caracterizado por Valencia Osorio y Zapata Salazar (2007) y Grund (2017) es la mediación, sin embargo, este no es muy factible como única estrategia para la resolución de todos los tipos de conflictos. Guerrero Piedad, López Jiménez y Meza Altamar (2011) confirman como viable su empleo, pero incluyen en sus estudios, la descripción de la negociación y el arbitraje y el aprendizaje cooperativo como métodos útiles para el enfrentamiento de los conflictos escolares. Machado Hernández, González Ortega y Carbonell Manjarrez (2012) mencionan, además, las charlas, los juegos, la sanción y los talleres como el de mayor prioridad para enseñar a los estudiantes a mejorar la convivencia.

Por tanto, son limitadas las referencias teóricas acerca de la propuesta de vías que conlleven a la incorporación de competencias que favorezcan la resolución de los conflictos en la formación de los estudiantes de Educación Superior.

Formación-actividad-comunicación

Ser miembro de un equipo exige el poseer habilidades comunicativas. La comunicación como relación interactiva entre sujetos guarda estrecha relación con la actividad, porque la estructura y funciones de la actividad se dan también en la relación entre sujetos. Es en las relaciones sociales de los grupos donde se manifiesta el componente interactivo de la comunicación y en ellos influyen las características del contexto concreto donde se desarrollan, pero a la vez están matizados por las características personológicas de sus miembros. Es en este proceso de intercambio de actividad donde los individuos logran autoconocerse, crear su modo de ser, de pensar y formar sus valores (Calzado Lahera, 2004).

La actividad comprende todas las áreas del quehacer humano y mediante ella se logra desarrollar y transformar la realidad social e individual. Por tanto es inherente al proceso de formación de los estudiantes de educación superior (Calzado Lahera, 2004).

El proceso de formación no implica solamente la iniciación de las convicciones, ideales, valores y conocimientos, sino que comprende tres niveles. En primer lugar debe realizarse una preparación mediante la cual el estudiante conforma los recursos que le permiten la incorporación de valores, actitudes, ideales, convicciones, conocimientos y modos de actuación. En segundo lugar, la consolidación de estos aspectos y finalmente su proyección y desarrollo (Addine, Recarey, Fuxá y Fernández, 2007).

La formación es entendida como “nivel que alcance un sujeto en cuanto a la explicación y comprensión que tenga de sí mismo y del mundo material y social” (Chávez Rodríguez, Suárez Lorenzo, y Permuy González, 2003, p.14). Expresa hacia dónde se dirige el desarrollo y este conduce a los sujetos a un nivel psíquico de orden superior (Chávez Rodríguez et al., 2003), porque aporta nuevos elementos al proceso de formación logrando una transformación (Addine et al., 2007). Además, como orientación del desarrollo hacia un fin determinado implica el uso de un enfoque humanista (Chávez Rodríguez et al., 2003).

El desarrollo responde a las regularidades internas de los estudiantes mientras que la formación está más relacionada con las regularidades del proceso educativo que se encuentre en su base (Chávez Rodríguez et al., 2003).

Los conflictos y su resolución

Si se toma en cuenta que el conflicto se define como "fenómeno de incompatibilidad entre personas o grupos" (Pérez Archundia y Gutiérrez Méndez, 2016, p.164), se puede inferir que interfiere en las relaciones sociales que se producen en los grupos. Pérez Archundia y Gutiérrez Méndez (2016) añaden además que los conflictos se originan por problemas de percepción individual y/o una deficiente comunicación interpersonal.

Por tanto, para resolver los conflictos es necesario que mejore el funcionamiento del grupo y se restablezca y perfeccione la comunicación porque esto permite que se logre el entendimiento de las subjetividades personales. Es por esto que las resoluciones deben ir encaminadas a lograr estos objetivos (Pérez Archundia y Gutiérrez Méndez, 2016).

La resolución de conflicto, como plantean Guerrero Piedad et al. (2011) es un:

> Proceso mediante el cual de manera adecuada se pone fin a un desacuerdo o desavenencia que se presenta entre dos o más partes; dicho acuerdo debe buscar un equilibrio o equidad, con lo cual se permitirá que las partes involucradas resulten beneficiadas. Los acuerdos deberán ser respetados por los intervinientes para que el proceso de resolución sea fructífero (p.65).

Es en la etapa de la juventud, la cual coincide con la formación en el nivel superior de educación, al que pertenecen los estudiantes de medicina, donde como destaca Fernández (2006) se desarrolla el pensamiento conceptual teórico que tiene como característica el ser reflexivo y además, adquiere un carácter emocional personal. En esta etapa existe un interés por la solución de problemas cognoscitivos generales y por todo lo relacionado con los valores morales e ideológicos, aspectos que se reflejan en la comunicación de los individuos.

De acuerdo con lo expuesto es necesario como vías para manejar la presencia de conflictos en los grupos escolares de educación superior: desarrollar competencias comunicativas, que favorezcan la capacidad de trabajo grupal y por ende la resolución de conflictos.

La comunicación en la resolución de conflictos

La comunicación según Calzado Lahera (2004) constituye:

> Un proceso del ser humano en el cual se actúa recíprocamente con los restantes sujetos. En este devenir interactivo las relaciones sociales se realizan en un contexto concreto, matizado además por las particularidades psicológicas de cada uno de los participantes. Este proceso de intercambio es al mismo tiempo, una vía de autoconocimiento, de autocontrol; en el intercambio de su modo de actuación, de pensar, de decir, se refleja a sí mismo y aprende a valorarse (p.67).

"La comunicación interpersonal permite el desarrollo del hombre en sociedad y se da como un proceso bioantroposociocultural complejo que involucra tanto a individuos como a grupos" (Ribot Reyes, Pérez Martínez, Rousseaux Mola y Vega González, 2014, p.353).

Aprender a resolver conflictos requiere el desarrollo de competencias comunicativas, y una de las vías en la que es posible lograrlo es a través de trabajos en grupo, que sean orientados acertadamente, en los que se eduque en cuestiones como el respeto, la tolerancia y la empatía, para que luego estos aprendizajes se reproduzcan en las interacciones sociales.

Desarrollar las competencias comunicativas implica que se tengan en cuenta tanto los elementos cognitivo-instrumentales como afectivo-motivacionales. Se deben desarrollar una serie de conocimientos, sistema de acciones y operaciones que se sistematicen en habilidades y hábitos que permitan formar una cultura comunicativa en la que intervienen además las necesidades, motivos, expectativas, vivencias y rasgos de la personalidad del individuo, dirigidos de modo tal que se facilite la eficiencia en el proceso de comunicación interpersonal (Fernández González, 2002).

La forma en que se tratan los conflictos, de acuerdo con el estilo comunicativo empleado, ejerce una influencia determinada que permitirá la solución de este o su agravamiento. Camargo Uribe y Hederich Martínez (2007) plantean que de acuerdo con la cultura en que el individuo se encuentra insertado se distinguen dos estilos comunicativos: el competitivo y el colaborativo. El estilo competitivo se caracteriza por una actitud de confrontación en la que el habla es objetiva e inexpresiva, con un discurso claro, directo y preciso. Se destaca por presentarse el punto de vista individual y una actitud impersonal (Camargo Uribe y Hederich Martínez, 2007).

En el estilo colaborativo se presenta una actitud amistosa y colaborativa, donde el habla involucra elementos relacionales y es emocional y abierta, con un discurso indirecto, ambiguo y dubitativo. Se caracteriza por presentar el punto de vista colectivo y una actitud personalizada (Camargo Uribe y Hederich Martínez, 2007). Por tanto, el estilo de comunicación colaborativo es el que contribuye a que los estudiantes aprendan a manejar acertadamente los conflictos.

Si se pretende lograr que en la formación de los estudiantes de medicina, se logren las transformaciones deseadas, y se cumplan los elementos de la comunicación colaborativa, en un clima de convivencia y se desarrollen las competencias necesarias para la resolución de los conflictos que surgen en el proceso formativo, deben ser orientados con una serie de elementos que les ayudarán a comprender el proceso comunicativo. Independientemente de la forma en que se organice el trabajo docente o extradocente, y de los sujetos que estén implicados en su desarrollo, es necesario considerar para lograr resolver los conflictos escolares, los componentes de la comunicación que describe Durán Gondar (2002), entre los que se encuentran:

En los informativos: considerar la importancia de una codificación y decodificación adecuada, a través de la utilización de signos conocidos y de un código común. Usar varios canales para la comunicación. Ser coherentes con el discurso verbal y no verbal. Evitar saturar al receptor con gran cantidad de información. Utilizar fuentes de indicadores variados para la retroalimentación, entre los que se incluyan: gestos, miradas, actitudes corporales, productos de la actividad y propiamente verbales. Evitar ruidos físicos y psicológicos.

En los perceptivos: Lograr una adecuada percepción de sí y del otro, teniendo en cuenta el ser empáticos. Usar adecuadamente los diferentes medios de dominio de los

lenguajes de cada individuo: visual, auditivo y kinestésico. Lograr la orientarse en las situaciones y con los diferentes interlocutores. Percibir correctamente la palabra ajena a través de una escucha atenta. Usar adecuadamente la persuasión y la sugestión. Dominar los elementos no verbales de la comunicación. Ser auténtico y demostrar seguridad en sí mismo.

En los interactivos: Comprender el rol asumido por el maestro y los estudiantes. Conocer la dinámica de las interrelaciones en la actividad, si son complementarias, de desigualdad, o simétricas, de igualdad). Identificar el clima emocional presente.

Teniendo en cuenta estos referentes teóricos, se procedió a la elaboración de los talleres.

Talleres de competencias comunicativas para la resolución de conflictos grupales

Para la elaboración de los talleres se asumieron los criterios de Calzado Lahera (2004) y se dirigieron al desarrollo de competencias comunicativas en los estudiantes de primer año de medicina.

A continuación se relacionan los talleres:

Taller 1: El componente informativo de la comunicación en la resolución de conflictos escolares

Objetivo: reflexionar en torno al desarrollo del componente informativo de la comunicación como elemento importante para la resolución de conflictos.

Función: teórico-práctica

Sugerencias metodológicas:

- Plenaria inicial: en este momento inicial se realizarán preguntas relacionadas con el material estudiado previamente: ¿Qué es la resolución de conflictos? ¿Qué vías pueden favorecer la resolución de conflictos? ¿En qué consiste la comunicación? Se analizará en qué consisten los componentes de la comunicación.

- Trabajo en pequeños grupos: se procederá a la organización de los estudiantes en pequeños equipos y a cada uno se les entregará una característica del componente informativo de la comunicación para que analicen en qué consisten. Luego procederán a su exposición y pondrán un ejemplo práctico en el que enfaticen la importancia de la utilización de la característica que les correspondió estudiar.

Equipo 1: Considerar la importancia de una codificación y decodificación adecuada, a través de la utilización de signos conocidos y de un código común.

Equipo 2: Usar varios canales para la comunicación.

Equipo 3: Ser coherentes con el discurso verbal y no verbal.

Equipo 4: Evitar saturar al receptor con gran cantidad de información.

Equipo 5: Utilizar fuentes de indicadores variados para la retroalimentación, entre los que se incluyan: gestos, miradas, actitudes corporales, productos de la actividad y propiamente verbales.

Equipo 6: Evitar ruidos físicos y psicológicos.

Posteriormente se formularán algunas preguntas para promover el debate y la reflexión entre los estudiantes sobre las características analizadas, en las que se impliquen personalmente.

¿Qué beneficios obtengo al aplicar las características del componente informativo de la comunicación?

¿Cuál canal prefiero utilizar cuando me comunico?

¿Cómo la utilización de las características del componente informativo de la comunicación me capacita para resolver conflictos?

- Cierre del taller: se realizará una síntesis del tema tratado en el taller y su vinculación en las relaciones que se dan dentro del grupo y en la educación en el trabajo para la resolución de conflictos.

Taller 2: El componente perceptivo de la comunicación en la resolución de conflictos escolares

Objetivo: reflexionar en torno al desarrollo del componente perceptivo de la comunicación como elemento importante para la resolución de conflictos.

Función: teórico-práctica

Sugerencias metodológicas:

- Plenaria inicial: se recomienda la realización de la relatoría del encuentro anterior, mediante la descripción que hace Durán Gondar (2002) de las características del componente informativo de la comunicación.

Se conducirán las reflexiones en el grupo al analizar las siguientes interrogantes: ¿Qué tema se abordó en el encuentro anterior? ¿Qué elementos pudieron poner en práctica? ¿Cuáles aspectos necesitan mejorar?

Trabajo en pequeños grupos: se procederá a la organización de los estudiantes en pequeños equipos y en cada uno se analizarán las características del componente perceptivo de la comunicación para que analicen en qué consisten.

Posteriormente se procederá a la realización de la dinámica ¿Estás siguiendo mis instrucciones? con el objetivo de demostrar a los estudiantes la importancia de una buena escucha. Antes de empezar la actividad se escribirán las indicaciones presentadas a continuación en tarjetas que se doblarán y se depositarán en varios recipientes que se entregarán a los grupos.

Indicaciones:

- Da consejos sin que te lo pidan.
- Interrumpe y evita que el emisor termine de hablar.
- Trata de contar una historia mejor que la del emisor.
- Calla al emisor.
- Felicita al emisor.
- Cambia el tema.

- Entiende cómo se siente el emisor.
- No respondas.
- Ríe cuando el emisor está serio.
- Habla con alguien más, mientras el emisor tiene la palabra.
- Siéntese molesto y ofendido por lo que dice el emisor.

Se comenzará la actividad explicando a los equipos que la comunicación es una calle de dos vías. La persona que habla (emisor) tratará de ser tan clara como sea posible con el mensaje que envíe y un oyente (perceptor) actuará de acuerdo con lo que diga la tarjeta que seleccione.

Cada equipo seleccionará un emisor y un perceptor, hasta que hayan participado todos los miembros de cada equipo. Para ayudar a los estudiantes a comprender la manera de conducir esta actividad, se utilizará el siguiente ejemplo:

Emisor: “Mi novio dice que tenemos que dejar de salir tan frecuente. Necesita estudiar más. Quiere participar en varios exámenes de premio, pero solo lo conseguirá si mantiene altas sus calificaciones. Él dice que podemos estudiar juntos...”

Receptor: “Creo que deberías empezar a salir con otros muchachos”. (Da consejos sin que te lo pidan)

Posteriormente se procederá a la discusión de los siguientes aspectos:

¿Qué acciones de los oyentes hicieron sentir bien a los expositores?

¿Sintió que los oyentes estaban escuchando?

¿Cómo se siente cuando alguien no escucha lo que está diciendo?

¿Cuáles respuestas habrían sido mejores?

¿Ha escuchado a alguien responder de esta forma?

¿Alguna vez has usado respuestas como éstas?

¿Cómo le gustaría que los demás lo escucharan?

¿Cómo puedes comunicar a alguien que estás escuchando?

Cierre del taller: se realizará una síntesis del tema tratado en el taller y se valorará la importancia de su vinculación en las relaciones que se dan dentro del grupo y en la educación en el trabajo para la resolución de conflictos.

Taller 3: El componente interactivo de la comunicación en la resolución de conflictos escolares

Objetivo: reflexionar en torno al desarrollo del componente interactivo de la comunicación como elemento importante para la resolución de conflictos.

Función: teórico-práctica

Sugerencias metodológicas:

Plenaria inicial: se recomienda la realización de la relatoría del encuentro anterior, mediante la descripción que hace Durán Gondar (2002) de las características del componente interactivo de la comunicación.

Se conducirán las reflexiones en el grupo al analizar las siguientes interrogantes: ¿Qué tema se abordó en el encuentro anterior? ¿Qué elementos pudieron poner en práctica? ¿Cuáles aspectos necesitan mejorar?

Trabajo en pequeños grupos: se procederá a analizar en los equipos formados con anterioridad los elementos teóricos del componente interactivo de la comunicación según Durán Gondar (2002), los cuales serán analizados y debatidos en los equipos vinculando su empleo en la comunicación con los componentes informativo y perceptivo.

Posteriormente se procederá a la realización de la dinámica “Nuestro cuento” con el objetivo de propiciar la comunicación y cohesión del grupo, además, de que comprendan la importancia de la asunción de los roles establecidos para alcanzar las metas. Cada equipo comenzará proponiendo el título del cuento que crearán entre todos. Cada estudiante aportará una parte del argumento hasta concluirlo, mientras uno de los miembros de cada grupo que será elegido como coordinador lo escribirá y dirigirá la participación. Una vez terminado, se leerá y se pedirá la aprobación del equipo o nuevas sugerencias.

Luego se realizará la discusión de los siguientes aspectos:

¿Cómo te sentiste en el rol que estabas asumiendo, como coordinador o miembro de redacción del equipo?

¿Qué piensas de la participación de los otros miembros del equipo en la redacción del cuento?

¿Cuáles fueron las principales dificultades que se presentaron durante la redacción? ¿Qué hicieron para solucionarlas?

Cierre del taller: se realizará una síntesis del tema tratado en el taller y se valorará la importancia de su vinculación en las relaciones que se dan dentro del grupo y en la educación en el trabajo para la resolución de conflictos.

CONCLUSIONES

La sistematización de los referentes teóricos permitió comprobar el limitado abordaje del tratamiento de la resolución de los conflictos escolares para el caso de la Educación Superior, nivel escolar en el que debido a las características de la etapa del desarrollo de los estudiantes que la cursan, resulta factible la ejecución de talleres para lograr la resolución de los conflictos que se dan en la interrelación grupal.

El sistema de talleres de competencias comunicacionales para la resolución de conflictos grupales, posibilita mejorar la formación de los estudiantes de primer año de medicina al prepararlos mediante el trabajo en equipo para desarrollar estas competencias.

REFERENCIAS

Aguilar, T. M. y Ariza, J. L. (2014). *Cartilla para la resolución del conflicto escolar desde los derechos humanos*. (Tesis de maestría, Universidad Distrital Francisco José de Caldas). Recuperado de repository.udistrital.edu.co/repository.udistrital.edu.co/bitstream/11349/.../2/AguilarMorenoTatianaMarcela1.pdf

Addine, F., Recarey, S., Fuxá, M. y Fernández, S. (2007). *Didáctica: teoría y práctica.* Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

Caballero G., M. J. (2010). Convivencia escolar. Un estudio sobre buenas prácticas. *Revista paz y conflictos, 1*(3), 154-169.

Camargo U., A. y Hederich Martínez, C. (2007). El estilo de comunicación y su presencia en el aula de clase. *Segunda época, (26),* 3-12.

Calzado L., D. (2004). *Un modelo de formas de organización del proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación inicial del profesor.* (Tesis doctoral). Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona, La Habana, Cuba.

Chávez R., J. A., Suárez L., A. y Permuy G., L. D. (2003). *Acercamiento necesario a la Pedagogía General.* La Habana: Instituto Cubano de Ciencias Pedagógicas.

Durán G, A. (2002). El proceso docente-educativo como proceso comunicativo. En Alonso Martínez, M. C. (Ed.), *Comunicación educativa.* (pp. 77-90). Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

Fernández, L. (2006). *Pensando en la Personalidad. Selección de lecturas (Tomo I)*. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Fernández G, A. M. (2002). Habilidades para la comunicación y la competencia comunicativa. En Alonso Martínez, M. C. (Ed.), *Comunicación educativa.* (pp. 49-60). Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

García P, M. I., Pérez A, R. y Hernández B, R. (2013). Convivencia escolar en secundaria básica. *Revista Científica Trimestral, 19*(3).

Grund, V. (2017). *Los conflictos en los centros escolares.* [CD-ROM].

Guerrero P, C., López J, E. y Meza A, Y. E. (2011). Diagnóstico de los conflictos estudiantiles y su manejo, para el diseño de unidades conceptuales en una cartilla pedagógica. *Escenarios, 9*(2), 58-69. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4495535.pdf

Machado H, A., González O, G. y Carbonel M, T. (2012). Estrategias pedagógicas para la solución de conflictos escolares. *Escenarios*, *10*(1), 63-68. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4496067.pdf

Martorell P, C. (2008). *Convivencia escolar: casos y soluciones.* Recuperado de *https://educrea.cl › Biblioteca Docente › Convivencia Escolar.pdf*

Pareja F de la R, J. A. y Pedrosa Vico, B. (2012). Mejora de la convivencia a través de la investigación-acción participativa. *Profesorado, 16*(3), 467-491.

Pérez A, E. y Gutiérrez Méndez, D. (2016). El conflicto en las instituciones escolares. *Ra Ximhai 12*(3), 163-180.

Pérez C, A. (2001). Conflictividad escolar: Tipos, causas y respuestas. *Estudios de Juventud, 1*(52), 15-22. Recuperado de http://www.injuve.es/sites/default/files/Revista52-2.pdf

Ribot R, V. C., Pérez M, M., Rousseaux M, E. y Vega G, E. Y. (2014). La comunicación en Pedagogía. *Educación Médica Superior, 28*(2), 347-355.

Valencia, A. M. y Zapata S, S. V. (2007). *La solución de conflictos a través de la mediación en el aula.* (Tesis de licenciatura, Universidad Tecnológica de Pereira). Recuperado de: repositorio.utp.edu.co/dspace/bistream/11059/497/1/3707V152.pdf

EVALUACIÓN DE PROCESO DEL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DEL BAJO PESO AL NACER

PROCESS EVALUATION OF REDUCTIONS PROGRAM OF LOW BIRTH WEIGHT

Yailen Piñeda Mendoza. yoennypg@ltu.sld.cu

Yoenny Peña García yoennypg@ltu.sld.cu

Joanne Mola Vega. joanne71@ltu.sld.cu

RESUMEN

La prevención del bajo peso al nacer constituye una prioridad de salud pública a escala mundial y un poderoso instrumento para la reducción de la mortalidad infantil. Se realizó un estudio en sistemas y servicios de salud para evaluar indicadores de proceso del programa de bajo peso al nacer en Puerto Padre, 2018. La muestra quedó constituida por médicos especialistas y residentes en Medicina General Integral, y obstetras, utilizando un muestreo probabilístico por asignación en consultorios médicos. Continúa la incidencia de bajo peso, predominaron evaluaciones de mal en conocimiento de los protocolos de actuación, prevención y conducta de anemia, desnutrición materna, sepsis vaginal, sepsis urinaria, adolescencia, conducta médica y del ginecobstetra así como mala calidad de la atención en la ocurrencia de bajo peso. El conocimiento y conducta médica para la prevención y control del bajo peso no tuvo los resultados esperados, evidenciándose deficiencias en su prevención y control.

PALABRAS CLAVES: Bajo peso al nacer, Evaluación de programa, Proceso, Indicadores.

ABSTRACT

The prevention of the Low Birth Weight constitutes a priority of public health to world scale and a powerful instrument for the reduction of the infantile mortality. It was carried out a study in systems and services of health to evaluate indicators of process of the program of Low Birth Weight in Puerto Padre, 2018. The sample was constituted by the specialist doctors and residents in Integral General Medicine, obstetricians, using a probabilistically sampling for assignment in medical clinics, to evaluate knowledge and quality of the attention according to performance protocols and experts' approaches. Continuous the incidence of Low Birth Weight, evaluations prevailed of bad in knowledge of the performance protocols, prevention and behavior of anemia, maternal malnutrition, vaginal sepsis, urinary sepsis, adolescence, medical and obstetrician behavior as well as bad quality of the attention in the occurrence of Low Birth Weight. The knowledge and medical behavior for the prevention and control of the Low Birth Weight didn't have the prospective results, being evidenced deficiencies in its prevention and control.

KEY WORDS: Low Birth Weight, Program Evaluation, Process, Indicators.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de tecnologías de salud es el proceso para determinar y aplicar criterios y normas con la finalidad de realizar un juicio sobre los diferentes componentes del conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos usados

en la atención médica, así como los sistemas organizativos con los que se presta asistencia sanitaria. Comprende un conjunto de actividades que tienen por objetivo determinar el valor de un programa, intervención o proyecto específico. Por lo tanto, significa poder relacionar directamente un producto o resultado especifico con una intervención en particular, Toledo Curbelo (2004)

El proceso es la dimensión de la calidad que reúne información sobre el funcionamiento de la prestación que brindan los profesionales de la salud y la interacción de las actividades de apoyo diagnóstico, lo que obliga al evaluador a conocer los mecanismos de funcionamiento de los servicios, soportes administrativos y en especial a los cuidados de la atención médica, reflejado en las interacciones entre los profesionales y sus pacientes. Es decir aborda los servicios producidos y utilizados, puede referirse a: Aspectos técnicos definidos o normados por los profesionales; Nivel organizacional, procesos organizativos implantados; y a la calidad de la atención a los pacientes, Bayarre Vea (2006)

La prevención del bajo peso al nacer (BPN) constituye una prioridad de la salud pública a escala mundial y un poderoso instrumento para la reducción de la mortalidad infantil. La atención primaria de salud mantiene un seguimiento estricto de la embarazada y del recién nacido que son llevados a cabo por los médicos y las enfermeras del plan del médico de la familia apoyados por el grupo básico de trabajo (GBT) que involucra en primer lugar al obstetra, seguido del pediatra y de todos los profesionales necesarios para garantizar el estado de salud óptimo del dúo madre-hijo, Quintero Paredes (2017), Jiménez García (2017)

El bajo peso al nacer constituye uno de los principales problemas de salud actuales, pues aunque se presentan entre el 6 y 7% de los nacimientos, está relacionado con más del 75% de la mortalidad perinatal. Es un tema actual a nivel mundial y nacional teniendo en cuenta que esta complicación repercute de forma negativa sobre la morbilidad y mortalidad infantil, provocando secuelas que incapacitan al niño desde el punto de vista físico y social, Rojas Salazar (2015)

En nuestro país se diseñaron estrategias sanitarias que revirtieron favorablemente el cuadro de salud, tanto es así, que se ubica a Cuba, entre los 5 grupos de países con indicadores más bajos del mundo. Para poder seguir disminuyendo la mortalidad infantil, es necesario lograr bajos índices de bajo peso, Maturell Comas (2014), Arzuaga Ramírez (2017)

En la provincia de Las Tunas hasta la semana 52 del año 2017 el total de nacidos vivos fue de 5870, de los cuales 159 fueron bajo peso al nacer con un índice de 6,3%, MINSAP-DVM Puerto Padre (2017)

En el municipio de Puerto Padre el pasado año, el total de nacidos vivos fue de 949, de los cuales 59 fueron bajo peso al nacer y de estos 7 pertenecieron al área de salud Rafael Izquierdo con un índice de 3,6%, 20 al 28 de Septiembre con un índice de 7,5% y 32 al Romárico Oro con un índice de 6,4% para un índice municipal de 6,2% MINSAP-DEM Puerto Padre (2017)

Se realizó esta investigación para evaluar los indicadores del proceso del programa de bajo peso al nacer. Municipio Puerto Padre. Provincia Las Tunas durante el año 2018.

Dispensarización de riesgo y ocurrencia de bajo peso según grupo básico de trabajo.

El bajo peso continúa siendo un problema de salud, por lo que constituye tema de constante estudio, y es en la atención primaria de salud donde verdaderamente se pueden realizar acciones que puedan prevenir esta entidad. En la ocurrencia de bajo de esta investigación predominó el pretérmino comprendido en edades gestacionales de 33-36 semanas coincidimos con la Dra. Zonia Fernández Pérez (2015) en su investigación en el municipio de San Antonio de los Baños provincia de Artemisa donde encuentra que el 58,62 % de los bajo peso nació antes de las 37 semanas de gestación, Quintero Paredes (2017) en un estudio de bajo peso en el policlínico Pedro Borras de Pinar del Río demuestra con respecto al tiempo de gestación al nacimiento un predominio de bajo pesos entre 28 y 36 semanas de gestación de igual forma Gómez Hernández T (2014) demuestra un predominio de las mujeres que al momento del parto tenían una edad gestacional menor de 37 semanas (pre-término)

Tabla 1. Evaluación del programa de bajo peso al nacer. Municipio Puerto Padre. Las Tunas 2018. Dispensarización de riesgo y ocurrencia de bajo peso según grupo básico de trabajo.

GBT	Dispensarizadas	De ellas BP	Aportan bajo peso	Porciento N=18
GBT 1	68	46	8	44,5
GBT 2	91	22	6	33,3
GBT 3	43	27	4	22,2
TOTAL	202	95	18	100

Fuente: Estadística municipal y del Departamento del PAMI.

En la Tabla 1 se relacionan las gestantes dispensarizadas con riesgos por GBT resultando ser el GBT 2 el de mayor dispensarización de gestantes con riesgos y el GBT 1 de mayores riesgos de bajo pesosiendo el que más bajo peso aportó con 8 y el 44,5%. El índice de BP del municipio fue 4,1 por debajo del propósito nacional con 18 ocurrencias en el año. Según la edad gestacional resultaron ser de 33-36 semanas los de mayor incidencia con 8 casos.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2008) publicó, que alrededor de 20 millones de niños a nivel mundial nacen con bajo peso lo que equivale al 17 % de todos los nacimientos de los países en vías de desarrollo, tasa que duplica la de los países desarrollados que se corresponde con 7 %. En Estados Unidos se sitúa alrededor del 7 %, en el Reino Unido 6 % y en España en torno al 5%.

Evaluación del conocimiento de Riesgos y Protocolos de actuación para la prevención del bajo peso al nacer.

En relación al conocimiento de los profesionales sobre los riesgos de bajo peso y los protocolos de actuación se demostró que el 42,9% de forma general no conocen los riesgos, en cuanto a los protocolos en el de retraso del crecimiento intrauterino los mayores porcientos son con evaluación de regular, en hipertensión arterial, parto pretérmino y embarazo Gemelar las evaluaciones de bien predominaron.

Relacionado con el conocimiento de riesgos en esta investigación fue el GBT 1 el de menos conocimientos coincidiendo con ser el más afectado por la ocurrencia de bajo peso, esto demuestra que estamos ante una seria problemática para enfrentar este programa en el municipio. En este sentido se ha abordado en la literatura la significancia de este problema de salud, evidenciando que:

> La magnitud del problema que representa el bajo peso al nacer es tan importante que resulta fundamental analizar la calidad de la atención prenatal, específicamente en gestantes consideradas de riesgo obstétrico, por la probabilidad incrementada de tener un parto pretérmino y por consiguiente un bajo peso al nacer, siempre teniendo en cuenta los conocimientos que sobre el tema tiene el personal médico, ya que los problemas en la atención que brinda dicho profesional emergen desde el mismo análisis del proceso de trabajo. Selva Capdesuñer (2018)

Esta es una herramienta que permite, desde una posición teórico-metodológica, precisar aquello que disminuye la calidad de la asistencia médica y orientar hacia las necesidades educativas que puedan ser más efectivas para la transformación del proceso de trabajo y de la misma situación de salud.

Se evaluaron conocimientos de riesgos por GBT predominando evaluaciones desfavorables de forma general y en cuanto a los protocolos aunque predominan evaluaciones buenas, las mala han repercutido en el proceso en el GBT 1, Maturell Comas (2014), en una investigación en Policlínico Universitario “Julián Grimau García” de Santiago de Cuba demuestra conocimiento inadecuado sobre lascausas que conllevaron al bajo peso al nacer, pues solo 76,0 % de los profesionales dieron respuestas correcta.

El conocimiento de los riesgos y protocolos de actuación para CIUR, parto pretérmino, riesgo de embarazo gemelar, de hipertensión arterial, anemia, desnutrición materna, sepsis vaginal, sepsis urinaria y adolescencia, resultaron evaluaciones de mal en los GBT 1 y 3. El saber actuar ante cada riesgo es de vital importancia para los EBT y GBT en su diario proceder para la prevención del BP.

Del conocimiento del EBT en cuanto a prevención y conducta de anemia, desnutrición materna, sepsis vaginal, sepsis urinaria y embarazo en la adolescencia en el GBT 3 la evaluación fue mal. El proceso de evaluación de las competencias profesionales del médico general integrales vital para diagnosticar sus necesidades de aprendizaje e implementar acciones para su perfeccionamiento continuo, de quien hoy en día la sociedad espera mucho más y exige mayor nivel de competencia y capacidad de resolución.

Por otra parte según Maturell Comas (2014), el desarrollo del capital humano es una de las condiciones más importantes para lograr que los servicios sanitarios mejoren su

capacidad resolutiva y la calidad de las prestaciones. El tema de la formación continua de este personal en la atención primaria de salud constituye actualmente un problema priorizado del Sistema Nacional de Salud, de ahí que la calidad científica y humana de los trabajadores de este sector sean el sostén y, en gran parte, la garantía de los logros de la Salud Pública en el país.

Selva Capdesuñer (2018) planteó que la evaluación de la competencia profesional implica la valoración de la esfera cognoscitiva, así como de las habilidades y experiencias adquiridas en el terreno. En efecto, la competencia es la aptitud o capacidad demostrada para desarrollar de forma idónea una actividad o tarea, es lo que el trabajador sabe hacer.

Evaluación de la conducta médica

La conducta médica del EBT los mayores porciento conevaluaciones malas predominando el GBT 1. En cuanto a los ginecobstetras también predominaron las evaluaciones malas.

En la conducta médica en consultas del médico según respuestas de los galenos predominaron evaluaciones de mal con el 37,1% principalmente en el GBT 1, lo que lleva a mala calidad de la atención de igual forma para los ginecobstetras .Gallardo et al (2012) encontraron insuficiencias en el conocimiento de los galenos en cuanto a la conducta a seguir ante una amenaza de parto pretérmino y las acciones encaminadas a prevenir el bajo peso al nacer, con 58 y 71 %, respectivamente.

La necesidad de una actualización profesional constante en un mundo que cambia a ritmo acelerado, es un tópico aceptado universalmente. Las decisiones técnicas adecuadas están condicionadas por la posibilidad real de ejecutarlas y por la información y conocimiento que poseen los profesionales en determinado momento, principalmente, en la atención a gestantes con riesgo de tener un neonato con bajo peso. De este conocimiento depende, en gran medida, la reducción de la morbilidad y la mortalidad perinatales.

Calidad de la Atención

La calidad de la atención aunque predominaron las evaluaciones de bien, fue mala en 9 observaciones para el 25,7%, en el GBT 1 la evaluación fue mal, en cuanto a conducta y desempeño, analizadas en la reunión de análisis según la ocurrencia de bajo peso el 100% la evaluación fue mal.

El estado de satisfacción de gestantes de riesgo y familiares en cuanto a atención médica fue negativo aunque predominan los satisfechos con respuestas positivas para la atención médica con el 82,7% resultó ser menor del 90%.

Evaluación

Puntuación total alcanzada…….. 60 puntos

Evaluación en el proceso del programa de bajo peso al nacer……Mal

Selva Capdesuñer A (2018) concluyó que de manera general, en la evaluación realizada al proceso de atención a gestantes parala prevención del bajo peso al nacer, se determinó que su calidad no fue la mejor y lasdificultades detectadas en la

competencia profesional, tanto en conocimiento como en el desempeño, pudieron haber incidido en los resultados negativos del Programa de Atención Materno-Infantil en el área de salud.

En esta investigación se evaluó la calidad de la atención con gestantes de riesgos en el accionar de los medico predominando las evaluaciones de mal en el GBT 1. Resultados similares a estos encontró Maturell Comas (2014) donde demuestra que existió un desempeño inadecuado por parte de los médicos participantes en el estudio en cuanto a competencia y desempeñoprincipalmente en llenado correcto del carné de embarazada descripción en la historia clínica de esta de la anamnesis remota y reciente, control y tratamiento adecuado según factor de riesgo identificado, indicación de los exámenes complementarios y su interpretación, seguimiento adecuado de la gestante de riesgo y la conducta a seguir con una gestante con amenaza de parto pretérmino. Por su parte Castillo Limonta (2004) en su estudio sobre calidad de la atención a gestantes con riesgo de bajo peso al nacer expresó que las capacitaciones impartidas no fueron fructíferas, pues no se ha logrado modificación de los conocimientos que sobre el tema poseen los médicos como profesionales de la salud.La evaluación de calidad de la atención según ocurrencia de bajo pesos en reuniones de discusión y análisis del municipio en el 100 % de los casos fue inadecuada, detectando en todas fallas en la atención. Las principales deficiencia resultaron ser laconducta inadecuada ante sepsis vaginal, urinaria, curva de peso y TA, mal control del riesgo preconcepcional, no realización de urocultivo,nointerconsulta, control inadecuado del nutricionista, deficiencias en consulta de obstetra y evaluación tardía de este, no ingreso hospitalario y/o en hogar materno con criterio de ellos, dificultad con el ingreso domiciliario, la no realización de complementarios que exige el programa no realización del tacto a la captación y otras en menor cuantía. Fernández Perez (2005) demuestra que los factores prenatales que pudieron constituir posiblescausas del bajo peso al nacer fueron sepsis vaginalen algún período del embarazo; hipertensión arterial, sepsis urinaria, anemia, tabaquismo y embarazos múltiples. Por su parte Quintero Paredes (2017) demuestra relación entre el BPN y los riesgos maternos previos a lagestación donde el riesgo previo más frecuentes fue elantecedente de partos con BPN seguido de hipertensión arterial, antecedentes de aborto, de Diabetes Mellitus, de bajo peso preconcepcional y laadolescencia, con lo que coincidimos.

El desempeño profesional es el comportamiento o conducta real de lostrabajadores tanto en el orden técnico como en las relaciones interpersonales que secrean en el proceso salud-enfermedad de la población, es lo que el trabajador hace. Sedefine como la conducta real del individuo durante su participación en el proceso.Dicha categoría constituye el centro del proceso de atención médica, pues medianteella se garantiza el cumplimiento de dicho proceso, así como el acceso a lastecnologías necesarias y el alcance de los resultados en técnicas de eficacia clínica, diagnóstica y terapéutica. La satisfacción de los usuarios es un indicador que mide calidad de los servicios, solo la insatisfacción habla de mala calidad de los servicios, Castillo Limonta (2004)

CONCLUSIONES

La incidencia de recién nacido bajo peso al nacer así como la permanente incidencia de factores de riesgo que favorecen su aparición y el desempeño inadecuado de los

profesionales de la salud son factores que prevalecen para que el programa de bajo peso al nacer en el municipio Puerto Padre no tenga los resultados esperados.

REFERENCIAS

Arzuaga R. E, Iser G. O, Rivera Z. Y, Tarancón S. I. (2017) Intervención Educativa sobre Bajo Peso al nacer en embarazadas de riesgo. MULTIMED; 16(2) Recuperado de: http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/583

Bayarre V H, Pérez P. J, Castañeda A. I, Ranero A.V. (2006) La Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS), Material Docente Especialidad en Bioestadística. Clasificación de las dimensiones de calidad con enfoque sistémico. Febrero, 2006. 2(11)62-66

Castillo L. O. (2004) Calidad de la atención a gestante con riesgo de bajo peso al nacer en un área de la atención primaria de Salud. (Trabajo para optar por el título de Máster en Atención Primaria de Salud) Policlínico José Martí, Santiago de Cuba.

Fernández P. Z, López F. L, López B. L. (2015) Caracterización clínico epidemiológica del bajo peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Int;* 31(1):27-34. Recuperado de: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=b8c0e206-157f-452b-ac6e-d86575b8af17%40sessionmgr104

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF. (2008) Estado Mundial de la Infancia, supervivencia infantil. Bruselas, UNICEF. Recuperado de: https://www.google.com.cu/search?num=50&site=&source=hp&q=7.%0

Gallardo I. LE, Velásquez M. E, Morales M. E. (2012) Bajo peso al nacer. Factores de riesgo y calidad de la atención prenatal. Buenaventura. 2008-2009. Ciencias Holguín; 18(2) Recuperado de: http://www.ciencias.holguin.cu/index.php/cienciasholguin/article/view/658/65

Gómez H. T, Salazar L, B. L, Molina O, Alfonso AD, Rodríguez M. (2014) El bajo peso al nacer: comportamiento de algunos factores asociados. Rev Latinoam Perinatol; 17(1):30-5· Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/269097670_El_bajo_peso_al_nacer_comportamiento_de_algunos_factores_asociados

Jiménez G. R, Alfonso N. L, Peñalver R, Santana P. S. (2017) El bajo peso al nacer y la programación temprana de la vida, un problema de actualidad y del futuro. *Rev Cubana Ped* 89(2):241-51. Recuperado de: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=9b3f17ca-e4f2-4b76-934c-cf0ea968108e%40sessionmgr103

Maturell C. M, Muñiz V. V, Cuevas A. R, Lalondrys P. E, Maceira V. G. (2014) Calidad de la ejecución del Programa de Bajo Peso al Nacer en un área de salud urbana. Medisan; 18(11):1563-71. Recuperado de: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=c0a37744-af6e-4a15-a81e-9fc38c1f7858%40sessionmgr101

MINSAP - Departamento de Estadística Municipal. (2017) Estadísticas del Bajo Peso al Nacer. Puerto Padre. Las Tunas.

MINSAP - Departamento de Vigilancia Municipal. (2017) Vigilancia del bajo peso al nacer. Puerto Padre. Las Tunas.

Quintero P.P, Pérez M.L, Quintero R. A. (2017) Comportamiento del bajo peso al nacer en pacientes atendidos en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga", Pinar del Rio, Cuba. *Rev Cubana Obstet Ginecol;* 43(1):1-13. Recuperado de: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=cd59bdbb-38d1-4b83-ac99-2fb029cfedce%40sessionmgr4008

Rojas S.E, Ortiz Y, Choque O.M, Abu-khdeir M, Meneses D. (2015) Bajo peso al nacer y sus factores asociados en el Hospital Materno infantil Germán Urquidi. Cochabamba, Bolivia. Gac Méd Boliviana; 38(1):24-7. Recuperado de: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=b0a92a83-542d-4746-ab67-f8c05557e3da%40sessionmgr103

Selva C. A, Bastar G. I, Corría L. N, Berenguer G. CM, Blanco Á. A. (2018) Competencia profesional como indicador de calidad en el programa de bajo peso al nacer. MEDISAN; 22(6):602–10. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=130675438&lang=es&site=ehost-live

Toledo C. GJ. (2004) Fundamento de Salud Pública 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. (9) 130-131

COMPORTAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE PULMÓN EN LA COMUNIDAD DE VEDADO 5. JESÚS MENÉNDEZ. LAS TUNAS

COMPORTAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL CANCER DE PULMON EN LA COMUNIDAD DE VEDADO 5. JESÚS MENÉNDEZ. LAS TUNAS

Yaimí Cabrera Santiesteban

Maritza Ingram Calderon maritza61@infomed.sld.cu

RESUMEN

El cáncer de pulmón es un grave problema sanitario en el mundo y claro está Cuba no queda fuera de su repercusión; afecta a uno y otro sexo. Su alta incidencia y mortalidad tienen una tendencia al incremento. Su diagnóstico se realiza frecuentemente en etapas avanzadas. Motivados por esto se realizó este estudio descriptivo de corte transversal encaminado a estudiar los factores de riesgo del cáncer de pulmón en la comunidad de Vedado 5, Policlínico Mario Pozo, durante el período comprendido de 1 octubre de año 2017- 12 mayo del año 2019. El universo estuvo constituido por (498) pacientes y la muestra la representaron (200) pacientes con riesgo de padecer neoplasia de pulmón. Se elaboró y aplicó una encuesta que permitió analizar las variables del estudio. Se revisaron bibliografías actualizadas, hojas de cargo, registros, controles estadísticos e historias clínicas de pacientes. La información se procesó mediante métodos de estadística descriptiva. Se precisó el comportamiento de algunas variables relacionadas como edad, sexo, ocupación, presencia del hábito de fumar, exposición a sustancias tóxicas y antecedentes familiares de cáncer de pulmón y otras neoplasias. La edad más frecuente fue la comprendida entre 40-49 años y predominó el sexo masculino. La ocupación que predominó fue la de trabajador agrícola. El principal factor de riesgo resultó ser el hábito de fumar.

PALABRAS CLAVES: Cáncer de pulmón, factores de riesgo, hábito de fumar.

ABSTRACT

The cancer of lung is a seriusproblema in the world and of course Cuba does not remain outside of your repercussion;fond of one and other sex.Su alta incidencia y mortalidad tienen una tendencia al incremento. Su diagnóstico se realiza frecuentemente en etapas avanzadas. Motivados por esto se realizó este estudio descriptivo de corte transversal encaminado a estudiar los factores de riesgo del cáncer de pulmón en la comunidad de Vedado 5, Policlínico Mario Pozo, durante el período comprendido de 1 octubre de año 2017- 12 mayo del año 2019. El universo estuvo constituido por (498) pacientes y la muestra la representaron (200) pacientes con riesgo de padecer neoplasia de pulmón. Se elaboró y aplicó una encuesta que permitió analizar las variables del estudio. Se revisaron bibliografías actualizadas, hojas de cargo, registros, controles estadísticos e historias clínicas de pacientes. La información se procesó mediante métodos de estadística descriptiva. Se precisó el comportamiento de algunas variables relacionadas como edad, sexo, ocupación, presencia del hábito de fumar, exposición a sustancias tóxicas y antecedentes familiares de cáncer de pulmón y otras neoplasias. La edad más frecuente fue la comprendida entre 40-49 años y predominó el sexo masculino. La ocupación que predominó fue la de trabajador agrícola. El principal factor de riesgo resultó ser el hábito de fumar.

KEY WORDS: Lung cancer, risk factors, smoking.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de Salud (2006) el cáncer se presenta ante Las Ciencias Médicas como un importante problema de salud, dada la alta morbilidad y mortalidad que produce. La prevención del cáncer es una prioridad mundial. Su incidencia y mortalidad se incrementan. Se ha estimado que para el año 2020 afectará a 14,7 millones de personas y se ha reiterado la necesidad de combatirlo con efectividad, en conocimiento de que la enorme carga de sufrimiento y muerte que provoca es, en gran medida, prevenible.

En la actualidad, esta enfermedad representa un gran reto social. En Cuba el cáncer de pulmón es la localización de cáncer más letal: primera causa de incidencia en hombres y tercera en mujeres. Al cierre del año 2010 se diagnosticaron y murieron cada 24 horas 14 casos de cáncer de pulmón como promedio y fue la primera causa de mortalidad en uno y otro sexo. El 23 % de los fallecidos por cáncer de pulmón se debió a la localización broncopulmonar *vs*. 17 % en el mundo, lo que se atribuyó en el 86 % al tabaquismo: 92 % en los hombres y 75 % en las mujeres. (Varona P, Herrera D, García R, Bonet M, Romero T, Venero S, 2009)

Los factores que incrementan la probabilidad de enfermar por cáncer de pulmón han sido bien identificados, lo cual constituye una fortaleza para su prevención y control, a diferencia de lo que ocurre con otros procesos mórbidos. Entre 85 y 90 % de todas las personas con este diagnóstico han tenido historia de ser fumadores y esto ha permitido establecer una relación causal. (Doll R, Petto R, Boreham J, Sutherland I, 2010)

Según estudios epidemiológicos realizados en El Hospital General Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila en el año 2013 entre los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la enfermedad, el tabaco aparece como el principal y la incidencia de la enfermedad en una población determinada refleja en gran medida la prevalencia del consumo del mismo.

La salud y el medio ambiente impactos ambientales

La Organización Mundial de la Salud, 2000. Refiere que: La relación entre salud humana y el medio ambiente es, evidentemente, muy compleja. Cada uno de los peligros tradicionalesy modernos se asocia a distintos aspectos del desarrollo social y económico. Además, no hay una manera que sea, por si sola, mejor que otras para organizar y evaluar la relación entre desarrollo, salud y medio ambiente y que permita descubrir todas las interrelaciones importantes y las posibles puertas de entradas para las intervenciones de salud pública.

El 23%de las muertes en la actualidad están relacionadas con el medio ambiente; lo que representa 12,6 millones de muertes al año. Se plantea que de ellos 8,2millones de muertes son debido a enfermedades no transmisibles: los accidentes cerebro vasculares (2,5 millones), cardiopatía isquémica (2,3 millones), lesiones no intencionales y en cuarto lugar el cáncer (1,7millones). Estamos expuestos a factores de riesgo ambiental en el hogar, en el centro de trabajo y en la comunidad a través de: la contaminación del aire en los entornos cerrados y al aire libre; agua, saneamiento e higiene deficientes; agentes químicos y biológicos; radiaciones ultravioletas e

ionizantes; ruido ambiental; riesgos laborales; prácticas agrícolas con el uso de plaguicidas y reutilización de aguas residuales; entornos urbanizados (viviendas y carreteras); cambio climático.

Las repercusiones del ambiente varían en función de la edad y afectan sobre todo a los pobres. Los países de ingresos bajos y medianos son los que reportan mayor carga de enfermedades relacionadas con el medio ambiente. Los hombres se ven más ligeramente afectados por los riesgos laborales y las lesiones mientras que las mujeres sufren mayor exposición a los riesgos medioambientales tradicionales, como la utilización de combustibles sólidos en la cocina y el transporte del agua. Los menores de 5 años y los adultos de 50 a 75 años son los más afectados por el medio ambiente. (Organización Mundial de Salud ,2018)

La contaminación del aire en el interior de las viviendas, mayormente en países subdesarrollados y en zonas rurales debido al uso de biomasa, leña y otros combustibles en deficientes condiciones de ventilación, además del tabaquismo pasivo y otros contaminantes como derivados del radón y los presentes en los materiales de construcción o en el mobiliario, constituyen reconocidos factores de riesgo de esta neoplasia. Lo mismo ocurre con la exposición laboral a sustancias cancerígenas por la vía inhalatoria.

Otros como la contaminación ambiental, la dieta, las exposiciones ocupacionales y la predisposición genética tras la exposición a determinados cancerígenos, parecen favorecer su desarrollo, factores que pueden ser prevenibles pero el control de las causas es deficiente, el diagnóstico precoz es difícil y raro, así como los programas masivos ineficaces. (Díaz GY; Bello UL; Cabrera VD; Delgado M, 2015).

Varios autores coinciden en que el tabaquismo activo y pasivo, el consumo de alcohol, la edad, el sexo, los antecedentes de enfermedades respiratorias crónicas, así como, la exposición laboral a sustancias cancerígenas por vía inhalatoria, constituyen factores de riesgo en la aparición de esta neoplasia

Los grandes avances de la tecnología en el mundo en los últimos tiempos no han logrado un diagnóstico significativamente temprano de esta localización de cáncer. Al tiempo que los síntomas se desarrollan, el tumor está frecuentemente en etapas avanzadas, cuando ya hay poco o prácticamente nada que hacer por los pacientes y su pronóstico es incierto. Por otra parte, la atención de los enfermos produce gastos incrementados, por requerir servicios de alta complejidad a los que se añade el impacto negativo del diagnóstico tardío sobre sus familiares y la sociedad. En Cuba, reducir el diagnóstico tardío de la enfermedad, así como su incidencia y mortalidad, constituyen grandes retos de la salud pública actual. Ministerio de Salud Pública en Cuba (2006)

El cáncer de pulmón es el tumor más frecuente y el que mayor mortalidad ocasiona en el mundo desarrollado, principalmente en adultos mayores. Según la Organización Mundial de la Salud el cáncer de pulmón agrupa todos los tumores primitivos epiteliales malignos del pulmón excluyendo los tumores pleomórficos, sarcomatoide, carcinoide y los derivados de las glándulas salivares.Supera la suma de las muertes por cáncer de colon, próstata y mama. En el momento del diagnóstico más del 40% de los pacientes tienen una enfermedad localmente avanzada, en la que las posibilidades de curación son escasas y la supervivencia a los cinco años es de apenas el 15%. Persiste como un

desafío para la medicina, porque a pesar de los avances en las técnicas de diagnóstico y en los recursos terapéuticos, continúan siendo magros los resultados del tratamiento, evidenciados por las escasas curaciones en relación con la cantidad de enfermos asistidos (Abreu RP; Labrada BY; Sánchez J L; Alvares ZJ.2011. 2015.)

El cáncer de pulmón se clasifica en: carcinoma no microcelular y carcinoma de células pequeñas. Dentro del primer grupo se encuentra el epidermoide, el adenocarcinoma, el de células grandes y el mixto. El carcinoma no microcelular de pulmón constituye el 80% a 85% de los cánceres de pulmón diagnosticados anualmente. A su presentación solo 25% son localizados y 35% están localmente avanzados. El cáncer de células no pequeñas presenta enfermedad metastásica en alguna de sus formas evolutivas, con una supervivencia muy pobre (Nápoles E, Coutin G, Romero CR, Ravelo MC, Sánchez AL, 2015).

El tipo más frecuente de cáncer de pulmón es el carcinoma nomicrocítico (CPCNP), que engloba mayoritariamente al carcinoma epidermoide, al adenocarcinoma y al carcinoma de células grandes. Clínica y morfológicamente el carcinoma de células pequeñas o microcítico es un tumor de extrema malignidad. Aproximadamente el 95% de los enfermos portan las variantes histológicas mencionadas. Existen otras formas histológicas, pero resultan raras, ocupando solo un 5% de la incidencia para esta enfermedad. (Sosa JM; Reyes SM; Delgado MR, 2015)

Tanto en nuestra área de salud como en nuestra comunidad son frecuentes los pacientes atendidos por presentar Neoplasia de Pulmón. Muchos de ellos presentan factores de riesgos sobre los que se pueden actuar para impedir el desarrollo de dicha enfermedad. Lo que nos motivó a realizar esta investigación.

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal sobre el comportamiento de los factores de riesgo del cáncer de pulmón en el CMF 20, perteneciente a la comunidad de Vedado 5, Policlínico Docente Dr. Mario Pozo Ochoa, Jesús Menéndez, Las Tunas.

Al analizar la distribución según grupo de edad y sexo observamos que existe un predominio del sexo masculino sobre el femenino, con un total de 116 hombres que representa un 58% y un total de 84 mujeres para un 42 %. Dentro los grupos de edades los más afectados fueron el de 40-49 años con un total de 63 pacientes para un 31.5 % y el grupo de 60 años y más con 50 pacientes que representan el 25 % del total.

En múltiples estudios realizados por diferentes autores como Reyes Bacardí K. y Rodríguez Cascaret Argenis los que afirman que el sexo más propenso de padecer cáncer de pulmón es el masculino, mientras que el grupo de edad que se ve más afectado es a partir de la quinta década de vida, coincidiendo con nuestra investigación. (Ministerio de Salud Pública, 2010)

Al evaluar los resultados de la distribución de la muestra según la ocupación, encontramos que la ocupación que aportó más pacientes fue la de trabajadores agrícolas con un total de 98 pacientes para un 49%. Estos resultados no están en correspondencia con investigaciones realizadas en las que señala que los grupos ocupacionales en los que más incide la labor que realiza el hombre como ente social son los trabajadores industriales que se ven expuestos a un sinnúmero de productos y agentes tóxicos como sílice, asbesto y otros, pues la población en estudio es de comunidades en el campo donde predomina la actividad agrícola pero en las mismas sí

se coincide con el empleo de sustancias tóxicas como pesticidas, herbicidas e insecticidas que tienen efecto negativo en la salud de la población afectando fundamentalmente el aparato respiratorio.(Doll R, Petto R, Boreham J, Sutherland I 2010)

Coincidiendo con estudios epidemiológicos realizados en El Hospital General Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila en el año 2013 entre los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la enfermedad, el tabaco aparece como el principal factor de riesgo y la incidencia de la enfermedad en una población determinada refleja en gran medida la prevalencia del consumo del mismo. Al analizar la existencia de factores de riesgo exógenos,observamos que en la población estudiada los factores de riesgo que prevalecen son: en primer lugar, el hábito de fumar con 70 pacientes que representa el 35%del total de la muestra, seguido de las enfermedades respiratorias crónicas y el alcoholismo con un total de 49 pacientes para un 24.5% y 35 pacientes para un 17.5% respectivamente, todo lo anterior. (Díaz GY; Bello UL; Cabrera VD; Delgado MR, 2013).

Referente a los antecedentes patológicos familiares de Neoplasias el que más casos aportó fue la Neoplasia de Pulmón con un total de 7 casos para un 32%, seguido del de Neoplasia como el de piel con 6 casos que representa el 27% y en tercer lugar les siguió Adenocarcinoma prostático y de colon con 3 casos cada uno para un 13%, coincidiendo así con las investigaciones en las que se hace relación a dichas patologías. (Ministerio de Salud Pública, 2006)

CONCLUSIONES

La edad más frecuente fue la comprendida entre 40-49 años y predominó el sexo masculino. Predominaron los trabajadores agrícolas como ocupación. Los factores de riesgo que prevalecieron fueron: en primer lugar, el hábito de fumar seguido de las enfermedades respiratorias crónicas y el alcoholismo. En cuanto a antecedentes patológicos familiares de Neoplasias la que más casos aportó fue la Neoplasia de Pulmón.

REFERENCIAS

Abreu RP; Labrada BY; Sánchez J L; Alvares ZJ. (2011). Evaluación de supervivencia de pacientes con cáncer de pulmón tratados con la vacuna de factor de crecimiento epidérmico. Correo Científico Médico de Holguín [revista en la Internet]. [citado 2015 Ene 30]; 15(1). Recuperado de: http://www.cocmed.sld.cu/no151/no151ori08.htm

Díaz GY; Bello UL; Cabrera VD; Delgado MR.(2013) Epidemiología del cáncer de pulmón en el hospital provincial docente “Dr. Antonio LuacesIraola” de Ciego de Ávila. MEDICIEGO [revista en la Internet].[citado 2015 Ene 30]; 19(Supl.1). Recuperado de:http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/articulos/t-4.html

Doll R, Petto R, Boreham J, Sutherland I.(2004) Mortality in relation to smoking: 50 years' observationsonmale British doctors. BMJ [Internet]. [citedmay 2010] 328(7455):1519-28. Recuperado de: http://www.bmj.com/content/328/7455/1519.long

Ministerio de Salud Pública.(2010) Dirección Nacional de Registros Médicos y estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP.

Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006.

Ministerio de Salud Pública.(2006) Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.

Nápoles E, Coutin G, Romero CR, Ravelo MC, Sánchez AL. (2014) Identificación de conglomerados temporo-espaciales en pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón. Revista Información Científica [revista en la Internet].[citado 2015 Ene 30]; 86(4). Recuperado de: http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_86_No.4/distribucion_conglomerados_temporo_espaciales_tc.pdf

Organización Mundial de Salud (2018). Impacto del Medio Ambiente en la salud. Recuperado de:https://www.who.int/phe/infographics/environmental-impacts-on-health/es /

Organización Panamericana de la Salud, (2000) La salud y el ambiente en el desarrollo sostenible. Washington, D.C., Estados Unidos de América. Publicación Científica; 572

Sosa JM; Reyes SM; Delgado MR.(2010)La citología con aguja fina como medio diagnóstico en el cáncer de pulmón. MEDICIEGO [revista en la Internet]. 2010 ene.-abr [citado 2015 Ene 30]; 17. 4(1).Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl1_%202011/articulos/t-6.html

Varona P, Herrera D, García R, Bonet M, Romero T, Venero S. (2009)Smoking-AttributableMortality in Cuba. MEDICC Review [Internet]. [citedmay 201011(3):43-7. Recuperado de: http://www.medicc.org/mediccreview/articles/mr_105.pdf

World Health Organization. (2006) Cancer Control: KnowledgeintoAction. WHO Guide forEffectiveProgrammes. Planning. Ginebra: OMS.

CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES ADMITIDOS EN LA UCI DEL HOSPITAL DR. ERNESTO GUEVARA LAS TUNAS

CHARACTERIZATION OF THE NUTRITIONAL STATE IN PATIENTS ADMITTED IN THE ICU OF THE ERNESTO GUEVARA HOSPITAL. THE TUNAS

Yakelín Pérez Rojas ernemy2015@ltu.sld.cu

Yamilét Peña Guerrero

Lizandra Moreno Rivero

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal prospectivo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Ernesto Guevara de la Serna, en los meses de enero a noviembre del año 2018 con el objetivo de caracterizar el estado nutricional de los pacientes ingresados en este período. Para ello se tuvo en cuenta la valoración subjetiva global así como variables antropométricas, bioquímicas e inmunológicas. La muestra incluyó 116 pacientes entre 18 y 74 años de edad. Se obtuvo que la desnutrición afecta a un 24% de los pacientes graves admitidos en la terapia intensiva, estos pacientes desarrollan más complicaciones sobre todo de origen infeccioso y tienen estadías más prolongadas, la nutrición artificial se inicia de manera precoz teniendo como complicaciones frecuentes la hiperglicemia, las diarreas y aumento de la osmolaridad.

PALABRAS CLAVES: nutrición hospitalaria, desnutrición, nutrición artificial.

ABSTRACT

He/she was carried out a prospective descriptive, longitudinal study in the Unit of Intensive Cares of the Ernesto Guevara of the Serna Hospital, in the months of January to November of the year 2018 with the objective of determining the nutritional state of the patients entered in this period. For it one kept in mind the valuation subjective global as well as variable antropométricas, biochemical and immunologic. The sample included 116 patients between 18 and 74 years of age. It was obtained that the malnutrition affects to 24% of the serious patients admitted in the intensive therapy, these patients develop more complications mainly of infectious origin and they have more lingering demurrages, the artificial nutrition begins in a precocious way having as frequent complications the hiperglicemia, the diarrheas and increase of the osmolaridad.

KEY WORDS: hospital nutrition, malnutrition, artificial nutrition.

INTRODUCCIÓN

La nutrición es una ciencia viva, en continua evolución y adaptación, compleja y por tanto difícilmente simplificable aunque muchas veces olvidado por el personal científico encargado del cuidado nutricional**.** En la actualidad la desnutrición continúa siendo uno de los principales problemas de salud en todo el mundo, afectando de forma muy especial al paciente gravemente enfermo, donde la incapacidad y la enfermedad son comunes y en el cual existe un aumento de sus requerimientos metabólicos. La provisión correcta y oportuna de energía y nutrimentos puede salvarles la vida. Garcés

García EL, Cordero Escobar MI, Santana Porbén S, Barreto Penié J, León Pérez DO (2016).

> Arving Wertlind acuñó una frase famosa: *"La desnutrición en los pueblos es signo de pobreza, pero en los hospitales es de ignorancia".*

Han pasado muchos años y, a pesar de los progresos en la atención de salud, esta frase sigue vigente es por eso la necesidad de sensibilizar a todos miembros de los equipos asistenciales y las autoridades administrativas, frente a este grave problema sanitario que afecta a los pacientes hospitalizados y en especial a los pacientes graves que por sus características dígase estado de conciencia afectado, estados hipermetabólicos y catabólicos intensos, elevado grado de estrés: quirúrgico, traumático o séptico; o sencillamente la común anorexia relacionada con la enfermedad sufrida no son capaces de regular este proceso.

Principales resultados de la investigación

Tabla 1.Distribución según sexo y estado nutricional.

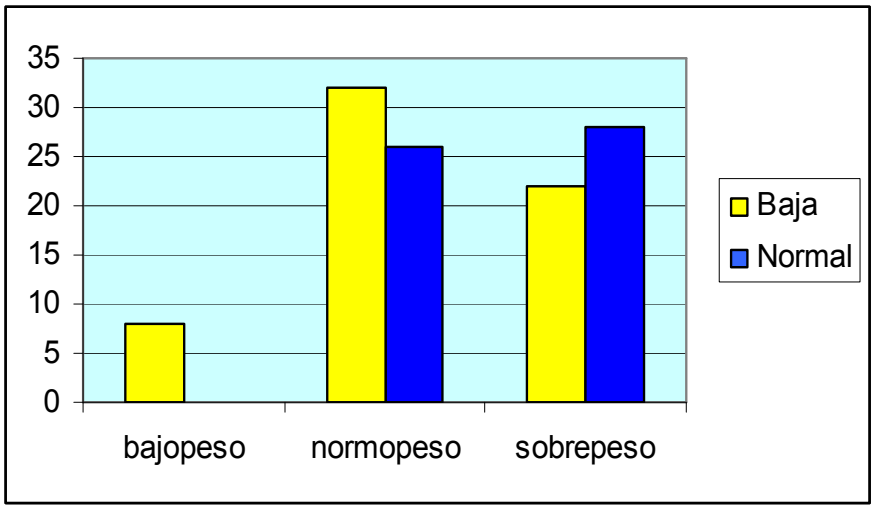
Sexo	Desnutridos		No Desnutridos		Total	
	#	%	#	%	#	%
Masculino	15	12.9	47	40.5	62	53.4
Femenino	13	11.2	41	35.3	54	46.5
Total	28	**24.1**	88	75.8	116	100%

En el estudio se observó que el mayor número de pacientes que ingresan en UCI presentan un estado de nutrición adecuado (75.8%) y el porciento de desnutridos (24.1%) se correlaciona con lo encontrado en estudios nacionales e internacionales .

Fernando Varela L (*2013)* Existió un predominio del sexo masculino (53.5%) sobre el femenino lo que no coincide con estudio realizado en el hospital Hermanos Ameijeiras en el 2008 donde predominó el sexo femenino con un 51.3%; no encontramos estudios internacionales sobre la prevalencia de géneros.

Relación albúmina sérica y estado nutricional

Gráfico 1



De forma general es muy frecuente en los cuidados intensivos encontrar hipoalbuminemias con grados de expresión variable así como el empeoramiento en el transcurso de los días. En el estudio un 62% de los pacientes tenían cifras bajas de albúmina independientemente del estado nutricional y a pesar de que la albúmina tiene una larga vida media lo cual es explicado primero por la disminuida síntesis, incrementada degradación, pasaje transcapilar y reemplazo fluidos generado por el estrés agudo y segundo porque los pacientes antes de llegar a los cuidados intensivos por lo general presentan evolución de días ya sea intrahospitalaria o no. En la serie todos los pacientes bajo peso presentaron hipoalbuminemia lo que representó un 8% de los estudiados, un 32 y 22% de los normo y sobre peso respectivamente. Solo se observó mejoría evidente en aquellos pacientes en los que se utilizó aporte de albúmina entre los elementos de la terapéutica. La media de los pacientes sobre todo los más críticamente enfermos presentaron una hipoalbuminemia de ligera a moderada lo que no se corresponde con estudio referido en revista nutrición hospitalaria de febrero de 2014 en la que la media fueron cifras severamente bajas. Duprat Ceniccola G et al. **(**2014) En numerosos estudios se ha comprobado la existencia de una relación directa entre hipoalbuminemia y morbimortalidad. Yeh DD, Fuentes E, Quraishi SA, Cropano C, Kaafarani H, Lee J et al. (2016) Culebras-Fernández J. M. Et al. (2001)

Complicaciones.

Observamos que aproximadamente un 57% de los pacientes con recuento total de linfocitos (RTL) presentaron complicaciones lo que contrasta con un 41% en los pacientes con RTL normales por tanto los pacientes con RTL bajos son más propensos de sufrir complicaciones no encontramos estudios que correlacionaran la depresión linfocitaria con la aparición de complicaciones aunque si encontramos estudios que describen este elemento en los cuidados intensivos coincidiendo que el mayor porciento de pacientes presentan RTL bajos en este medio.En estudios recientes se ha demostrado que la respuesta en pacientes frente a cualquier agresión, trauma, infección, etc. se acompaña de una deficiencia de nutrientes para las células de replicación rápida (linfocitos y enterocitos). La barrera intestinal, el tejido linfoide asociado a las mucosas y las células de Kupffer permiten la translocación bacteriana, el

paso de endotoxinas y otras sustancias que estimularían de manera disgregada el sistema mononuclear-macrófago. Es por ello que el RTL puede estar deprimido en un paciente no malnutrido. Carney DE Meguid MM (2002)

De los pacientes ingresados en nuestro servicio en el período estudiado el mayor porciento presentó depresión linfocitaria lo que se relaciona con la presencia de infecciones en diferentes sitios. La asociación de desnutrición con una disminución de la resistencia a la infección fue una observación frecuente en múltiples estudios. En la desnutrición se sabe que aparece un déficit en la respuesta inmunitaria inespecífica, expresado en disminución de la actividad del complemento, al igual que de la opsonización, la actividad fagocitaria del neutrófilo, el número de macrófagos y la lisis bacteriana. También se aprecia un déficit en la respuesta inmunitaria específica, caracterizado por disminución en las inmunoglubulinas séricas, en la producción de anticuerpos en respuesta a antígenos y en el número y la función de los linfocitos T asociada con un aumento de la susceptibilidad a las infecciones por virus y hongos más que por bacterias., con disminución de los linfocitos B. Culebras-Fernández J. M. Et al. (2001)

La aparición de complicaciones está relacionada con mayor estadía y mortalidad en el medio de los cuidados intensivos lo cual es más frecuente entre los pacientes con deficiencias en su estado nutricional. En nuestro medio la aparición de infecciones en sus diferentes estadíos es la principal complicación y causa de muerte sobre todo el shock séptico y el fallo múltiple de órganos. Otras como la insuficiencia renal aguda, distrés respiratorio, coagulopatías y algún grado de disfunción neurológica fueron de las más frecuntes encontradas. Aproximadamente un 50.8% de los pacientes estudiados presentó algún tipo de complicación.

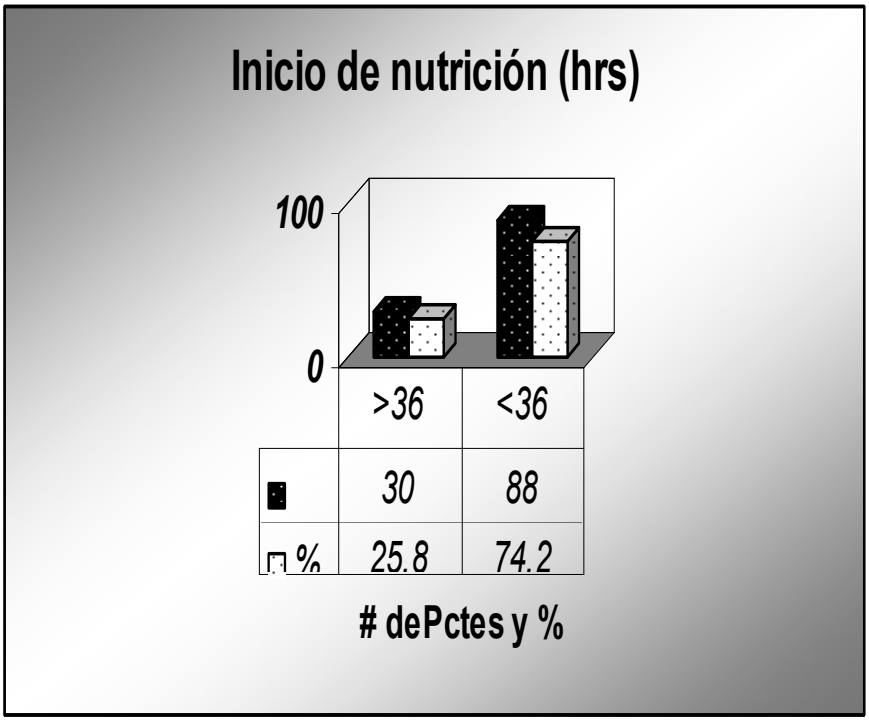
Tabla *2.* Distribución de pacientes por estadía y estado de nutrición.

Estadía	Desnutridos		No Desnutridos		Total	
	#	%	#	%	#	%
<48	0	0	6	5.17	6	5.17
3-6	16	14.79	60	51.7	76	66.49
7-14	8	6.89	14	12.0	22	18.89
>15	4	3.44	8	6.89	12	10.3
Total	28	24.1	88	75.8	116	100%

Se observó que el 66.49% de los pacientes tuvo una estadía entre 3-6 días siendo más frecuente una estadía intermedia y prolongada en UCI de los pacientes desnutridos lo que coincide con estudio realizado en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos. Casanova González M P, Olivert Hernandez O. (2005).

Inicio de la nutrición en horas.

Gráfico 2



El mayor porcentaje de pacientes comenzó con una nutrición enteral precoz (74.2%) correlacionandose con las recomendaciones actuales para la nutrición de pacientes graves. Rodríguez Felipe B, Suárez Núñez LE, Gutiérrez Gutiérrez LO, Brito Cruz A.(2018).

La nutrición enteral precoz disminuye la translocación bacteriana, que se observa con nutrición parenteral total y ayuno absoluto. La suplementación de fórmulas alimentarias con sustancias preferidas por el intestino, tal como la glutamina o los ácidos grasos de cadena corta, contribuye a mejorar la integridad de la barrera mucosa intestinal. Bordejé Laguna ML, Martínez de Lagrán Zurbano I y López Delgado JC. (2016)

La utilización precoz de nutrición enteral puede también tener un efecto beneficioso al amortiguar un poco el hipermetabolismo postraumático. El enriquecimiento de una dieta con ácidos grasosomega-3, disminuye la lesión de isquemia/reperfusión hepática que limita la producción de eicosanoides vasoconstrictores. Precisamente en estudios realizados se demuestra la influencia que tiene la administración de una dieta enriquecida con ácidos grasos omega-3 en la síntesis de los mediadores de la inflamación por leucocitos de pacientes intervenidos quirúrgicamente, siendo precisamente este ionóforo (el inmunonutriente omega-3) el responsable del aumento de la síntesis de LTB5 por los leucocitos, responsable de la atenuación de la exagerada reacción inflamatoria posquirúrgica, hecho también demostrado por Peter Fürst. La vía enteral será cada día más importante en el contexto de la nutrición artificial. La importancia del intestino como barrera, su trascendencia como órgano de secreción

interna, fabricante de múltiples hormonas y sustancias activas, junto al menor costo y el menor riesgo de las potenciales complicaciones, le permitirá ganar terreno frente a la nutrición parenteral. Ballesteros Pomar MD, González Arnaiz E. (2018) Ike G, van Zanten AR, Lemieux M, et al. (2016)

Dentro de las complicaciones más frecuentes relacionadas con la alimentación encontramos la retención gástrica, las diarreas sobre todo por la alimentación con alimentos de elevada osmolaridad en el caso de la nutrición enteral y en la parenteral lo más común fue la hiperglicemia; apareció aunque menos frecuente la hipertrigliceridemia y aumento de la osmolariddad no encontramos aunque se describe en la literatura infecciones relacionadas con el catéter a pesar de que se utilizó en la mayoría de las ocaciones una sola vía para la administración de todos los fluídos.). Preiser JC, van Zanten AR, Berger MM, et al. (2015). Vaquerizo Alonso C, Mesejo A, Acosta Escribano J, Ruiz Santana S. (2013)

Una adecuada alimentación del paciente es imprescindible como parte integrada del resto del tratamiento y debe tener como objetivo restablecer la salud ayudando a curar la enfermedad de base, evitar sus complicaciones y reducir al máximo la duración de la estancia hospitalaria, tanto en beneficio del propio paciente, objetivo primordial , como del costo económico que ello supone.

De ahí el interés en contribuir, con este estudio, a una mayor concientización acerca del gran problema que representa la desnutrición y quizás al futuro desarrollo de protocolos y estándares dirigidos a garantizar un mejor soporte nutricional a los pacientes.

CONCLUSIONES

La incidencia de desnutrición en los pacientes ingresados en la UCI fue de un 25 % y los valores relacionados con la edad y sexo no fueron significativos ya que fue casi similar por edades y en ambos sexos. En Cuba no existían estudios sobre la prevalencia de la desnutrición en las áreas hospitalarias y de su influencia sobre el Sistema Nacional de Salud Pública hasta el año 2000 en que se realizó el Estudio de Frecuencia de la Desnutrición Hospitalaria en el cual se obtuvo el dato de que la incidencia de desnutrición en el momento de la admisión en el hospital en nuestro país oscilan entre el 15 y 50 %.

La evaluación global subjetiva (Método Clínico) y la evaluación antropométrica del brazo se ha convertido en un procedimiento de incuestionable valor en la determinación del estado nutricional del paciente grave ya que en el entorno en que nos desarrollamos no contamos con camas pesas si tenemos en cuenta que son pacientes graves encamados que no se pueden llevar a una pesa convencional para tallar y pesar y así poder calcular su IMC

En nuestro medio, las cifras bajas de albúmina sérica sugieren con fuerza la presencia de desnutrición al igual que un recuento linfocitario bajo.

Los pacientes críticos con peores parámetros nutricionales se acompañan de un gran número de complicaciones sobre todo las de origen infeccioso y una estancia hospitalaria más prolongada. Esto trae como resultado peor evolución y pronóstico así como mayor costo hospitalario.

El mayor número de pacientes comenzó a nutrirse precozmente por vía enteral , vía más fisiológica que contribuye a evitar la traslocación bacteriana del ayuno prolongado; incrementar la concentración de hormonas gastrointestinales plasmáticas y mejorar la absorción intestinal y las complicaciones más frecuentes asociadas fueron el aumento de la osmolaridad, la Hiperglucemia y las diarreas sin embargo las relacionadas con el catéter fueron las menos resultado que debemos comentar si tenemos en cuenta que se utilizó en la mayoría de los casos una sola vía para la administración de todo tipo de medicación.

REFERENCIAS

Alonso Va.C. (2017); Nutrición parenteral en el paciente crítico: indicaciones y contraindicaciones. Nutr Clin Med XI(1):26-41. Recuperado de: http://www.nutricionclinicaenmedicina.com

Ballesteros P.MD, González A. E. (2018) [Role of prebiotics and probiotics in the functionality of the microbiota in the patients receiving enteral nutrition]. Nutricion Hospitalaria [Internet]. 2018 Apr 3 [cited 2019 Mar 20];0(0):18–26.Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=30545232&lang=es&site=ehost-live

Bordejé L. ML, Martínez de L. Zurbano I y López D. JC. (2016). Hiponutrición vs Nutrición artificial precoz. Nutr Clin Med; X (2): 79-94

Carney DE Meguid MM (2002),Current concepts in nutritional assement. Arch Surg 137:42-45.

Casanova G. M P, Olivert H. O. (2005) Evaluación nutricional del paciente crítico. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguías Limas

Culebras F. J. M. Et al. (2001)Nutrición en el paciente quirúrgico: inmunonutrición Hospital de León. . España.Nutr. Hosp. XVI (3) 67-77 ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ

Duprat C. G, et al. (2014)Development of a tool for quality control audits in hospital enteral nutrition Universidad de Brasilia (Nutr Hosp.;29:102-120) DOI:10.3305/nh.2014.29.1.

Fernando V. L(*2013) Rev Med Hered.; 24:183-185.* Perú.

Garcés G. EL, Cordero E. MI, Santana P. S, Barreto P. J, León P. DO (2016). Estado de la Nutrición artificial en una Unidad de Cuidados Críticos de un hospital terciario. RCAN *Rev Cubana Aliment Nutr*;26(1);105-117. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Ike G, van Zanten AR, Lemieux M, et al. (2016)Enteral versus parenteral nutrition in critically ill patients: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Crit Care [cited 2019 Mar 20]; 20: 117. Recuperado de: https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-016-1298-1

Preiser JC, van Zanten AR, Berger MM, et al. (2015). Metabolic and nutritional support of critically ill patients: consensus and controversies. Critical Care [cited 2019 Mar 20]; 19: 35. Recuperado de: https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-015-0737-8

Rodríguez F. B, Suárez N. LE, Gutiérrez Gutiérrez LO, Brito Cruz A. (2018). Sobre la reapertura precoz de la vía enteral después de una cirugía complicada en los pacientes atendidos en un hospital general provincial. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. 28(2): 472-476

Vaquerizo A. C, Mesejo A, Acosta E. J, Ruiz S. S. 2013 Manejo de la nutrición parenteral en las Unidades de Cuidados Intensivos en España. Nutr. Hosp. [Internet]. Oct [citado 2018 Jun 06] ; 28(5): 1498-1507. Recupàrado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000500020&lng=es. http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.5.6815.

Yeh DD, Fuentes E, Quraishi SA, Cropano C, Kaafarani H, Lee J et al. (2016) Adequate Nutrition May Get You Home: Effect of Caloric/Protein Deficits on the Discharge Destination of Critically Ill Surgical Patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. Jan; 40(1): 37-44.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

EDUCATIONALINTERVENTION ON BREASTFEEDING IN WOMEN OF FERTILE AGE

Yamisel García Vázquez yamisel.garcia@nauta.cu

Bárbara Fernández Atanay.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa con el objetivo de evaluar el nivel de información sobre la lactancia materna en mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio No 3 del Policlínico “Joaquín de Agüero y Agüero”, de la provincia de Camagüey en el período comprendido desde septiembre del 2017 a abril del 2019. El universo de estudio estuvo integrado por 330 mujeres en edad fértil, pertenecientes a dicho consultorio; de ellas se seleccionó una muestra a través de un muestreo no probabilístico intencional, constituido 104 mujeres sin hijos anteriores a las cuales se les aplicó una encuesta antes y después de la intervención, se comportó como el registro primario de la investigación, el procesamiento se realizó en una laptop Vit, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 12. En el estudio predominó el grupo de edad entre 15 y 23 años, con preuniversitario como nivel de escolaridad. El diagnóstico evidenció que las mujeres al inicio de la investigación no tenían información sobre la lactancia materna, contraindicaciones de la lactancia y técnicas de amamantamiento; muchas conocían de las ventajas para el niño pero pocas para la madre. La implementación de la intervención educativa basada en un enfoque participativo logró incrementar el nivel de información en las mujeres que aún no tenían hijos y por tanto no conocían sobre muchos de los aspectos relacionados con el tema. En el estudio se evidencio una diferencia estadísticamente significativa al evaluar el nivel de información general antes y después de la intervención.

PALABRAS CLAVES: lactancia materna, información y edad fértil.

ABSTRACT

An educational intervention study was conducted with the objective of assessing the level of information on breastfeeding in women of childbearing age. They belong to the office No. 3 of the "Joaquín de Agüero y Agüero" Polyclinic, in Camagüey province from September 2017 to April 2019. The study universe consisted of 330 women of childbearing age. From them, a sample was selected through an intentional non-probabilistic sampling, consisting of 104 women without previous children to whom a survey was applied before and after the intervention.

This sample was taken as the primary record of the investigation. The processing was performed on a Vit laptop, using the statistical package SPSS version 12. The age group between 15 and 23 years with pre-university level of education prevailed in the study. The diagnosis showed that the women at the beginning of the research did not have information on breastfeeding, breastfeeding contraindications and breastfeeding techniques. Many of them knew the advantages for the child but not for themselves as mothers. The implementation of the educational intervention based on a participatory approach contributed to increase the level of information in women who did not have

children by that time. Therefore, they did not know about many of the aspects related to the subject. The study showed a significant difference from a statistical point of view when assessing the level of general information before and after the intervention.

KEYWORDS: breastfeeding, information, fertile age.

INTRODUCCIÓN

Uno de los primeros y fundamentales nutrientes de que dispone el ser humano desde su nacimiento, es la leche de la especie, que desde épocas remotas es un requisito para la supervivencia del niño en el período crítico de la infancia.[1]

La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, específica de cada especie como sistema para alimentar al niño en los primeros meses de vida. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la lactancia materna exclusiva es el tipo de lactancia en la cual se ofrece exclusivamente el seno materno para alimentar al recién nacido sin agregar ningún otro tipo de alimentación.[2]

Durante el siglo XIX todos los tratados médicos afirmaban la superioridad de la leche de la mujer sobre cualquier alimento para el inicio de la vida del ser humano. Una ideología dominante que ensalzaba el progreso y la tecnología vino a preconizar la “maternidad científica”, uno de cuyos paradigmas era la alimentación con fórmulas infantiles, 2convenciendo incluso a los profesionales de la salud sobre sus beneficios; esto llevó a la falsa creencia entre la población y profesionales de que lo industrial era mejor que lo natural porque se puede medir, pesar, calcular “científicamente” y era más confiable. [3]

En los inicios del siglo XX, con el auge de la era moderna de la alimentación artificial, se intensificó el abandono de la lactancia materna. Se lograron los primeros sustitutos de la leche humana, lo que atrajo la atención de los médicos por los problemas de salud que comenzaron a presentar los bebés que, por supuesto, afectaban a las familias, lo que trajo consigo que se establecieron las reglas generales para la alimentación de los lactantes, reglas que aún persisten en nuestros días, con el arrastre de la aplicación de estos a la alimentación natural. [4]

En 1989 la Organización Mundial de la Salud y la Federación de las Naciones Unidas para la Protección de los Infantes declararon de manera conjunta que la alimentación del seno materno debería ser la única que reciben los niños por lo menos durante los primeros cuatro a seis meses de vida.[5]

Los componentes de la leche humana con propiedades inmunológicas son innumerables, e incluyen elementos humorales y celulares que protegen al niño de un espectro amplio de infecciones, entre las cuales se destacan las que con mayor frecuencia se presentan en las primeras etapas de la vida.[6]

La lactancia materna no sólo beneficia al niño, sino a la madre, disminuyendo el riesgo de osteoporosis, dolor postparto, cáncer de mamas, útero y endometrio entre otros, pero a partir de los años 30 en todos los países se ha observado que conforme aumenta el nivel cultural y la población pasa de ser rural a urbana disminuye la frecuencia de la lactancia materna. [7]

El desconocimiento que aún existe sobre diferentes aristas en el tema, las insuficientes acciones de promoción y apoyo a la lactancia materna que logren un verdadero impacto en esta práctica, hace necesario el desarrollo de estrategias dirigidas a la preparación de la mujer para la lactancia materna. Hay estudios en los que se han valorado distintos aspectos relacionados con el éxito de la lactancia materna: el modelo de Atención Primaria tradicional o en centro de salud, la asistencia al Programa del niño sano, acudir a clases prenatales, la visita puerperal y la participación en grupos de apoyo. Todos estos factores son positivos pero sobre todo la asistencia a grupos postparto. Otros autores consideran que la decisión de lactar se toma en muchos casos antes del embarazo, y en ella influyen el entorno y la educación, indicando que es a nivel escolar donde se debe iniciar la promoción. Las futuras madres deben conocer el por qué la leche humana es el alimento de elección durante los seis primeros meses de la vida para todos los niños, los beneficios que ofrece tanto para el bebé como para la madre, las técnicas de amamantamiento y el correcto cuidado de la mama, que cuando se introducen biberones de sucedáneo la producción de leche desciende más y la lactancia materna fracasa en poco tiempo y el médico y la enfermera de la familia desempeñan una labor primordial en el mantenimiento de la lactancia materna hasta los seis meses de edad pues, en su interactuar frecuente con la comunidad, pueden ofrecer información valiosa para desarraigar mitos, aclarar dudas y disipar preocupaciones relacionadas con la lactancia. El fracaso de la lactancia, es consecuencia de una técnica incorrecta; por ello, debe contarse con información asequible para las futuras madres.

En los últimos años ha existido una alarmante tendencia a la declinación en la práctica de la lactancia materna y nuestra provincia, específicamente el consultorio No 3 del Policlínico Joaquín de Agüero no está exento de esta problemática ya que el propósito de lactancia hasta el sexto mes en la provincia debe ser igual o mayor del 75% y en este consultorio solo alcanzó un 50% en el período comprendido septiembre del 2017 hasta abril del 2019.Es por ello que nos motivamos a realizar dicha investigación con el objetivo de poner en práctica estrategias que nos ayuden a lograr que la lactancia materna sea el alimento exclusivo de nuestros lactantes hasta el sexto mes de vida.

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio cuasi – experimental para elevar el nivel de información sobre lactancia materna en mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio No. 3 del Policlínico ¨ Joaquín de Agüero y Agüero ¨ del Municipio Camagüey, a través de una estrategia de intervención en el período comprendido de septiembre del 2017 a abril del 2019.

El universo estuvo conformado por las 330 mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio No 3 y la muestra en estudio se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico intencional y quedó conformada por 104 mujeres, teniendo en cuenta los diferentes criterios de inclusión, exclusión y de salida.

Criterios de Inclusión:

- Que desee participar en la investigación.

- Todas las mujer entre 15 y 49 años que no tengan hijos anteriores.

Criterios de Exclusión:

- Mujer en edad fértil con residencia temporal en el área de salud.
- Aquellas con retraso mental u otra enfermedad con discapacidad psíquica.
- Mujer en edad fértil con histerectomía realizada.
- Mujeres que se niegan a participar en el estudio.
- Mujeres con hijos

Criterios de Salida.

- Toda paciente que desee abandonar la investigación.

Operacionalización de las variables:

Edad. Variable cuantitativa continua.

- Se medirá para cada grupo en frecuencia y porciento y agrupadas con una amplitud de 8 años.(15 a 23,24 a 32,33 a 41,42 a 49)

Escolaridad: Variable cualitativa ordinal.

- Se expresara en número absoluto y porciento según el nivel de escolaridad primaria, secundaria, técnico medio, preuniversitario, universitario.

Información sobre tiempo de duración de la lactancia, técnicas y formas de amamantamiento, ventajas, contraindicaciones. Todas estas variables consideradas como cualitativa nominales dicotómicas

- Se evaluaran como adecuado e inadecuado y se expresara en número absoluto y porciento.

Tabla 1.Distribución de las mujeres según grupo de edades.

Grupo de edad	Frecuencia	Por ciento
De 15 a 23 años	48	46,2
De 24 - 32 años	36	34,6
De 33 - 41 años	13	12,5
De 42 a 49 años	7	6,7
Total	104	100

La tabla 1 muestra la distribución según edad de las mujeres en edad fértil sin hijos anteriores, predominando las que tienen entre 15 – 23 años en un 46,2 %.

González Menéndez[8], en su estudio plantea que la duración de la lactancia materna se encuentra muy relacionada con la edad; las madres jóvenes lactan poco tiempo debido a su poca experiencia, madurez, y menos conocimientos y en muchas ocasiones no se encuentran preparadas para ser madres y se encuentran solas y desorientadas.

Tabla 2. Distribución de las mujeres en edad fértil según el nivel de escolaridad.

Nivel educacional	Frecuencia	Por ciento
Secundaria	30	28.8
Preuniversitaria	43	41.3
Universitario	31	29.8
Total	104	100

En la tabla anterior se muestra la distribución de las mujeres en edad fértil según nivel de escolaridad, observándose que existió un predominio del nivel preuniversitario con un 41.3 %.

Franco y Handayan concluyeron que la práctica de LM es más duradera en madres de nivel universitario y que ello está relacionado con una mejor información de las ventajas de este tipo de alimentación. [9,10]

Sin embargo otros estudios han encontrado mayor proximidad de abandono de la lactancia materna, o del no inicio entre madres con mayor nivel de escolaridad debido, probablemente a un grupo de factores como podría ser la actividad laboral o docente que deben realizar. [11]

Tabla 3. Información sobre duración de la lactancia.

Nivel de información	Antes de intervención		Después de intervención	
	Frecuencia	Porciento	Frecuencia	Porciento
Adecuado	63	60.6	104	100

Inadecuado	41	39.4	0	0
Total	104	100	104	100

El nivel de información relacionado con la duración de la lactancia materna lactancia materna se ilustra en la tabla 3, apreciándose que antes de la intervención ya se observaba un predominio de las mujeres con conocimientos adecuados para un 60.6 %,esto se debe a las acciones de promoción que se han realizado en la población y el apoyo de los medios de difusión masiva, no obstante a esto aún no se logra que el mayor por ciento de mujeres que conocen sobre la duración de la lactancia la practiquen hasta el sexto mes. Luego de realizada la intervención el nivel de información se incrementó al 100%.

Gorrita[12,] expresa en su estudio sobre lactancia en los primeros seis meses de vida, que las madres se han nutrido de una gran información sobre la lactancia materna, conociendo que la leche materna es la mejor opción para la alimentación infantil y que debe ser ofrecida exclusivamente en los primeros meses de la vida y no ser suspendida hasta los 2 años

Tabla 4. Evaluación del nivel de información general antes y después de la intervención educativa.

Nivel de información	**Antes de intervención**		**Después de intervención**	
	Frecuencia	**Porciento**	**Frecuencia**	**Porciento**
Adecuado	33	32.2	100	96.2
Inadecuado	71	67.8	4	3.8
Total	104	100	104	100

La tabla.4 muestra la evaluación del nivel de información general predominando las mujeres antes de la intervención educativa con un nivel inadecuado en un 67.8 %,

luego de aplicar la intervención educativa se pudo apreciar que las mujeres en edad fértil sin hijos aumentaron su nivel de información general sobre la lactancia materna en un 96.2 %.

Resultados similares se encontraron Camagüey en el año 2010, por los investigadores: Estrada R., Jaime; Amargos R., Jacqueline; Reyes D., Belkis; Guevara B.,donde realizaron un estudio pre-experimental y prospectivo con una muestra de 51 madres primíparas adolescentes, en cinco consultorios del Policlínico Universitario de Municipio Camagüey, a 51 madres adolescentes. Aplicaron un cuestionario antes y después de una intervención educativa, dando como resultado en el pre-test, que el 83.3 % de las encuestadas no conocían adecuadamente de lactancia materna, y sólo el 9.72 % alcanzó un conocimiento "bueno". Después del post-test, llegaron a la conclusión que la intervención fue satisfactoria ya que se logró elevar el nivel de conocimiento de las madres. [13]

El instrumento aplicado antes de la intervención permitió determinar el nivel de información que tenían las mujeres en edad fértil sin hijos, sobre la lactancia materna y después, evaluar la efectividad del Programa Educativo. Quedó demostrado que se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$) por lo que se considera que resultó efectiva la intervención educativa y se lograron los objetivos los objetivos propuestos, o sea, después de la intervención existió una modificación favorable de la información.

CONCLUSIONES

En el estudio predominó el grupo de edad entre 15 y 23 años, con preuniversitario como nivel de escolaridad, lo que favoreció la efectividad de la intervención. El diagnóstico evidenció que las mujeres al inicio de la investigación tenían muy poca información sobre la lactancia materna, ventajas para el niño y la madre, motivos del abandono de la lactancia materna y técnicas de amamantamiento. La implementación de la intervención educativa basada en un enfoque participativo logró incrementar el nivel de información en las mujeres seleccionadas preparándolas para enfrentar el proceso de la lactancia con los conocimientos básicos necesarios que le permitan mantener esta hasta el sexto mes de vida del bebé.

REFERENCIAS

1- Jones JR, Kogan MD, Singh GK, Dee DL, Grummer-Strawn LM.(2011). Factores asociados con la lactancia maternal exclusive. Pediatrics [Internet].. [citado 10 Nov 2017]; 128 (1117): [aprox. 1 p.]. Recuperado de: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74500.

2- Nielsen SB, Reilly JJ, Fewtrell MS, Eaton S, Grinham J, Well JCK.(2011) Adecuación de la lactancia materna exclusiva. Pediatrics [Internet]. [citado 10 Nov 2017];128 (907): [aprox. 1 p.]. Recuperado de: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=73835.

3- Aguilar Hdez M, Maldonado Aguayo J. (2012) Lactancia Materna. Como promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del comité de lactancia de la Asociación pediátrica Española. Pediat An Pediatr (Barc); 63(4): 340-56.

4- Aldereguía Henriques J.(2017) La medicina social, la salud pública y el siglo XX. . Recuperado de: www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Jorge2.pdf

5- Martínez JL, Rosell MG.(2003). Fomento de la Lactancia Materna. *Rev Med Clin Las Condes* [Internet]. [citado 10 Nov 2017]; 14(2): [aprox. 1 p.]. Recuperado de: www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-fomento-lactancia-materna X0716854003319825?referer =buscador.

6- Estrada Rodríguez J, Amargós Ramírez J, Reyes Domínguez B, Guevara Basulto A.(2010). Intervención Educativa sobre lactancia materna. Rev AMC [Internet]. 14(2): [aprox. 1 p.]. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

7- Giugliani ER, Horta BL, Loret de Mola C, Lisboa BO, Victora CG.(2015)Effect of breastfeeding promotion interventions on child growth: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. Dec;104(467):20-9. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26361071

8. González Menéndez I.(2018) Lactancia materna en madres adolescentes .[citado: Recuperado de: http://www.geogle.com.

9. Valdés JD. al. Lactancia materna y madre adolescente.(1990) *Rey. Cubana Pediatr* ;62(4): 560-565 Prevalencia y Duración de la Lactancia Materna Exclusiva

10. Handayani, L. Azlina, K. Kee,J. Solikhah. (2013). Contribution of Knowledge on Breastfeeding among Mother Who Joined Mother Support Group Program. International Journal of Public Health Science (IJPHS). September; Vol. (2), No. (3): 89-92p.

11. Delgado M. Nombera P.(2012).Nivel de conocimientos de las madres Adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. Tesis Licenciatura en Enfermería. Lambayeque,Perú: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo;

12.Gorrita Pérez RR, Terrazas Saldaña A, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez Y.(2015). Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna en los primeros seis meses de vida. Rec Cubana Pediatr [Internet]. 87(3): [aprox. 1p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347531201500030004

13. Pallas Alonso CR. (2014).Lactancia materna y alimentación durante el primer año de vida. Oct. 52 (3):22-36.

RIESGO PRECONCEPCIONAL EN LA ADOLESCENCIA

RISK BEFORE OF THE CONCEPTION IN THE ADOLESCENCE

Yamisleidis Abreu Rodriguez yoacordero@ltu.sld.cu

Yoanne Cordero González

Raidel Perez Castillo

RESUMEN

El Programa del Riesgo Reproductivo Preconcepcional tiene en sus objetivos contribuir a la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal por lo que el riesgo se incrementa cuando ocurre en edades precoces. Se realizó un estudio referativo con la finalidad de actualizar el enfoque epidemiológico del riesgo preconcepcional en la adolescencia, utilizando diferentes artículos publicados en las fuentes de información Ebecohost, Pubmed, Google academic. La sistematización permitió concluir que la tendencia mundial sobre el enfoque de riesgo preconcepcional en la adolescencia constituye uno de los pilares esenciales para disminuir la incidencia del embarazo precoz, las infecciones de transmisión sexual y las prácticas abortivas como método anticonceptivo. Se hace imprescindible realizar intervenciones de prevención y promoción generadoras de cultura sanitaria con la integración familia-comunidad-escuela y decisores de salud en aras de modificar conductas sexuales de riesgo en las adolescentes.

PALABRAS CLAVES: adolescencia, riesgo reproductivo, embarazo precoz, mortalidad materna.

ABSTRACT

The Program of the Reproductive Risk before the conception has in its objectives to contribute to the decrease of the morbility rate and infantile and perinatal mortality for what the risk is increased when it happens in precocious ages. There was carried out a study referativo with the purpose of upgrading the epidemic focus of the risk before the conception in the adolescence, using different articles published in the sources of information Ebecohost, Pubmed, Google academic. The systematizing allowed concluding that the world tendency on the focus of risk before the conception in the adolescence one of the essential pillars constitutes to diminish the incidence of the precocious pregnancy, the infections of sexual transmission and the abortive practices as birth-control method. It becomes indispensable to carry out interventions of prevention and generating promotion of sanitary culture with the integration family-community-school and decide of health for the sake of modifying sexual behaviors of risk in the adolescents.

KEY WORDS: adolescence, reproductive risk, I embarrass precocious, maternal mortality

INTRODUCCIÓN

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) está expuesta a factores de riesgos que pueden afectarla en sus diferentes etapas. La prevención de estos durante el proceso de reproducción es fundamental para el desarrollo de la salud reproductiva. El enfoque de

riesgo reproductivo debe empezar antes de la concepción, y es a esta etapa, a la que se denomina preconcepcional. (Izaguirre 2009)

El riesgo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño, ella o su producto al involucrarse en el proceso reproductivo. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social o ambiental e incluso interactuar entre ellos. (Alvares Sintes 2001)

El Programa del Riesgo Reproductivo Preconcepcional tiene en sus objetivos contribuir a la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, además brinda ayuda a las mujeres en edad fértil a evitar embarazos no deseados, busca disminuir el índice de recién nacidos bajo peso, el parto pretérmino, la reducción de las malformaciones congénitas y las muertes fetales. Para el logro de estos objetivos están el médico y la enfermera de la familia, quienes tienen la responsabilidad de detectar oportunamente el riesgo de la población femenina en edad fértil y actuar para minimizar los efectos negativos en la salud de la población, con la cooperación interactiva de la comunidad y la gestión intersectorial. (Fernández 2014)

Dentro de los grupos de edades que se encuentran incluidos dentro del riesgo preconcepcional, están las edades entre 12 a19 años (adolescentes), y que constituye hoy en día un gran riesgo si llegara a concebirse un embarazo, por ello es de gran importancia una dispensarización adecuada, y acciones educativas y de control de esta población que nos permita lograr en un futuro un embarazo satisfactorio, un parto feliz y un recién nacido sano. (Cabrera Cao 2015)

Adolescencia es la etapa de maduración entre la niñez y la adultez, que se inicia con los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.

No deviene solamente un período de adaptación a las modificaciones corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicosocial, por lo cual se dificulta establecer límites cronológicos para esta faceta, que de acuerdo con los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, dividida en 2 fases: la adolescencia temprana (11-14 años) y la tardía (15-19 años). Aunque este ciclo de transición varía entre las diferentes culturas, suele definirse como el tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes desde el punto de vista social.

La adolescencia es un período crucial para la salud porque constituye una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una gama amplia de nuevas actividades que pueden conducir a un alto riesgo para la salud. En estudios recientes algunos aspectos han sido levantados como predictores del uso o de la intención de usar el condón entre adolescentes. Entre ellos estarían las actitudes positivas de hablar sobre prevención en el comportamiento sexual, la auto-eficacia percibida, la norma subjetiva, el auto-concepto positivo y la conciencia del riesgo de contaminación por ITS/SIDA, así como de la importancia del condón en la prevención de ITS y embarazos no planeados.

El inicio de la actividad sexual durante la adolescencia es un fenómeno que merece especial atención debido a que generalmente sucede en un periodo donde no se ha alcanzado la madurez física, cognoscitiva ni emocional suficiente para asumir la responsabilidad del acto sexual y sus consecuencias. Por otra parte su inicio precoz, se asocia a conductas sexuales de riesgo como: mayor número de parejas sexuales, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), menor probabilidad de uso de anticonceptivos y mayor riesgo de embarazo no planeado.

El embarazo precoz y sus dos aristas: "me convierto en madre adolescente" o "aborto" son las dos disyuntivas que enfrenta el adolescente, siendo esto el desafío al cual se debe afrontar en el terreno de la salud sexual y reproductiva donde entra a jugar un papel importante la sexualidad y su educación · Esta última constituye un desafío, pues se complejiza en la actualidad por estar atada a prejuicios y tabúes a lo largo de la historia, por lo que su éxito depende de que se dirija a conocer y disponer adecuadamente de la propia vida sexual, siendo capaz de guiarla hacia el mejor desarrollo personal. (Hierrezuelo 2017)

El embarazo, a cualquier edad, constituye un hecho trascendental, pero en la adolescencia se asocia con algunos peligros médicos, como son: escaso y tardío control prenatal; incremento del aborto; mayor número de dificultades en el parto (cesáreas y fórceps); multiparidad precoz; mayor mortalidad materna, infantil y fetal; y mayor número de complicaciones (elevación de la presión arterial, anemia, enfermedades que se transmiten por medio del contacto sexual y malnutrición).

La conducta sexual precoz y desprotegida en adolescentes, con sus lamentables consecuencias como el embarazo no deseado, el aborto, las enfermedades e infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida, obliga a trazar estrategias de promoción, orientadas a disminuir e intervenir en los factores de riesgo. (Arrate Negret 2017)

Alrededor de 860.000 adolescentes quedan embarazadas cada año y cerca de 425.000 dan a luz. Aproximadamente una de cada tres adolescentes quedan embarazadas antes de los 20 años de edad. El índice de nacimientos correspondiente a madres adolescentes está declinando. Entre 1991 y 2002 decayó un 30 % (de 61,8 a 43 por cada 1.000 mujeres). Sin embargo, en el 2002 (el último año del que se dispone de datos estadísticos), alrededor de cuatro adolescentes de cada 100 tuvieron el bebé.Según la organización Savethe Childrencada 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). Las complicaciones del embarazo y el partoson la principal causa de mortalidadentre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas. La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarsea una edad temprana. En Níger, por ejemplo, el 87 % de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53 % había dado a luz a un niño antes de la edad de 18 años. En las naciones industrializadas de Asia, como Corea del Sur y Singapur, las tasas de nacimientos en adolescentes se encuentran entre los más bajos del mundo. (Lugones 2014)

En Cuba, desde el triunfo de la Revolución, se establecieron programas dirigidos a proteger la salud materno-infantil. Entre ellos está el Programa del manejo y control del riesgo preconcepcional, cuyo objetivo consiste en incidir y modificar positivamente al riesgo reproductivo existente antes del embarazo. En nuestro país se estima que entre el 15% y el 25% de las mujeres en edad fértil tiene alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como riesgo preconcecional.

En el Municipio de las Tunas, según datos estadísticos, en el periodo de junio del 2017 a junio del 2018 se constató un total de 3116 adolescentes dispensarizadas como riesgo preconcepcional. Teniendo en cuenta de que en el área de salud Aquiles Espinosa Salgado existe un total de 6148 mujeres dispensarizadas como riesgo preconcepcional y de ellas 325 adolescentes dentro del riesgo y que aún se aprecian dificultades en el manejo del riesgo preconcepcional, lo que constituye un problema real en la comunidad, nos motivó a realizar este trabajo referativo con la finalidad de actualizar el enfoque epidemiológico del riesgo preconcepcional en la adolescencia.

Control de la fecundidad en la adolescente

La práctica anticonceptiva en Cuba se considera elevada desde los años 80. Según las estadísticas, las adolescentes cubanas tienen hoy menos embarazos que hace una década, pero para poder comprender lo alarmante de esta situación, debemos recordar que alrededor del 50% de los adolescentes entre 15 y 19 años tienen vida sexualmente activa. Hay autores que plantean un incremento anual del 10%, en mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. Por otro lado, el 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurren entre el 60 y el 70% de embarazos no deseados. (Hordon 2013)

Durante los años 60 y hasta mediados de la década de los 80, se utilizaban los dispositivos intrauterinos, con la casi exclusividad del Anillo de Zipper, cuyo uso se canceló en 1985, dada la comprobación internacional de su riesgo para infecciones pélvicas. Se disponía desde años anteriores del Asa de Lipps y el uso incipiente de la T de cobre, ésta última, la más usada actualmente por su calidad, bajo riesgo, disponibilidad en el mercado y efectividad. (Torres 2010)

Sin que se postule una revolución sexual vigorosa, existen diversos factores que explicarían la gran fecundidad de las adolescentes. Ha disminuido gradualmente la edad de la menarquia durante el último siglo, de modo que ahora sobreviene después de los 12 años; al llegar a la edad de 17,5 años, el 94 % de todas las chicas son totalmente fecundas, lo que parece estar relacionado con una mejor nutrición. (Cervera 2017)

El mundo actual ofrece menos restricciones a la mezcla de los sexos a edades muy tempranas, lo que incrementa el riesgo de actividad sexual precoz. Por otra parte, se ha producido una prolongación simultánea del período de la adolescencia por la tendencia a seguir dependiendo, desde el punto de vista económico, de los padres, mientras se prosigue con la educación, lo mismo que por la tendencia a contraer nupcias más tarde. (Álvarez Vázquez 2001)

Contexto epidemiológico del riesgo reproductivo en la adolescencia

La adolescencia constituye un período especial del desarrollo y crecimiento en la vida de cada individuo. Es una fase de transición entre un estadio infantil, para culminar en el adulto. Se trata de una etapa de elaboración de la identidad definitiva de cada sujeto que se plasmará en su individualización adulta. De acuerdo a las características y los cambios que se van experimentando en la adolescencia se debe de evaluar el nivel de adaptación que los adolescentes logran en las diferentes esferas de su vida. Debido a la inestabilidad emocional, búsqueda de identidad y planeación de proyectos de vida, el interés por lo prohibido, la influencia de los amigos, para ellos y la revelación en contra de los padres, los medios de comunicación y el deseo o curiosidad de experimentar cosas nuevas son los principales determinantes que van a exponer al adolescente a situaciones poco favorables para su salud.

Uno de los grupos poblacionales más susceptible de sufrir transformaciones en la comunidad es la población adolescente. Dentro de las aristas de su personalidad la más sensible es la esfera psicosexual. El afán por ser adultos y el deseo de comprobar su capacidad reproductiva interpretada como virtud indispensable para demostrar la nueva condición de mujer u hombre puede conducirlos a incursionar con descuidos en el mundo de la sexualidad. (Arrué 2005, Pérez 2009)

La adolescencia durante mucho tiempo se consideró solo un tránsito entre la infancia y la adultez; pero hoy existen motivos suficientes para considerarla como una etapa dentro del proceso de desarrollo del ser humano, y exclusivo de la especie. Se define este periodo como una época en que el individuo progresa desde el inicio de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual. (Infante 2001)

Según cifras provenientes del Fondo para la Población de las Naciones Unidas, el embarazo en la adolescencia representa poco más de 10 % de todos los nacimientos en el mundo. El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil, así como al círculo de enfermedad y pobreza. Unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de adolescentes menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Éste es un fenómeno expandido por todo el orbe: en Estados Unidos se presentan anualmente más de medio millón de embarazos en adolescentes; para 1996, en Canadá se embarazaron alrededor de 40 mil adolescentes. En países con mayor nivel socioeconómico y cultural, el porcentaje de mujeres con RRPC es inferior a un 5% y en algunos como Suecia y Japón son de 4 % y 3 % respectivamente.

En países como Brasil, México y Venezuela se incrementa el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, alcanzando hasta un 25% o un 30% del total de las mujeres.

El estudio de Rosa N.Geldstein y Edith A. Pantelides presenta nuevas preguntas frente a la evidencia de que más de 105.000 adolescentes dan a luz anualmente en la Argentina, y que casi el 14% de las muertes maternas registradas en el país corresponde a niñas de entre 10 y 19 años de edad. En el análisis de los datos

recogidos en este trabajo, se manifiesta que tanto las condiciones materiales de vida de las jóvenes como las imágenes que de sí mismas y de sus congéneres tienen las mujeres son decisivas a la hora de exponerse o no a conductas de riesgo reproductivo.

La problemática del embarazo en la adolescencia afecta a varias regiones del mundo y Cuba no está exenta; el incremento de riesgos, incluyendo los abortos en este grupo poblacional, es superior al de todas las mujeres en edades reproductivas, y continúa cobrando efectos muy desfavorables en la salud sexual, los que pueden ser irreversibles, al dejar consecuencias inmediatas como la muerte materna, y secuelas como la necesidad de realizar una histerectomía en edades tan precoces. La importancia que el Estado cubano ofrece a la formación de las nuevas generaciones, al fortalecimiento de las funciones de la familia en la sociedad y a la prevención y promoción como pilares de la medicina comunitaria, argumentan la importancia y pertinencia del tema abordado.

El embarazo precoz es un tema inquietante para los profesionales de la salud por derivar de conductas sexuales de los adolescentes, como resultado del inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales sin el uso adecuado de los métodos anticonceptivos. Esto puede causar la aparición de embarazos, entre otros problemas. (Almeida 2016)

Para Armendáriz y Medel (2010) las principales causas o razones que existen en la sociedad y que influyen en una adolescente para quedar embarazada son:

Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Familia disfuncional: la ausencia de los padres genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vínculo de amor.

Bajo nivel educativo.

Pensamientos mágicos: propios en esta etapa de la vida, que las llevan a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados, y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

Falta o distorsión de la información.

Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, con frecuencia por rebeldía, y a la vez como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones, no implementan medidas anticonceptivas.

Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres, derivado de una nueva libertad sexual, se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

La falta de una adecuada educación sobre sexualidad y el uso correcto de métodos anticonceptivos.

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, como

resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, lo cual aumenta considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas.

Este tipo de embarazo se produce cuando la maduración biosocial, física y psicológica no se ha logrado aún, por incomprensiones, problemas socioeconómicos, carencias nutricionales y un medio familiar poco receptivo y cooperativo, incapaz de aceptarlo y protegerlo.

Esta falta de organización y confusión de valores es típica de la etapa, pues la adolescente se encuentra en un proceso de cambio y desarrollo, durante el cual va incorporando una nueva concepción del mundo, pero aún se guía por criterios valorativos externos y convicciones inestables, estereotipadas y variables.

Complicaciones del embarazo al destiempo

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de dos situaciones:

Una de tipo biológica

Otra condicionada por factores psicosociales. Desde el punto de vista fisiológico, la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de 5 años de haber aparecido su primera menstruación; por tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo. (Menéndez 2014)

Por estas y otras razones, el embarazo precoz puede provocar, entre muchas consecuencias adversas:

Nutrición deficiente. La adolescente embarazada tiene un sistema inmune, inmaduro, lo cual puede estar relacionado con una deficiente nutrición materna en gestantes muy jóvenes.

Desgarro del canal cervical. Los diámetros pelvianos de la adolescente promedio no alcanzan el tamaño necesario para el recorrido saludable del feto por el canal del parto y un alumbramiento feliz, lo que origina lesiones traumáticas en el tracto vaginal. Además, de forma casi general, la mayoría de las muchachas son primigestas, lo cual constituye un riesgo pudiendo provocar desgarros del canal vaginal.

Aborto. Muchas veces y al tratarse de adolescentes muy jóvenes, el embarazo queda interrumpido de forma natural y más teniendo en cuenta que se calcula que el 25% de todos los embarazos humanos finalizan en aborto espontáneo, y tres cuartas partes de los abortos suceden en los tres primeros meses de embarazo.

Ruptura prematura de membranas. La causa de la ruptura prematura de membranas es multifactorial y varía con la edad gestacional, así como con la edad de la madre, se ha observado que en adolescentes este caso aumenta la probabilidad. En algunas pacientes más de una posible causa es encontrada. A medida que la ruptura se ocurre a menor edad gestacional se observa una mayor asociación con la infección del corion/decidua, aunque en algunos casos es difícil saber si la infección es la causa o es secundaria a la ruptura de las membranas.

Infecciones urinarias. La embarazada adolescente se suma al riesgo de infecciones de vías urinarias asociándose con el retardo del crecimiento intrauterino y recién nacidos con bajo peso al nacer y de pre término secundario a trabajo de parto prematuro, anemia, eclampsia e infección del líquido amniótico. Los cambios anatómicos y funcionales que ocurren durante el embarazo, guardan una relación directa con el aumento a la predisposición para las infecciones urinarias las cuales aumenta a menor edad. Esto es debido a múltiples causas como:

Los riñones aumentan de tamaño por aumento del flujo sanguíneo que deben filtrar y por lo tanto aumenta la longitud renal.

La vejiga aparece congestiva y es desplazada de su sitio habitual

El aumento de la hormona progesterona produce relajación de la musculatura de la vejiga y de los uréteres, lo que lentifica el flujo de la orina,

El útero comprime los uréteres, especialmente el del lado derecho, acumulándose en los uréteres hasta 200 ml de orina. Este estancamiento urinario favorece el crecimiento de las bacterias,

Se cambia el pH de la orina y se hace más alcalino

Otros factores que contribuyen para la multiplicación de bacterias es la mayor eliminación de proteínas por la orina conforme avanza la gestación.

La realidad objetiva nos enfrenta a los problemas de la sexualidad adolescente y a la posibilidad de embarazo temprano, lo cual tiene un riesgo mucho mayor para la adolescente embarazada como para su futuro hijo, adicionándole a esto la repercusión social que acarrea un embarazo en la adolescencia y las consecuencias médicas. (Méndez 2002)

La Medicina Comunitaria en el manejo del riesgo preconcepcional en la adolescencia

La Atención Primaria de Salud (APS), con su célula básica en los consultorios del médico y la enfermera de la familia (equipo básico de salud) tiene dentro de sus funciones trabajar con los grupos poblacionales de riesgo de la comunidad. Esto permite una intervención promocional educativa dentro de las que se encuentran: educar sobre la necesidad de asumir la sexualidad de manera responsable en los adolescentes de ambos sexos; promover la planificación familiar y la maternidad y paternidad responsables, con el propósito de favorecer a la salud sexual y reproductiva así como desarrollar un sentimiento hacia la prevención. Estas medidas incidirán positivamente en el logro de indicadores relacionados con el embarazo en esta etapa de la vida. (Arrate Negret 2017)

Actualmente la APS, tiene el círculo de adolescentes como herramienta útil para el trabajo en la prevención del embarazo en este período. A pesar de ello se aprecian dificultades en este proceso, lo que constituye un problema real.

La medicina en la comunidad tiene como objetivo fundamental la promoción y prevención, crea así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción, que es un instrumento fundamental de trabajo en el Programa de Riesgo Preconcepcional, el cual dirige sus acciones a propiciar información, orientación, educación y servicios a las

parejas, y tiene sus bases en un trabajo comunitario, interdisciplinario y multisectorial. Pero como el riesgo materno no es sinónimo de planificación familiar y anticoncepción, la labor educativa debe ir más allá, lograr que la futura madre conozca su momento óptimo, reconocer que posee un riesgo y, por ende, la probabilidad que ocurra un daño durante el proceso de reproducción que la afectará a ella misma, al feto o al recién nacido, por lo que debe buscar asistencia médica y no sólo esperar que el médico llegue, además que éste no es sólo estar enferma, sino que abarca además de lo biológico, lo psicológico y lo social, así como cada una de ellas aprenda a contribuir con el control y manejo de sus riesgos conociendo las consecuencias que éstos pueden acarrear, ya que sin la colaboración de la mujer y su pareja no se tendrá nunca el efecto deseado.

Sin embargo, no puede entenderse hoy una política de promoción sanitaria dirigida a los adolescentes, sin una visión intersectorial y multidisciplinaria de sus particularidades. Los niveles de participación alcanzan lo individual, familiar, comunitario y social, de manera que el sistema de salud debe asumir un rol de liderazgo que abarque desde la producción de intervenciones, si bien la mayor responsabilidad radica en incluir el tema, con la prioridad que corresponde, en la agenda de todos los sectores (Rodríguez Suarez 2016).

CONCLUSIONES

La tendencia mundial sobre el enfoque de riesgo preconcepcional en la adolescencia constituye uno de los pilares esenciales para disminuir la incidencia del embarazo precoz, las infecciones de transmisión sexual y las prácticas abortivas como método anticonceptivo. Se hace imprescindible realizar intervenciones de prevención y promoción generadoras de cultura sanitaria con la integración familia-comunidad-escuela y decisores de salud en aras de modificar conductas sexuales de riesgo en las adolescentes.

REFERENCIAS

Almeida G. WJ, Borges A.M, BoluféVilaza ME. (2016) Acciones educativas para una sexualidad responsable en adolescentes desde la extensión universitaria. EDUMECENTRO [Internet]. [citado 2019 Ago 08]; 8(1): 174-180. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742016000100014&lng=es.

Álvarez S. R (2001). Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas.

Álvarez V. (2001) El aborto: ¿Un problema de salud en Cuba? En: Planell E. Silencios, presencias y debates sobre el aborto en Puerto Rico y el, Caribe hispano. 1ª ed. Puerto Rico: Fundación Atlanta; p. 86106.

Arrate N. MM, Linares D. M de J, Cuesta N. AL, Isaac R. LM, Molina H. V. (2017) Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. [Cited 2018 Nov 5];21(2):150–6. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=121382671&lang=es&site=ehost-live

Arrué H. MJ. (2005) ¿Cómo demuestro que te amo? La Habana: Editorial CENESEX.

Cabrera Ca. Y, Ortega B. M. Riesgo reproductivo preconcepcional (2015) Análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. *Rev. Cubana Med. Gen Integ;* 21 (3-4): 800-10.

Cervera E. L., Brizuela P. S. y Rodríguez F. R. (2017) Riesgo preconcepcional y producto de la concepción. *Rev. Cubana Medicina General Integral*: 13(6):5605.

Fernández B. H, Gerez M. S, Ramírez P. N, Pineda B. A (2014) Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. *Rev Cubana ObstetGinecol*. [citado 30 Oct 2015];40(2):197-205. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2014000200007&lng=es

Hierrezuelo R. N, Alvarez C. JT, Subert S. L, González F. P, de los Angeles P. Hechavarría G. (2017) Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. [cited 2018 Nov 5];21(5):538–46. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=123263376&lang=es&site=ehost-live

Hordon N.. (2012) La elección del método implica muchos factores. Network en Español; 10(1):16.

Infante P. OE. Adolescencia. (2001) En: Núñez de Villavicencio Porro F. Psicología y Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Izaguirre HB (2009) Atención de enfermería en la Salud Reproductiva. La Habana: ECIMED; 2009. p.27-32.

Lugones B. M. Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2014 Jan [cited 2019 Aug 8];30(1):1–2. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=111379849&lang=es&site=ehost-live

Méndez JM. (2002) Anticoncepción en la adolescencia: reflexiones sobre el tema y situación Argentina. Rev. SOGIA; 9 (3):2730.

Menéndez G., G., Navas C., I., Hidalgo R., Y., y Espert C., J. 2014.

Pérez . M, Sosa Z. M, Amarán V. JE. (2009). Algunos aspectos relacionados con el conocimiento sobre sexualidad en adolescentes de un área de salud. MEDISAN [Internet]. [citado 12 Mar2015];13(3):[aprox.3p.]. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san18309.htm

Rodríguez S. M. Algunos factores asociados al Riesgo Preconcepcional.(2016). *Rev Cubana ObstetGinecol;* 32(3): 34-7.

Torres G. RMA. (2010) Riesgo reproductivo. *Rev. Cub. Obstet. Ginecol.* La Habana; 27(3): 115119.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN DIGESTIVA EN ESTUDIANTES DE 6TO GRADO

EDUCATIONAL INTERVENTION ON DISEASES OF DIGESTIVE TRANSMISSION IN SIXTH GRADE STUDENTS

Yaneilis Carralero López yane72@ltu.sld.cu
Eysi Mastrapa Cruz yurix@ltu.sld.cu
Yamilet Varona Espino. yurix@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó una intervención educativa sobre Enfermedades de Transmisión Digestiva en educandos del Semi-internado, “Camilo Cienfuegos Gorriarán”, pertenecientes al consejo popular No.1 del municipio de Puerto Padre, en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2018. La población fue de 77 estudiantes de 6to grado. El estudio constó de tres etapas, en la primera etapa se identificó el nivel de conocimiento sobre las Enfermedades de Transmisión Digestiva. En la segunda se aplicaron diferentes técnicas educativas para ampliar los conocimientos de las mismas y la tercera se aplicó la misma encuesta para determinar conocimientos adquiridos, los resultados se procesaron de forma computarizada y se ilustraron en tablas estadísticas. Esta investigación permitió lograr cambios significativos en el conocimiento de las enfermedades de transmisión digestiva y corroborar la efectividad del programa aplicado, contribuyendo a elevar la calidad de vida de los alumnos y ser comunicadores de la familia y la comunidad.

PALABRAS CLAVES: Enfermedades de transmisión digestiva, intervención educativa, educandos.

ABSTRACT

An educational intervection was carried out on diseases of digestive transmission in elementary school students, Camilo Cienfuegos Gorriaran, belonging to the popular council No 1 of the municipality of Puerto Padre, in the period from January to December 2019. The population was 77 6th grade students. The study consisted of three stages, in the first one the level of knowledge about the diseases of digestive transmission was identified. In the second, different educational techniques were applied to extend the knowledge acquired, the results were processed in a computerized way and illustrated in statistical tables. This research allowed to achieve significant changes in the knowledge of diseases of digestive transmission and to corroborate the effectiveness of the applied program contributing to elevate the quality of life of the students and be communicators of the family and the community.

KEY WORDS: Diseases of digestive transmission / educational intervention / learners.

INTRODUCCIÓN

El perfil de las enfermedades gastrointestinales cambia permanentemente a nivel mundial y local, lo cual incide en la sospecha diagnóstica y el manejo médico. (Daza, Dadán e Higuera, 2017).

Las enfermedades de transmisión digestivas (ETD) constituyen un problema de salud pública muy extendido en el mundo actual, y como causa importante de la caída de productividad y de grandes pérdidas económicas en países, empresas y pequeños negocios, lo que también afecta a los propios consumidores.

Un factor que ha incidido en la disminución de su incidencia son las acciones de entidades como la Organización Mundial de la Salud, la American Academy of Pediatrics y, en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, cuyas actividades de vigilancia de enfermedades prevenibles y de fomento del uso racional de los antibióticos y la ampliación de la inmunización han permitido la disminución de algunas enfermedades infecciosas prevalentes en los últimos años. (Ministerio de la Protección Social, 2007; Profamilia, 2016).

A pesar de las actividades educativas relacionadas con la salud, aún se manifiestan en los estudiantes comportamientos que no reflejan la educación recibida. Se observa un incremento de los brotes de enfermedades de transmisión digestiva, que no están exentas de complicaciones por lo cual es necesario incrementar la actividad pedagógica, con respecto a la salud por la vía curricular que propicie la reflexión y cambios de conducta. (Cúrvelo J, 2007).

La OMS trabaja con los Estados Miembros y con otros asociados para: fortalecer la capacidad para realizar intervenciones de prevención, en particular las relacionadas con el saneamiento y el mejoramiento de las fuentes de agua, así como con el tratamiento y almacenamiento seguro del agua en los hogares; desarrollar nuevas intervenciones sanitarias tales como la inmunización contra los rotavirus; y contribuir a la capacitación de agentes de salud, especialmente en el ámbito comunitario. (OMS, 2017).

Según estudios realizados por la OMS en 1990, de un total anual mundial de 12 900 000 defunciones en niños menores de 5 años, 3 200 000 fueron debida a enfermedades diarreicas. La morbilidad se estimó en 1300 000 de episodios diarreicos por años. Las enfermedades diarreicas agudas son más frecuentes en los países donde predominan. (CEPIS/OPS, 2006).

Se ha estimado que hasta 25 % de los niños sanos presentan algún tipo de trastorno en la alimentación. Ese conjunto abarca casi la cuarta parte de la población cubana, y sería imperdonable, dejar pasar la oportunidad de garantizar a los hombres y mujeres del futuro la salud, la calidad de vida, el máximo aprendizaje a los educandos y el mayor desarrollo profesional y bienestar a sus trabajadores (Kerzner, Milano y MacLean 2015).

La clave estuvo en su afirmación: “todo se puede prevenir” (Kerzner y otros, 2015) y se refirió a lo imprescindible que resulta la vigilancia para identificar los problemas de salud que existan, los factores de riesgo que los puedan generar, e incluso los factores protectores que falten y se puedan fomentar, basados en el conocimiento, la promoción, la prevención y el nivel de preparación para afrontar los conflictos.

Y aunque existen algunos asuntos cuya solución está en dependencia de los recursos con que cuenten Educación y Salud como ministerios, en cada momento, interesa mucho profundizar en los que dependen de la familia y la comunidad, para mejorar las condiciones de vida del estudiante y sus compañeros, sin la movilización de grandes ni costosos recursos.

Estudios realizados sobre este consenso de enfermedades generalmente abordan la problemática del diagnóstico, manifestaciones clínicas, incidencia, prevalencia, etc., los estudios de intervención educativa en edad escolar primaria son escasos.

El municipio de Puerto Padre no está exento de la panorámica mundial y del comportamiento del país. Las ETD son endémicas en todas las latitudes, donde se producen epidemias a intervalos de tiempos variables. Dentro de las ETD, la que aporta mayor número de casos a las estadísticas municipales lo constituyen las EDA, las Hepatitis y el Parasitismo intestinal.

En el año 2008 se ofrecieron 1899 atenciones médicas de EDA para una tasa de 202,1 por 10 000 habitantes, superior a igual período del 2007, donde las tasas fueron de 108,4 superior comportamiento a la tasa provincial. El área más afectada Puerto Padre con tasa de 25,3 por 1000 habitantes, por encima de la municipal, seguido de Delicias con tasas de 20,1. Los canales endémicos en fase de EPIDEMIA aumentaron el riesgo al 86,3%. Los Consejos Populares más afectados según la estratificación epidemiológica son el de No. 15 en Puerto Padre, en Vázquez el No, 9 y en Delicias el No.3.

Las EDA menor de un año aumentan su comportamiento con 87 atenciones más, aumentando el riesgo en un 73,7% en este grupo de edad con alarma epidemiológica, por encima del comportamiento esperado según pronósticos.

Para controlar la transmisión de estas entidades y disminuir el impacto social que provocan se hacen necesarios realizar acciones de control y prevención para la salud que alcancen el mayor número de población sobre todos los grupos más vulnerables. Por lo tanto, es necesario elevar diferentes propuestas de intervención dependiendo de los grupos de edades y realidad social a fin de acercarse cada vez más a las necesidades sentidas y reales de la población a las cuales se quiere llegar.

Lo anterior expuesto, el incremento de los indicadores y el desconocimiento por la población de la forma de prevenir las enfermedades justifican a realizar un estudio de intervención con enfoque multisectorial y participación comunitaria con la finalidad de desarrollar una gama de actividades educativas en grupos seleccionados

Metodología empleada en el estudio

Se realizó un estudio de Intervención, implementando una estrategia educativa para disminuir la incidencia y riesgo de las enfermedades de transmisión digestiva en la población de estudio en el Seminternado urbano, “Camilo Cienfuegos Gorrearán”, del consejo popular No.1, Municipio de Puerto Padre, en el período enero – diciembre del 2018.

La unidad de análisis se constituyó a partir del grupo de 6to. Grado, que corresponde a un estrato, formado por 77 alumnos y a la vez representando al universo de estudio, siendo la matrícula total de 6to grado del seminternado “Camilo Cienfuegos Gorriarán” La muestra quedó conformada por todos aquellos alumnos de sexto grado, que expresaron el consentimiento informado, para cooperar en la investigación: 36 niños del sexo masculino y 40 del sexo femenino con edades que oscilaron entre 10 y 12 años. Todos eran de procedencia urbana.

La intervención se diseñó con la aprobación de los gerentes de la escuela, para realizarla en actividades extracurriculares, en horario que correspondían al Círculos de interés.

Para el diseño de la intervención se tuvo en cuenta tres etapas: diagnóstico, intervención y evaluación final.

Características sociodemográficas de la población del estudio

En la tabla No. 1 se observa la distribución de los alumnos según edad, se comprueba que las edades de mayor predominio son de 10 y 11 años en correspondencia con el nivel instructivo de la población cubana, lo que afirma la garantía educacional del país. El grupo de edad con mayor número de niños de sexto grado fue el de 11 años con 40 niños para un 51,9%. Los demás grupos estuvieron representados, aunque el de 12 años solo con 1 niño del sexo masculino. No coincidiendo en estudio realizado por La media de edad en las niñas fue de 9,8 años y la de los niños de 8,4 años, con diferencia estadísticamente significativa. (Escalona Y, Hernández R, 2017)

Tabla No 1: Edades en años cumplidos de los alumnos participantes en el estudio.

Edades en años cumplidos	No.	%
10	36	46,8
11	40	51,9
12	1	1,3
TOTAL	77	100,0

Fuente: Registro de matrícula escolar.

Resultados del diagnóstico del nivel de conocimientos de la población del estudio

En la tabla No. 2 se aborda específicamente el análisis de la aplicación del instrumento evaluativo sobre las variables de interés de los objetivos propuestos en los 77 alumnos, al inicio de la intervención se observa que con evaluación de Excelente y Muy bien no se obtuvo ningún resultado, razón por la cual no aparece en la tabla, los rangos evaluativos se pusieron de manifiesto en las categorías Bien, o aprendizaje suficiente, Regular o aprendizaje insuficiente y Mal o aprendizaje nulo. El gráfico verifica en sus barras, como al inicio de la intervención se encontraron aprendizaje nulo.

La variable con mayor desconocimiento fue la relacionada con las medidas de prevención y control, donde se eleva el porcentaje, pero realmente, todas las variables oscilan casi igual con cifras del 79,2 al 94,8%.

Estudios similares de intervención sobre brotes de Enfermedades de transmisión digestiva (ETD), se exhiben resultados similares a los encontrados en esta investigación, esto hace pensar que la labor de promoción de salud, dirigida a la comunidad no es totalmente eficaz ni oportuna. (Laird M, 2008).

Tabla No. 2: Nivel de conocimientos de los sujetos, según las variables estudiadas.

Variables	Nivel de conocimientos					
	Bien		Regular		Mal	
	No	%	No.	%	No	%
C.	5	6,5	11	14,28	61	79,2
M. T.	4	5,2	9	11,7	64	83,1
C. C.	2	2,6	7	9,1	68	88,3
F.R.	7	9,1	9	11,7	61	79,2
M.P.C	0	0	4	5.2	73	94,8

Fuente: Encuesta aplicada.

Leyenda:

F.R: Factores de Riesgo; C: Contenido; M.T: Modo de Transmisión; M.P.C: Medidas de Prevención y Control; C.C: Características Clínicas.

La tabla No. 3 expone la distribución del nivel de conocimiento de las ETD, al final de la intervención se observa que el mayor número de alumnos obtuvo calificaciones de Excelente, Muy Bien y Bien. Al entrar en análisis de los resultados, se encontró que se invirtieron las calificaciones apoyando la calidad de aprendizaje del proceso docente educativo desarrollado. Como demuestra la tabla y el gráfico, después de la intervención los rangos de calificación, difieren extraordinariamente de los del inicio, demostrando la calidad del aprendizaje.

En estudios realizados por Escalona y Hernández (2017) demostró que en la mayoría de los hogares de los niños incluidos en su estudio usaban letrinas y hacían el lavado de manos, previo a la preparación de alimentos, antes de alimentar a los niños, antes de comer y después de ir al baño.

Tabla No. 3. Nivel de conocimientos después de la intervención, según las variables estudiadas.

Variables	Nivel de conocimientos									
	Excelente		Muy bien		Bien		Regular		Mal	
	No	%	No.	%	No	%	No.	%	No	%

C.	56	73,0	16	20,8	3	4,0	1	1,3	1	1,3
M. T.	55	71,4	8	10,4	6	7,8	3	4,0	5	6,5
C. C.	68	88,3	2	2,6	2	2,6	0	0	5	6,5
F.R.	56	73,0	13	17,0	5	6,5	2	2,6	1	1,3
M.P.C.	49	63,6	17	22,1	5	6,5	1	1.3	5	6,5

Fuente: Encuesta aplicada.

Leyenda: C- Contenido, M.T-Modo de transmisión, C.C.- Características clínicas, F.R.- Factores de riesgo, M.P.C.-Medidas de prevención y Control.

La educación ambiental para la prevención de las enfermedades de transmisión digestiva, presentado en el Taller Internacional de Salud Escolar realizado en mayo del 2002 en La Habana, demostró la efectividad de las intervenciones educativas. La mejor evaluación desarrollada fue la que se puso de manifiesto para valorar los resultados de proyecto, el establecimiento de las condiciones que propiciaron el debate, los puntos de vista, las opiniones, las valoraciones y los criterios de los alumnos y la discusión colectiva en cuanto a las causas, los efectos, las alternativas de prevención y solución de los problemas del medio ambiente y la prevalencia de las enfermedades de transmisión digestiva, como combatirlas y como erradicarlas. La manifestación de acciones y conductas favorables, en general a favor de contribuir a la protección del medio ambiente, la conservación de la higiene y la erradicación de las enfermedades de transmisión digestiva, fue una de las mejores evaluaciones práctica. (Wilson, Silvana y Michelle, 2017).

La prevención o la detección oportuna de estas alteraciones podría contribuir a limitar su desarrollo o enlentecer la aparición de complicaciones. (Daza y otros, 2017).

Tabla No 4. Evaluación final de la intervención aplicada, según las variables estudiadas.

Var.	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS.														
	Excelente			Muy bien.			Bien			Reg.			Mal		
	Inic.	Fin	I- R	Inic.	Fin	I- R	Inic.	Fin	I- R	Inic.	Fin	I- R	Inic.	Fin	I- R
C.	0	56	100	0	16	100	5	3	-66,7	11	1	90,9	61	1	98,4
M. T.	0	55	100	0	8	100	4	6	33,3	9	3	66,7	64	5	92,2
C. C.	0	68	100	0	2	100	2	2	0,0	7	0	100	68	5	92,6
F.R.	0	56	100	0	13	100	7	5	-40,0	9	2	77,8	61	1	98,4

M.P.C	0	49	100	0	17	100	0	5	100	4	1	75,0	73	5	93,2

Fuente: Encuesta

Leyenda: PC: por ciento de incremento.

La Tabla No 4, representa la evaluación final de la intervención aplicada según los criterios de evaluación. Como se observa el resultado de forma integral prácticamente fue de un aprendizaje óptimo evaluado en base al porcentaje de Incremento (I-R), por ejemplo: la variable conocimiento que tienen los alumnos al inicio de la Intervención, es nula, ningún alumno obtuvo Excelente (E), ni Muy Bien (MB); 5 obtuvieron Bien (B); 11 Regular (R); y 61 mal (M),esto demuestra que el conocimiento de esta población seleccionada para la intervención referente a las Enfermedades de Transmisión Digestiva es un conocimiento que oscila, desde el insuficiente hasta el nulo.

La investigación demostró como el alumno obtiene conocimientos en las variables trazadas, de 77 alumno evaluado al final de la Intervención 56 obtienen la categoría de Excelente; 16 Muy Bien; 3 de bien (B); 1 regular (R) y 1 de mal (M).

Se explica la tabla teniendo en cuenta el valor estudiado del Porcentaje de Incremento, (I-R), este está en correspondencia con los valores de números absolutos y así prácticamente el 100% transita del Excelente al Muy Bien y Bien o sea por tres categorías y el porcentaje de incremento (I-R). Para esta misma variable es más de un 90%, pero negativa, afianzando esto que el contenido propuesto en las actividades educativas es efectivo, cuando se puede manipular a la población seleccionada con un diseño de programa educativo acorde a los objetivos que se trazan y además hay que tener en cuenta los métodos pedagógicos que se elaboraron para cumplir con los objetivos educativos que permitió elevar la calidad de los conocimientos de los alumnos. Otras investigaciones de tipo educativas han obtenido resultados similares a los nuestros. (Cúrvelo J, 2007).

CONCLUSIONES

El diagnóstico efectuado evidenció la necesidad de la preparación de los estudiantes de 6to grado sobre la prevención y control de las enfermedades de transmisión digestivas, las que pueden ser abordadas a través de las actividades extracurriculares, empleando diferentes técnicas participativas (juegos, competencias, observaciones en el terreno, clases prácticas) con el lenguaje propio de su edad. La implementación de la intervención en los estudiantes demostró su validez al alcanzar la preparación necesaria acerca de las enfermedades de transmisión digestivas para su futura intervención en la comunidad en la solución del problema de salud. La propuesta en práctica de esta intervención es factible, contribuye a elevar la preparación de los estudiantes y el protagonismo de los miembros de la comunidad y propicia la relación de esta con la escuela en la solución de los problemas de salud.

REFERENCIAS

Cúrvelo J. (2007) Salud mediante educación ambiental, actualización. *Cuba*: *El habanero*, edición digital: 30-10. Cuba.

Daza W., Dadán S. e Higuera M. (2017). Perfil de las enfermedades gastrointestinales en un centro de gastroenterología pediátrica en Colombia: 15 años de seguimiento. *Biomédica; 37*:315-23. Recuperado de: https://doi.org/10.7705/biomedica.v34i2.3313

OMS. (2017, mayo). Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/

Escalona Y. y Hernández R. (2017). Enteroparasitismo e higiene en niños y saneamiento ambiental de la comunidad El Ramón de Antilla. CCM.

CEPIS/OPS. (2006). Identificación y evaluación de riesgo de sitios contaminante. (2006). Recuperado de:www.cepis.Ops.oms.org/eswww /fulltext/gtz/metoiden/metcap03/html.

Kerzner B, Milano K, MacLean C. (2015) A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics; 135:*344-53. Recuperado de: https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630

Laird M. (2008). Metodología en alumnos de 3ro. y 4to. de escuelas primarias del municipio Las Tunas. (Tesis de pregrado). Instituto Superior Pedagógico de las Tunas, Cuba.

Ministerio de la Protección Social. (2007) Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. *Bogotá DC: Javegraf.* Recuperado de: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20

Profamilia. (2016). Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS. *Bogotá: Printex* Impresores. Recuperado de https:// dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf

Wilson D., Silvana D., Michelle H. (2017) Perfil de las enfermedades gastrointestinales en un centro de gastroenterología pediátrica en Colombia: 15 años de seguimiento. *Biomédica, 37*:315-23. Recuperado de doi: https://doi.org/10.7705/biomedica.v34i2.3313.

CARACTERIZACIÓN DE LOS ADOLESCENTES FUMADORES DEL PREUNIVERSITARIO ERNESTO GUEVARA DE LA SERNA

CHARACTERIZATION OF THE SMOKERS ADOLESCENT IN THE ERNESTO GUEVARA HIGH SCHOOL

Yanet Carralero Morell yanetcm26@nauta.cu
Alma Yaima Silva Celorrio alma@ltu.sld.cu
Katia Pérez Castro

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar 60 adolescentes fumadores del Preuniversitario “Ernesto Guevara de la Serna”, en el período comprendido de septiembre a diciembre del 2018. Para ello se tuvieron en cuenta criterios *de* inclusión, exclusión y salida, respetando la voluntariedad de participar o abandonar el estudio, así como la confiabilidad de la información obtenida. Se describieron variables como: edad, sexo, inicio y motivo del hábito de fumar, depresión, ansiedad, autoestima, y nivel de conocimientos sobre los efectos nocivos del consumo del tabaco. La información fue procesada mediante cálculos estadísticos de porciento. Predominó el sexo masculino, las edades de 15 a17 años, el tabaquismo aumenta el nivel de ansiedad y los síntomas depresivos; el hábito de fumar baja el nivel de autoestima. Los conocimientos sobre los efectos nocivos del tabaquismo fueron insuficientes.

PALABRAS CLAVES: tabaquismo, adolescencia, características.

ABSTRACT

A descriptive cross section study was realized with the target to characterize 60 smoking adolescents of the Preuniversity student “Ernesto Guevara de la Serna”, in the included period from September until December, 2018. For it there were born in mind criteria of inclusion, exclusion and exit, respecting the voluntariedad of informing or leaving the study, as well as the reliability of the obtained information. Variables were described as: age, sex, beginning and motive of the habit of smoking, depression, anxiety, self-esteem, and level of knowledge on the harmful effects of the consumption of the tobacco. The information was processed by means of statistical porciento calculations. It predominated over the masculine sex, the ages of 15_17 years, and it was demonstrated that the nicotinism affects the mental health in the adolescents.

KEY WORDS: nicotinism, adolescence, characteristics.

INTRODUCCIÓN

Se denomina tabaquismo al consumo habitual de hojas de *Nicotina tabacum*. Se considera este una toxicomanía que crea hábito y síntoma de abstinencia. A diferencia de otras drogadicciones, las consecuencias no solo afectan al fumador sino también a sus familiares, amigos y compañeros de trabajo, que se convierten en fumadores pasivos 17 es una de las sustancias más tóxicas de las que se tiene noción.

La epidemia de tabaquismo constituye un problema mundial con graves consecuencias económicas, sociales, sanitarias y ambientales, tanto en países desarrollados como en

vías de desarrollo. Es responsable de costos que exceden las recaudaciones iscales por impuestos al tabaco. Cobra más vidas que la tuberculosis, el SIDA y el paludismo juntos. Requiere la más amplia cooperación internacional posible y la participación de cada país en una respuesta internacional eficaz, apropiada e integral. El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica, pandémica que afecta a todos los grupos étnicos y no tiene fronteras ni limitaciones de sexo, edad, estrato sociocultural o religiónUn tercio de la población global es fumadora. Entre 1950 y el 2000 había 62 millones de muertos por tabaquismo.

Según estadísticas de la OMS, en el mundo fuman aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexo, el 47% de los hombres y un 11 % de las mujeres consumen una media de 14 cigarrillos por día. El 74% de todos los cigarrillos se consumen en los países de bajo nivel de ingreso. En Cuba, la prevalencia del tabaquismo ha sido considerada alta desde que se dispone de información al respecto. La iniciación global en el grupo de edad 20 a 24 años fue 22,2% y la prevalencia en adolescentes que han consumido cigarrillos alguna vez fue de 25%. Al tomar como base esas cifras, entre 78 países miembros de la OMS, Cuba ocupa el lugar 28. El tabaquismo es la causa de unos cinco millones de muertes anuales y se prevé que aumente a más de diez millones para el 2030. (Cardentey García, 2016)

Es el único producto de consumo legal que mata entre un tercio y la mitad de sus consumidores, relacionado con más de 25 enfermedades, se estima que la asociación causal entre este y la mortalidad las enfermedades cardiovasculares 25 % y 18 %con las cerebrovasculares anual es de 30 % con el cáncer general. Constituye una de las más graves amenazas para la salud humana y es considerado en muchos países la principal causa evitable de enfermedades y muertes, muchas de ellas prematuras solo es un hábito o conducta humana sino una forma de drogodependencia, ligada a múltiples enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cerebrovasculares, así como factor de riesgo de padecimientos como: cáncer, hipertensión arterial, ictus, insuficiencias arteriales y venosas, enfermedades pulmonares obstructivas. (Pla García, Elizarde Gálvez, Cárdenas Friera, Solares Carreño y Nieves Sardiñas, 2016)

En los países del Mercosur; Argentina, Chile y Uruguay, se ha reportado que predomina el consumo del tabaco en las mujeres. Chile es el país con mayor porcentaje de fumadores, seguido de Estados Unidos y la edad de inicio está comprendida entre los 13 y 15 años. En Perú la edad media para el uso de tabaco es de 17 años en la población general y 16 años en los varones, uno de cada 10 individuos se inicia antes de los 12 años, mientras que cuatro de cada10, entre los 12 y 16 años. (Pla García y otros, 2016)

En Cuba las personas mayores de 17 años de la población la zona urbana fuma el 36.8 de la población. En Las Tunas se han realizado varias investigaciones sobre tabaquismo y salud, y se han publicado artículos sobre las causas de muertes atribuibles al tabaco donde se expone que la prevalencia del hábito de fumar entre fallecidos fue elevada, con 51,9 %. En la localidad de Vázquez existían 2400 fumadores en el año 2017 según departamento de estadísticas Policlínico 28 de septiembre, 2018.

La adolescencia constituye una etapa de riesgo en la adquisición del hábito, según autores la edad de inicio de fumar cada vez es más temprana, y se asocia entre este

factor de riesgo tan importante con la presencia de que los padres o sus hermanos también fuman El tabaquismo constituye uno de los factores de riesgo en los adolescentes que favorece a la disminución de los niveles de colesterol HDL y en esta etapa de la vida es cuando mayormente se inicia este hábito. En las personas que fuman desde la adolescencia la mortalidad es tres veces mayor que la de los no fumadores. (Medina Martin, Márquez Socarás, Torres Guevara, Ramos Ramos y Hernández Márquez, 2015)

Como plantea Varona en el estudio: Tabaquismo y percepción del riesgo de fumar en trabajadores de la educación: “En el mundo más del 80% de los fumadores inicia el consumo regular del tabaco durante su vida escolar, en la etapa de adolescencia, de ahí que la edad de inicio sea cada vez más precoz.” (Varona Pérez, García Roche, García Pérez y Lorenzo Vázquez, 2016, p.47)

Por la alta incidencia y serias consecuencias del tabaquismo en la adolescencia, surge la motivación de realizar este estudio, con la finalidad de caracterizar a los adolescentes fumadores del preuniversitario Ernesto Guevara de la Serna en la localidad de Vázquez

Análisis y discusión de los resultados

En la tabla se muestra la distribución de los adolescentes y jóvenes según edad y sexo, en la cual se encontró que predominó el sexo masculino para un 61.66%, y las edades entre 15 y 17 años para un 40 % seguida del grupo de 18 años con un 38,33%.

Tabla 1. Distribución de los adolescentes según edad y sexo.

Sexo	-14años		15-17años		18años y más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Femenino	5	8.33	8	13.33	10	16.67	23	38.33
Masculino	8	13.33	16	26.66	13	21.66	37	61.66
Total	13	21.66	24	40	23	38.33	60	100

Refiere Galiano Ramírez en estudio “Tabaquismo en la infancia y la adolescencia: una adicción, un reto” con características similares a la de esta intervención que: El estudio en estudiantes de carreras de la salud arrojó que 1 de cada 10 fumadores inició el hábito antes de los 12 años; 4 de cada 10, entre los 12 y los 16; y 2 de cada 10, entre los 17 y 19. (Galiano Ramírez, 2017)

En el presente estudio se observó predominio del sexo masculino, sin embargo, algunos trabajos como el referido anteriormente al relacionar el tabaquismo con el sexo, no encontraron gran diferencia. En un estudio realizado en la provincia Pinar del Río donde se caracteriza el tabaquismo en un grupo de adolescentes preuniversitarios predominó el sexo masculino con un 78.4%, coincidiendo con los resultados de esta investigación. (Mena Cardoso, Rodríguez Aguila y Ramos Hurtad, 2017)

Tabla 2. Distribución de los adolescentes según motivación para comenzar a fumar.

Motivaciones	-14años		15-17años		18años y más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Familiares que fuman	2	3.33	5	8.33	7	11.67	14	23.33
Amigos que fuman	4	6.67	11	18.33	8	13.33	23	38.33
Profesores que fuman	2	3.33	3	5	2	3.33	7	11.66
Para sentirse mayores	2	3.33	1	1.67	1	1.67	4	6.66
Para sentirse importante	3	5	4	6.67	5	8.33	12	20
Total	13	21.66	24	40	23	38.33	60	100

En la Tabla 2 se relacionan las principales motivaciones para el inicio tabáquico, resultando en su mayoría por amigos que fuman con un 38.33 %, esto coincide con otros estudios realizados como “El tabaquismo en adolescentes preuniversitarios de la ciudad de Pinar del Río” quienes obtuvieron resultados similares refiriendo que “En cuanto al grupo de amigos, llama la atención que la mayoría de los adolescentes tienen amigos que fuman. No quedó claro si estos amigos son estudiantes de su escuela, o si pertenecen a otros grupos no relacionados con el ambiente educativo. Sin embargo, en el 12,2 % de los casos, estos amigos fumadores se iniciaron en el tabaquismo a la vez que el sujeto encuestado, en tanto el 36,5 % afirmó haber sido influido por el ejemplo de amigos para comenzar a fumar. Por demás, el 17,6 % de los sujetos influyó a su vez a algún amigo que posteriormente comenzó a fumar, y el 13,5 % declaró que no existe relación entre su decisión de fumar y la de sus amigos La iniciación es el momento en que los amigos ejercen mayor influencia, pero, aunque la mayoría de los jóvenes prueban alguna vez un cigarrillo, no todos se convierten en fumadores regulares. (Mena Cardoso y otros, 2017)

Tabla 3. Distribución de los adolescentes según funcionamiento familiar.

Funcionamiento familiar	-14años		15-17años		18años y más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%

Familia funcional	2	3.33	5	8.33	6	10	13	21.66
Familia moderadamente funcional	4	6.67	10	16.67	10	16.67	24	40
Familia disfuncional	6	10	7	11.67	5	8.33	18	30
Familia altamente disfuncional	1	1.67	2	3.33	2	3.33	5	8.33
Total	13	21.66	24	40	23	38.33	60	100

Fuente: Historias de Salud Familiar (FF-Sil).

En la tabla 3 se relacionan los adolescentes y jóvenes teniendo en cuenta los resultados expuestos en el FF-Sil, observándose que un 40% consideran tener una familia moderadamente funcional seguido de las familias disfuncionales en un 30%, llama además la atención que un 8.33% se encuentra en una familia altamente disfuncional.

Entre muchos otros hábitos, se ha demostrado que el tabaquismo de los padres influye en los hijos, la comunicación y cohesión familiar es altamente influyente en el inicio y uso continuado del tabaco. El involucramiento y compromiso en las actividades de los hijos, la presencia parental en momentos claves, como es estar presente después de las actividades escolares, y en la cena, protegen a los jóvenes de fumar. La literatura actualmente expone resultados que facilitan la comprensión de alguno de los aspectos de la dinámica familiar que favorecen el inicio y la instauración del hábito tabáquico, entre los que se destacan una baja comunicación familiar sobre las consecuencias negativas del fumar, falta de claridad en las normas restrictivas y disminuida probabilidad de castigar, cuando existe el antecedente de tabaquismo por parte de los padres. (Quinzán Luna, Solano Quinzán, López Vantour, Pérez Prada y Ramón Jiménez , 2015)

Refiere el Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo que la familia y la escuela juegan un importante rol para evitar la iniciación en el consumo de los más jóvenes. Entre las acciones a desarrollar deben estimular y modelar el desarrollo de hábitos saludables, ya que en estas edades se construyen las bases del autocuidado de la salud. En este sentido, la actitud de la familia es la referencia inicial de los niños y uno de los aspectos más determinantes en su conducta futura frente al tabaco, especialmente durante los primeros años de riesgo de iniciación al consumo. la conducta de los padres frente al tabaco determina en gran medida la actitud de los niños, por ello es necesario iniciar la prevención del tabaquismo dentro de la propia familia. (Lorenzo Vázquez, Castillo Rodríguez, Valdés Girona, Perdomo Delgado y Marrero Sotolongo, 2016)

Tabla 4 Indicadores de Salud Mental

	Nivel de ansiedad		Nivel de depresión		Nivel de autoestima	
	No	%	No	%	No	%
Alto	17	28.33	0	0	11	18.33
Medio	29	48.33	21	35	23	38.33
Bajo	14	23.33	39	65	26	43.33

Fuente: Test Psicométricos

La tabla 4 se refiere a los indicadores de salud mental según los niveles de ansiedad, depresión y autoestima de los adolescentes fumadores. Aunque se han identificado algunas características sociodemográficas y del entorno familiar y social asociadas al tabaquismo en adolescentes, el rol de la salud mental ha sido poco explorada.

Según el inventario de IDARE predominó el nivel medio de ansiedad para un 48.33%. Está demostrado que el tabaquismo no alivia la ansiedad, por el contrario, la hostilidad y la ansiedad se han relacionado con la intensidad del tabaquismo, lo que aumenta el riesgo de dependencia.

Aplicando el Inventario de Beck a los adolescentes en estudio predominó el nivel leve de depresión con un 65% seguido por el nivel moderado de depresión en un 35%.

En estudio realizado en México “Indicadores de salud mental y su asociación con tabaquismo en adolescentes de Guadalajara según sexo”, 2015 evidencia que predominan síntomas depresivos fundamentalmente ideas suicidas en adolescentes fumadores del sexo femenino.

Algunos estudios han asociado el tabaquismo-ideación suicida, que representa el malestar emocional y una condición de mayor vulnerabilidad psicoactiva, así como la influencia del tabaquismo familiar con el tabaquismo adolescente. (Nuño-Gutiérrez y otros, 2015)

En cuanto al nivel de autoestima predominó el nivel bajo de autoestima en un 43.33% según inventario de Coopersmith, lo cual no coincide con el estudio México “Indicadores de salud mental y su asociación con tabaquismo en adolescentes de Guadalajara según sexo”, 2015 que evidenció un alto nivel de autoestima en el sexo masculino. (Nuño-Gutiérrez y otros, 2015)

La autoestima disminuye en los estados depresivos en los que el individuo se desprecia y autoevalúa, mientras que aumenta en los estados eufóricos. En este sentido, la autoestima parece reforzar el sentimiento de invulnerabilidad de los hombres, tal vez porque ganan confianza en la medida que se transita hacia el último estadio de la adolescencia.

Tabla 5. Distribución de los adolescentes según nivel de conocimiento sobre el tabaquismo

Nivel de conocimiento	-14años		15-17años		18años y más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Suficiente	5	8.33	8	13.33	7	16.67	20	33.33
Insuficiente	8	13.33	16	26.66	16	21.66	40	66.67
Total	13	21.66	24	40	23	38.33	60	100

En la Tabla 5 se puede observar que existe un nivel de conocimiento insuficiente sobre los efectos nocivos del hábito de fumar en un 66.66% de los adolescentes encuestados

Refiere Iglesias Carbonell S. en su investigación "El tabaquismo en adolescentes preuniversitarios de la ciudad de Pinar del Río" que a la hora de evaluar los Conocimientos sobre el tabaquismo*:* en las preguntas que en el instrumento aplicado sondearon los conocimientos, las sensaciones y los comportamientos de los adolescentes sobre el hábito de fumar, se permitieron las selecciones múltiples, debido a que un sujeto puede tener múltiples conocimientos sobre el fenómeno, que se contradicen con lo que siente al realizar la acción (en este caso, consumir cigarrillos), y estos conocimientos no siempre se corresponden con las conductas posteriormente asumidas, que por lo general sí están en correspondencia con lo que sensorialmente el sujeto asume. Por ello, se permitieron múltiples respuestas en aras de ahondar en la riqueza de conocimientos y motivaciones de los sujetos. (Iglesias Carbonell, 2017)

CONCLUSIONES

En nuestro estudio obtuvimos que en el grupo estudiado predominaron las edades comprendidas entre 15 a 17 años del sexo masculino; la principal motivación para comenzar a fumar fue la de amigos que fuman; el funcionamiento familiar en la muestra fue de forma fundamental moderadamente funcional, aunque existió un número importante de familias disfuncionales; el tabaquismo aumenta el nivel de ansiedad y los síntomas depresivos; el hábito de fumar baja el nivel de autoestima; los conocimientos sobre los efectos nocivos del tabaquismo fueron insuficientes.

REFERENCIAS

Cardentey G., J. (2016). *El tabaquismo: un flagelo para la humanidad*. Archivo Médico de Camagüey.20(2) Recuperado de: http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4053

Galiano R., MC. (2017). Tabaquismo en la infancia y la adolescencia: una adicción, un reto. *Revista Cubana de Pediatría* [revista en Internet]. 89(4) Recuperado de: http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/368

Iglesias C., S. (2017) *El tabaquismo en adolescentes preuniversitarios de la ciudad de Pinar del Río, Cuba*. Revista Cubana de Pediatría [revista en Internet] 89(4) Recuperado de: http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/236

Lorenzo V., E. Castillo Rodríguez, E. Valdés Girona, BR. Perdomo Delgado, J. y Marrero Sotolongo, S. (2016) *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo.* Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades.

Medina M., AR. Márquez S., CJ. Torres G., NC. Ramos R., L. y Hernández M, Y. (2015) *Presencia de consumo de tabaco en un grupo de adolescentes*. Gaceta Médica Espirituana.17(1).Recuperado de: http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/549

Mena C., A. Rodríguez A., E. y Ramos H., I. (2017). *El hábito de fumar en la adolescencia*. Acta Médica del Centro.11(1) Recuperado de: http://www.revactamedicacentro.sld.cu

Nuño G., B. Celis de la R., A. y García P., O. (2015) *Indicadores de salud mental y su asociación con tabaquismo en adolescentes de Guadalajara según sexo.* RevMedIMSS. 53(5) Recuperado de: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=fc8a598b-b273-4c25-bd3a-3d6506edb349%40sessionmgr102

Pla G., A. Elizarde G., MG. Cárdenas F., E. Solares C., JC. y Nieves S, BN. (2016) *Tabaquismo: valores e integralidad*. revmedicaelectronica [Internet]. 38(3). Recuperado de: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1526

Quinzán L, A M. Solano Q, Y. López V, AC, Pérez P, LA. y Ramón J, R. (2015). *Prevalencia del tabaquismo en adolescentes de la Secundaria Básica "Argenis Burgos".* MEDISAN [Internet] 19(10) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001000008&lng=es.

Varona P., P. García R., R. García P., R. y Lorenzo V, E. (2016). *Tabaquismo y percepción del riesgo de fumar en trabajadores de la educación 2010-2011.* Rev Cubana Sal Púb Ene;42(1):45-60.Recuperado de: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=7ef79bdb-143f-4261-83ba-13170494e1e3%40sessionmgr101

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

EDUCATIONAL INTERVENTION STRATEGY ON RISK FACTORS FOR THE PREVENTION OF BREAST CANCER

Yanilis Córdova Pérez

Liliam García Silva, lilygs1912@ltu.sld.cu

Yamila Rodríguez Ávila

RESUMEN

Fue diseñada una estrategia de intervención educativa con participación social y comunitaria para elevar el conocimiento sobre factores de riesgo modificables para la prevención del cáncer de mama en la población femenina de 25 a 64 años del área de salud de Delicias, en el período de junio del 2018 a junio del 2019. La estrategia consta de 7 sesiones de trabajo grupal donde se produce la reflexión de cómo manejar cada uno de los factores de riesgos. Se somete a consideración de expertos el instrumento de evaluación de conocimientos y de modificaciones del comportamiento y la estrategia educativa a través de un pilotaje con una muestra de la población.

PALABRAS CLAVES: Cáncer de mama, factores de riesgo, Prevención.

ABSTRACT

An educational intervention strategy with social and community participation was designed to raise awareness of modifiable risk factors for the prevention of breast cancer in the female population aged 25 to 64 in the Delicias health area, in the June period of 2018 to June 2019. The strategy consists of 7 group work sessions where there is reflection on how to manage each of the risk factors. The instrument for assessing knowledge and changes in behavior and educational strategy is submitted to experts for consideration through a pilot with a sample of the population.

KEY WORDS: Breast cancer, risk factors, Prevention.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario. Existen 2 tipos principales de cáncer de mama, el carcinoma ductal la más frecuente y el carcinoma lobulillar. Se plantea que una de cada 14 a 16 mujeres podrá presentar cáncer de mama en algún momento de su vida; por lo que de su diagnóstico precoz depende el tratamiento oportuno que permitirá una mejor calidad de vida. Según Calzado, Torres, Nicó, Dorado y Calvo (2014) “El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres con una incidencia anual de casi 143 000 nuevos casos en los EEUU. Estas cifras han ido incrementándose progresivamente durante los últimos 50 años” (p.132).

El cáncer de mama constituye el tercer tipo de tumor más común en ambos sexos en el mundo. En el sexo femenino ocupa el primer lugar y representa el 18,4% de todas las localizaciones (Domínguez, Santana, León, González y Morffi, 2013).

La mayor incidencia se produce en mujeres entre 45 y 65 años y es la segunda causa principal de muerte en las mujeres entre 15 y 49 años. No se sabe con exactitud cuáles son las causas principales del cáncer de mama, sin embargo, hay una serie de factores que pueden predisponer a la aparición de estos tumores, como son: edad avanzada, menarquía precoz, menopausia tardía, edad avanzada al momento del primer parto o nuliparidad, antecedentes personales de cáncer de mama o de enfermedad benigna de mama, antecedentes de primer grado de cáncer de mama (madre, hija o hermana), tejido de la mama que muestra ser denso en una mamografía, consumir bebidas alcohólicas, ser de raza blanca, etc.

Sin embargo, existen otros factores de riesgo modificables que están relacionados con el ambiente y el estilo de vida, como la obesidad especialmente en la posmenopausia, algunos factores dietéticos y el alcoholismo. La importancia de identificar los factores socioculturales, ambientales y el estilo de vida relacionados con el riesgo a desarrollar cáncer de mama, radica en que estos pueden ser potencialmente modificados para proteger a la mujer contra el desarrollo de esta enfermedad (Oliva, Cantero y García, 2015).

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud informó que en América Latina y el Caribe el cáncer de mama fue el más frecuente entre las mujeres, ya que se detectó esta neoplasia en más de 408 mil mujeres y se estima que para el año 2030 se elevará un 46% (Sandoval, 2016).

A nivel mundial esta afección constituye la primera causa de muerte en las mujeres y en América Latina también constituye la primera causa de muerte por neoplasias malignas femeninas, desplazando en diversos países al cáncer cervicouterino. En los Estados Unidos, esta enfermedad representa el 27% del total de cánceres en el sexo femenino. En México, corresponde al 9% del total de las neoplasias y al 15% de las que afectan a dicho sexo. En España, es el tumor maligno más frecuente en las mujeres (30%) y la primera causa de muerte por estas afecciones (Delgado, López, Uriostegui y Barajas, 2016).

En Cuba, la tasa de incidencia de cáncer de mama estandarizada a la población mundial ha aumentado en los últimos años: 23,3 (1995), 2 34,3 (2001),3 37,2 (2010)4 y 41,3 (2012).5 De igual forma, la tasa de mortalidad se ha incrementado: 18,6 (1997),2 21,0 (2003),3 25,6 (2013)4 y 27,4 (2015).5 por lo que en las dos últimas décadas se ha mantenido en el segundo lugar dentro de las localizaciones de cáncer que afectan a la mujer cubana (Frontela, et al., 2016).

Según el Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 2018) en el 2016 diagnosticó 1525 defunciones lo que representa una tasa de 27.0 x 100 000 habitantes y en el año 2017 se diagnosticaron 1519 que representa una tasa de 26.9 x cada 100 000 habitantes.

Hoy día se ha convertido en un tema bastante polémico en todo el mundo, en especial en Cuba, que a pesar de los esfuerzos que realiza con vistas a promocionar los elementos clínicos y epidemiológicos a tener en cuenta para aumentar la pesquisa del cáncer de mama, el mayor por ciento de pacientes se diagnostica de forma tardía. Las actividades de prevención para el diagnóstico precoz de este tipo de cáncer son insuficientes. La reducción de la mortalidad depende de cuándo y no de cómo se trata un cáncer de mama. Reviste vital importancia la concientización por parte de los

profesionales de la atención primaria de salud, de la importancia clínica que tiene el diagnóstico precoz de esta enfermedad, así como el trabajo de pesquisa a las pacientes que presentan factores de riesgos asociados a la misma; por lo cual es inminente actuar de manera rápida y efectiva, con el fin de que las persona adquieran una conciencia responsable para el cuidado de su salud.

En el municipio de Puerto Padre en el año 2017 la tasa de prevalencia del cáncer de mama fue de 6.42 por cada 1000 habitantes, mientras en el área de salud Delicias esta enfermedad se ha mantenido en los últimos años entre los tres primeros lugares en su banco de problemas, con tasas de prevalencia de 3.19 por 1000 habitantes y de incidencia de 1.34 por cada 10000 en el año 2017.

Razones que nos conducen al propósito de diseñar una estrategia de intervención educativa sobre los factores de riesgo para la prevención del cáncer de mama en las mujeres de 25 a 64 años de edad del Área de Salud de Delicias que contribuya a motivar un cambio de conducta en la población femenina con riesgos, en el período comprendido de junio del 2018 a junio del 2019.

Metodología empleada en la investigación

Se realizó un estudio para el diseño de una intervención educativa en la población femenina de 25 a 64 años con riesgos de padecer cáncer de mama, perteneciente al Área de Salud Delicias. La población de estudio estuvo constituida por 45 mujeres de 25 a 64 años del CMF 20 portadoras de los factores de riesgo modificables del cáncer de mama que participaron en el estudio, previo consentimiento informado, las cuales fueron seleccionadas para determinar las necesidades de aprendizaje en las que sustentarse para el diseño de la estrategia de intervención. Se tuvo en cuenta la disposición de las pacientes de participar o abandonar el estudio en el momento que lo desearan y a no realizar ningún proceder que dañara físicamente o moralmente a las pacientes que participaron.

En este estudio solo se procedió al diseño de una estrategia de intervención educativa con participación comunitaria y social, utilizándose métodos y principios de la didáctica y la pedagogía, por lo que no fue necesario realizar cálculos estadísticos.

Como parte del proceso de diseño se sometió a consideración de expertos los instrumentos de diagnóstico de los conocimientos y el de modificaciones en el comportamiento, así como la intervención educativa a través de un pilotaje con una muestra de la población para la cual se diseñó originariamente la estrategia.

En un primer momento se procedió a la realización de una cuidadosa revisión bibliográfica sobre el tema, posterior a lo cual se elaboró un cuestionario, con el fin de recoger datos personales e indagar acerca de sus conocimientos sobre el cáncer de mama lo que sirve como diagnóstico inicial e identificación de las necesidades de aprendizaje. Para seleccionar los casos se tuvieron en cuenta los datos expuestos en las Historias de salud familiar e Historias Clínicas individuales de las pacientes.

Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento fueron revisados, y posteriormente validados por un comité de expertos: dos licenciadas en Psicología, una especialista en Ginecobstetricia, tres especialistas en MGI, un especialista en Higiene y Epidemiología, todos con más de cinco años de experiencia en la Atención Primaria de

Salud. En un segundo momento se realizó una actividad de las diseñadas en la estrategia donde participaron 15 pacientes, dirigida por la autora y en presencia de los miembros del comité de expertos que se utilizó para la validación de la estrategia.

Estrategia de Intervención Educativa

Se propone una estrategia de trabajo que consta de tres momentos que no son independientes, ambas se mezclan y superponen pudiendo solo ser separadas con fines didácticos. Las tres fases se desarrollan dentro del propio proceso de intervención.

Fase inicial: Permite un acercamiento a la caracterización de la muestra de estudio, la presentación de las mujeres entre sí, para dar a conocer a las participantes la metodología de intervención, asegurar su implicación en el proyecto, dar a conocer sus expectativas, negociar compromisos y establecer el encuadre o estructura de funcionamiento del grupo. Se realiza además un cuestionario a cada mujer con el fin de recoger datos personales e indagar acerca de sus conocimientos sobre el cáncer de mama lo que sirve como diagnóstico inicial e identificación de las necesidades de aprendizaje.

Se aplican técnicas afectivo-participativas; de presentación del grupo, animación, y de reflexión sobre aquellos factores de riesgo modificables para la prevención del cáncer de mama, así como técnicas para explorar expectativas (Rodríguez, 2008). La fase puede durar más de una sesión de trabajo y en todo momento del proceso pueden surgir emergentes en los cuales se haga necesario profundizar.

Fase de ejecución y desarrollo de la intervención: Se dan las tareas de construcción de la metodología que concreta las técnicas afectivo-participativas (discusiones grupales y juegos didácticos) a desarrollar para propiciar el aprendizaje utilizando la información obtenida en la fase anterior. Se incluyen la adaptación y/o creación de las técnicas, fundamentalmente las de reflexión, que darán tratamiento al tema fundamental de la sesión La muestra se divide en grupos para facilitar el trabajo de 10 a 15 participantes, con siete sesiones diseñadas de fácil aplicación, cada sesión tendrá una hora de duración con cada grupo, con una frecuencia una vez a la semana.

El diseño de cada una de las sesiones de trabajo tendrá la siguiente estructura:

Momento introductorio o de encuadre de la sesión: En este momento se hace un recordatorio de lo tratado en el encuentro anterior, devolución de los resultados e interpretaciones de la sesión anterior; tema a tratar; finalidad de la reunión, qué interés tiene para los participantes; forma de tratar el tema. Duración aproximada de 15 minutos.

Momento central: Es el momento para la aplicación de las técnicas de análisis general; invitación a la participación activa de los participantes, haciendo desarrollar las reflexiones que van saliendo que puedan ser de mayor interés; el coordinador sintetiza, reformula, devuelve, pide más explicaciones.

Se aplican 1 ó 2 técnicas de reflexión, según el objetivo de la sesión y técnicas de caldeamiento y animación, según necesidades del grupo, además de técnicas para el desarrollo grupal en caso de requerirlas.

Momento de cierre: En este momento se realiza una pequeña síntesis, aplicación de técnica de cierre, que valora esencialmente los resultados de la actividad; y se recuerda el motivo de la reunión y los pasos a seguir para la próxima sesión.

Sesión No.1

Título: "Conociéndonos"

Objetivos: Presentar el curso y los objetivos de la estrategia de intervención educativa, presentar a las participantes y crear relaciones interpersonales afectivas en el grupo y explorar expectativas.

Recursos: Lápices, cuestionarios, hojas, pizarra y tarjetas en las que previamente se han escrito fragmento de refranes populares.

Introducción: Se realiza por parte de la coordinadora la presentación de los temas a desarrollar en la investigación y se aplica la técnica “Los refranes” que se usará en combinación con la técnica "Presentación por parejas", con el propósito de presentar a cada participante, lograr que se conozcan mejor, crear lazos afectivos entre ellos y propiciar la desinhibición de los integrantes del grupo.

Desarrollo: Se abordan los temas relacionados con la investigación; teniendo en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar en las sesiones, duración y frecuencia de realización de las actividades educativas. Se procede a la aplicación del cuestionario inicial, con el propósito de recoger datos personales e indagar acerca de sus conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer de mama, propiciando identificar las necesidades de aprendizaje de cada participante. Se aplica la técnica de caldeamiento “Expectativas”, con el propósito de detectar las expectativas existentes en el grupo con relación a las sesiones de trabajo que se realizaran.

Se procede a la realización de una técnica de análisis “El marciano” que permitirá conocer cuáles son las ideas predominantes en el grupo en relación al tema que se desarrollará, introduciendo esta reflexión el tema central de las próximas sesiones. Se realiza la técnica de animación “Despedida” con el objetivo de reforzar los estados emocionales que se han provocado en la sesión de trabajo y fortalecer la comunicación

Cierre: Se realiza la técnica de cierre “PNI” que consiste en que cada participante diga lo positivo, lo negativo e interesante de la sesión el objetivo fundamental de la aplicación de esta técnica es evaluar la sesión.

Sesión. No.2

Título: Factores de riesgo del cáncer de mama en la población femenina.

Objetivos**:** Explicar los factores de riesgo más frecuentes que contribuyen a la aparición del cáncer de mama, teniendo en cuenta los modificables.

Recursos**:** Tirillas de cartulina, lápices, hojas de papel.

Introducción: Se aplica la técnica de animación "Las frases estimulantes" con el objetivo de estimular la autoconfianza relacionada con la vida y la salud, además de propiciar un estado emocional satisfactorio en el grupo. Esta técnica se combinará con la técnica “Rueda de comentarios” que permitirá vincular la sesión anterior con la que acaba de comenzar.

Desarrollo: Se expone el tema a tratar para lo cual se emplea la técnica reflexiva "Qué piensa usted" con el propósito de reflexionar acerca del tema a tratar mediante la simulación de un programa de radio o televisión. Luego a través de la técnica de análisis “Lluvia de Ideas” se exponen el conjunto de ideas o conocimientos que cada uno de los participantes tiene sobre el tema tratado y de forma colectiva llegar a una síntesis, conclusiones o acuerdos comunes. Se aplicará la técnica de animación “Quietos “que propiciará tomar por sorpresa a los miembros del grupo, valorar el grado de interés y participación en relación con la actividad que se está realizando, concienciar en el grupo lo que está sucediendo en él en esos momentos.

Cierre: Se aplica la técnica de cierre “El termómetro” donde los participantes tendrán que numerar del 10 al 100 la calidad de la sesión como forma de evaluación del trabajo realizado.

Sesión No. 3

Título: Obesidad y sedentarismo. "Enemigos del cáncer de mama".

Objetivos: Explicar la importancia de una dieta saludable como papel importante en el cáncer de mama, abordar recomendaciones nutricionales como alternativas saludables para reducir el riesgo de cáncer de mama.

Recursos: Tirillas de papel, lápices.

Introducción: Para comenzar esta sesión se emplea la técnica “El amigo secreto” que tiene como objetivo la interrelación y cohesión del grupo, manteniéndose durante todo el trabajo.

Desarrollo: Se emplea la técnica reflexiva: "Qué hacer para no enfermar" que tiene como objetivo identificar la imagen que se posee del estado de salud, enriquecer los conocimientos acerca de cómo cuidar su salud mediante la modificación de estilos de vida no saludables para reducir el riesgo de cáncer de mama; arribando de criterios individuales a criterios colectivos. Se aplica la técnica de animación “La espiral” que favorecerá el sentimiento de grupo, la acogida y el contacto de los participantes.

Cierre: Se culmina la sesión aplicando una técnica de cierre “Expresa con una palabra” donde cada participante deberá expresar con una palabra, un pensamiento, una inquietud, un sentimiento acerca del tema tratado; opiniones que serán recogidas por el coordinador así de esta forma quedará evaluada la sesión realizada.

Sesión No. 4

Título: Lactancia Materna. Beneficio para disminuir el riesgo de cáncer de mama.

Objetivos: Explicar las ventajas de la lactancia materna y cómo la misma guarda una estrecha relación con la disminución de la incidencia del cáncer de mama.

Recursos: Hojas de papel y lápices.

Introducción: Se comienza la sesión con la técnica de animación – concentración "Esto me recuerda" que consiste en que cada participante recuerde alguna cosa en voz alta tratada en la sección anterior, se realiza con rapidez. Si se tardan más de cuatro segundos dan una prenda o salen del juego.

Desarrollo: Se procede a realizar la técnica "Liga del saber", que tendrá como objetivo evaluar y reforzar el conocimiento y manejo del tema a tratar. Se realiza la técnica de animación, “Abrazos musicales cooperativos” que tiene como objetivo dinamizar el grupo elevando su estado emocional, provocando sentimientos afectivos entre los participantes.

Cierre: Se aplica la técnica de cierre “Sensaciones silenciosas “con el propósito de evaluar la sesión donde cada uno de los participantes le expresará a su compañero con gestos cómo se han sentido.

Sesión No 5

Título: La autoexploración de las mamas. "Método sencillo para el diagnóstico precoz del cáncer de mama".

Objetivos: Enseñar la técnica adecuada del autoexamen de mama y la frecuencia con que se realiza.

Recursos: Hojas de papel, lápices y hoja de papel plegada en forma de abanico.

Introducción: Para lograr la motivación en este encuentro, se comienza la actividad con la técnica de animación “Mis cosas favoritas” que propiciará que el grupo se divierta y estimulará de forma positiva el comienzo de la sesión.

Desarrollo: Se realiza la técnica " El abanico” que tendrá como objetivo diagnosticar conocimientos, opiniones que propicien el inicio del tratamiento del tema a tratar, finalizando con un análisis colectivo entre todas las participantes. Al final se expone la técnica adecuada del autoexamen de mama dirigido por el coordinador y siendo representada la misma por algunas participantes voluntarias. Se aplica la técnica “Mar adentro, mar afuera” con el objetivo de animar al grupo.

Cierre: Se aplica la técnica de cierre “Estatuas”, con el objetivo de evaluar la sesión a través de la representación por parejas de una estatua; que simbolizarán estados afectivos, sentimientos, actitudes, conductas, juicios, aceptaciones o rechazos, con relación al tema tratado.

Sesión No. 6

Título: Consolidando lo aprendido.

Objetivos: Consolidar conocimientos aprendidos.

Recursos: Hojas de papel blanco, lápices, papelógrafo.

Introducción: En esta sesión se aplica la técnica de animación “La Rifa Afectiva”, siendo una técnica sencilla, de fácil realización, permitiendo la relajación de los participantes, y la reintegración al grupo para continuar la actividad. Se hace un recordatorio de la sesión anterior.

Desarrollo: Para desarrollar esta sesión se aplicará la técnica "La papa pelada" que consiste en reflexionar sobre el tema a tratar. A través de preguntas que están relacionadas con los diferentes temas tratados en todas las secciones del programa, en hojas que se estrujan y se unen formando capas para darle una forma redonda. Una vez colocadas las preguntas se procede a lanzar la "papa" y responde la pregunta que corresponde quien reciba la "papa". Cada tres o cuatro preguntas se incluye una hoja

con una tarea que servirá para animar al grupo. Se emplea la técnica de animación "Despedida" con el objetivo de reforzar los estados emocionales que se ha provocado en las sesiones de trabajo

Cierre: Se aplica la técnica de cierre “El poema colectivo” con el objetivo de crear un clima de identificación y de cooperación entre los miembros del grupo. Fomentar vivencias positivas en los miembros en relación a los demás y de identificación con el grupo. Además de contribuir a la toma de conciencia colectiva de las enormes posibilidades que posee el grupo en la consecución de un objetivo propuesto, cuando deciden unir sus esfuerzos. El poema queda como el producto de la unidad del grupo.

Sesión No. 7

Título: Conclusiones

Objetivos: Aplicación del cuestionario final.

Recursos: Sillas, lápices, hojas de papel.

Introducción: Se aplica la técnica de apertura “Recordando” con el objetivo de hacer un recordatorio de lo ocurrido en la sesión anterior, un miembro del grupo hace un resumen de lo que ocurrió en el tema pasado, el resto va añadiendo frases o ideas para completar las reflexiones. Se aplica la técnica “Me voy de viaje” con el objetivo de animar al grupo.

Desarrollo: En esta sesión se aplica la técnica "Integración, evaluación y cierre" que tiene como objetivo integrar todos los temas trabajados, rescatar como el grupo se ha sentido en las actividad desarrollada y cómo han comprendido la importancia de la prevención del cáncer de mama modificando factores de riesgo que sean modificables. A través de tres momentos ¿Cómo llegó?, ¿Qué sentía y pensaba el primer día de reunión?, ¿Cómo se sintió durante las sesiones realizadas?, ¿Cómo se va?.

Las respuestas a las siguientes preguntas cada participante debe expresarla frente al grupo. Se aplica nuevamente el cuestionario con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento adquirido.

Cierre: Se realiza la técnica de cierre “Tristezas y alegrías” con el evaluar la sesión, donde cada participante tiene la oportunidad de despedirse del que desee, expresándole una tristeza y una alegría que le ha proporcionado el tema discutido. El coordinador puede poner un ejemplo para explicarle al grupo. Se finaliza con un brindis

Fase de Evaluación: En esta fase en que se pretende recoger los resultados, logros o cambios percibidos o evidenciados como consecuencia de la intervención aplicada. La evaluación se halla presente en cada paso del proceso y en el proceso mismo, la propia concepción de la metodología a aplicar exige la devolución constante al grupo de los resultados de los análisis realizados por el equipo de investigación, con la consecuente confrontación que permite ajustes y optimización del proceso. Al concluir cada una de las sesiones se aplica una técnica de evaluación para obtener la valoración inmediata del encuentro, así mismo al iniciarse se realiza un corto debate sobre los contenidos abordados en la reunión anterior y se devuelven las interpretaciones del equipo, por último se dedica la sesión final a la evaluación general del proyecto. Se aplica por segunda vez el cuestionario aplicado en el diagnóstico inicial para las necesidades de

aprendizaje, que permite valorar el nivel de conocimientos alcanzado por las pacientes que participaron en el programa educativo. Posteriormente, al cabo de un año se aplica un formulario con el objetivo de evaluar la traducción en el comportamiento de los conocimientos adquiridos, el cual se repite a los tres y los cinco años.

CONCLUSIONES

En este estudio quedó diseñada una estrategia de intervención educativa para modificar conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer de mama que repercutan en una posterior transformación del comportamiento. Para su diseño se tomó en consideración las necesidades de aprendizaje de una muestra de 45 mujeres de 25 a 64 años de edad pertenecientes al consultorio médico de la familia número 20 San Pedro, Delicias. La estrategia se estructuró en siete sesiones de trabajo, mediante el empleo de técnicas afectivo participativas, con evaluación sistemática de las mismas, evaluación final de los conocimientos y evaluación periódica del comportamiento al año, a los tres años y a los cinco años.

REFERENCIAS

Calzado, D., Torre, M.V., Nicó, M., Dorado, L., y Calvo, M. (2014). Aspectos actualizados sobre cáncer de mama. *RevInfCient, 83*(1). Recuperado de: http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_83_No.1/cancer_de_mama_rb.pdf

Delgado, E.G., López, V., Uriostegui, L., y Barajas, T.J. (2016). Conocimiento y perspectiva sobre la autoexploración de mamas y su realización periódica en mujeres. *Rev Cubana Med Gen Integr* 32(3). Recuperado de: ://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300002&lng=es

Domínguez, M., Santana, M., León, M., González, H.H., y Morffi, B.E. (2013). Características mamográficas del cáncer de mama. *MediCiego, 19*(2). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_no2_2013/rev/t-14.html

Frontela, M., Gutiérrez, Z., Rubio, M.C., Martín, L.E., Pérez, I.M., y Sánchez, I. (2016). Índice de masa corporal y características clinicopatológicas de pacientes con cáncer de mama. *Rev Cubana Endocrinol* 27(3), 45-62. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532016000300005&lng=es.

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Anuario Estadístico de salud 2017*. La Habana, Cuba. Recuperado de: http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf

Oliva, C.A., Cantero, H.A., y García, J.C. (2015). Dieta, obesidad y sedentarismo como factores de riesgo del cáncer de mama. *Rev Cubana Cir , 54*(3). Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000300010&lng=es

Rodríguez, M.A. (2008).*Técnicas Participativas*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.

Sandoval, T.V. (2016). *Intervención educativa para incrementar los conocimientos de cáncer cervicouterino y de mama en estudiantes del Área de la salud* (tesis de especialidad). Universidad Veracruzana, México. Recuperado de: https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/46443/SandovalMunizTania.pdf?sequence=2&isAllowed=y

LA ECOGRAFÍA DOPPLER Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA GESTACIONAL

DOPPLER ULTRASOUND AND ITS RELATIONSHIP WITH GESTATIONAL HYPERTENSIVE DISEASE

Yannier Pérez Morales yannierpm1987@gmail.com

Mileidys Niuris García Márque

Orlando Peña Mancebo orlandope@ltu.sld.cu

RESUMEN

La valoración por Eco-Doppler de las arterias uterinas ha sido propuesta como un método de valoración de la invasión trofoblástica a las arterias uterinas y por ende para la predicción de la preeclampsia. Se realizó un estudio referativo con la finalidad de actualizar los referentes sobre la utilización de la Ecografía Doppler como medio diagnóstico de la enfermedad hipertensiva gestacional. Se concluyó que la utilización de la Ecografía Doppler es un medio diagnóstico de alta efectividad para el diagnóstico de preeclampsia en los estadios más precoces de la enfermedad y en embarazadas de alto riesgo obstétrico.

PALABRAS CLAVES: Hipertensión Arterial, tabaquismo, complicaciones, prevención.

ABSTRACT

The Eco-Doppler assessment of the uterine arteries has been proposed as a method of assessing the trophoblastic invasion of the uterine arteries and therefore for the prediction of preeclampsia. A referative study was carried out in order to update the references on the use of Doppler Ultrasound as a diagnostic means of gestational hypertensive disease. It was concluded that the use of Doppler Ultrasound is a highly effective diagnostic means for the diagnosis of preeclampsia in the earliest stages of the disease and in pregnant women with high obstetric risk.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia (PE) afecta entre el 2 y el 5 por ciento de todos los embarazos. Ella sola produce 50 000 muertes maternas en el mundo anualmente y es la segunda causa de mortalidad obstétrica en los países desarrollados. (1)

Hasta el presente no se ha podido identificar la etiología exacta de la PE, se han vinculado mecanismos de déficit de placentación con el consiguiente grado de hipoxia y daño endotelial vascular.

En los embarazos normales las células trofoblásticas invaden la porción interna del miometrio alcanzando por completo las arterias espirales maternas. En mujeres que desarrollan preeclampsia se produce un fallo en la migración trofoblástica en los vasos uterinos no llegando esta invasión a las arterias espirales lo que provoca aumento de la impedancia o aumento de la resistencia vascular en el flujo de las arterias uterinas.

Un mecanismo similar en el fallo de la migración trofoblástica y aumento de la resistencia vascular se ha visto en pacientes que luego aportan recién nacidos con retardo en el crecimiento intrauterino. (2)

Teóricamente un incremento patológico en la resistencia vascular placentaria puede ser detectado a través de la medición del flujo de las arterias uterinas por eco- Doppler y esto puede representar un potencial para la detección en pacientes con riesgo de desarrollar preeclampsia y retardo en el crecimiento intrauterino. Schulman y colaboradores determinaron que en el flujo uterino de las pacientes no gestantes existe un ascenso y caída rápida del flujo durante la sístole y un notch o muesca al comienzo de la diástole. Durante el embarazo ellos notaron un aumento significativo del flujo diastólico entre las semanas 8 y 16 que continúa extendiéndose hasta las 26 semanas. Este cambio fisiológico resulta en la perdida de la muesca diastólica entre las semanas 20 y 26.

Estos hallazgos fueron corroborados por Jurkovic y Juaniaux quienes encontraron similares cambios en el índice de resistencia (IR) y en el índice de pulsatilidad (IP).

Ellos determinaron que el IR bajó de 0,8 a 0,63 entre las 8 y 17 semanas y que el IP descendió de 2,0 a 1,3 entre las semanas 8 y 18 de gestación. (3)

La mayoría de las investigaciones se han centrado en la elevación de los IR y IP, o la persistencia de la muesca diastólica para detectar el incremento de la resistencia vascular en las arterias uterinas.

Por todo lo anterior, la valoración por Eco-Doppler de las arterias uterinas ha sido propuesta como un método de valoración de la invasión trofoblástica a las arterias uterinas y por ende para la predicción de la preeclampsia, sobretodo en aquella cuya aparición ocurre antes de la semana 34. (4)

A pesar de haberse implementado un sistema de salud universal en Cuba, que abarca todas las áreas, la preeclampsia constituye uno de los principales motivos de mortalidad materna y perinatal, así como el nacimiento de recién nacidos con bajo peso,constituye una labor fundamental tener herramientas necesarias para realizar prevención y predicción precoz de la preeclampsia, teniendo en cuenta que hasta diciembre de 2017 en Las Tunas no se había protocolizado la realización del eco-Dopplerde arterias uterinas.Resulta novedoso estudiar el comportamiento del mismo en la predicción de la preeclampsia en el área de salud del Policlínico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, siendo un tema de interés de investigación. Esporello, queconsideramosnecesariorealizarestacasuística con la finalidad de actualizar los referentes sobre la utilización de la ecografía Doppler como medio diagnóstico de la Enfermedad Hipertensiva Gestacional.

La enfermedad hipertensiva como problema de salud materna

La preeclampsia (PE) es una afección propia del embarazo humano, que ocurre alrededor o después de las 20 semanas de gestación, durante el parto o en los primeros días del puerperio, en una mujer aparentemente sana. En la actualidad constituye la primera causa de morbilidad y mortalidad materna en Cuba y en la región de Latinoamérica; no obstante, en la evaluación de los casos de morbilidad materna grave se puede apreciar que en su causa están los trastornos hipertensivos en primer lugar, constituyendo una enfermedad evitable si se actúa de forma oportuna mediante su predicción y tratamiento oportuno. (5)

Hipertensión transitoria

Preeclampsia: es el aumento de la presión sanguínea arterial que se produce durante la gestación, en el parto o puerperio inmediato, sin ningún otro signo de preeclampsia o hipertensión crónica. Su incidencia se sitúa entre el 6 y el 17% en nulíparas, siendo esta menor en multíparas (2-4%). Se presenta con una presión sistólica mayor de 140 mmhg o presión diastólica mayor de 90 mmhg. Estas mediciones deben hacerse en dos ocasiones, con intervalo no menor de 6 horas y que no haya transcurrido más de una semana entre una toma y la otra. Otros autores consideran PE al aumento de la presión sistólica 30 mmhg y la diastólica 15 mmhg sobre los valores del primero y segundo trimestre. Además, una tensión arterial media mayor o igual a 105 mmhg, del 20 al 50% de las mujeres desarrollan proteinuria, es decir preeclampsia. (6)

Clásicamente, para llegar al diagnóstico de PE se requería únicamente la aparición *de novo*de HTA igual o superior a 140/90 y proteinuria mayor de 0.3 gramos en orina de 24 horas, por encima de la semana 20 de gestación. Aunque cada vez más en desuso, en la actualidad, varias guías clínicas, entre las que se encuentran la del ACOG y la de la Sociedad de Ginecólogos y Obstetras de Canadá (SGOC), han eliminado la proteinuria como criterio obligatorio para el diagnóstico de la PE. (7)

La preeclampsia puede ser.

Leve: tensión arterial 140/90 mmhg o mayor tras la semana 20 de gestación. Proteinuria mayor de 300mg en orina de 24 horas. Edema que debe ser generalizado o retención de líquidos que se evidencia por un rápido incremento de peso (parámetro este no definitorio). El médico es quien hace el diagnóstico.

Grave: tensión arterial durante el reposo de mayor o igual de 160/110 mmhg, Proteinuria mayor de 2 g en orina de 24 horas. Oliguria volumen de orina en 24 horas menor de 500 ml, y creatinina mayor de 1,2mg/dl. Presencia de sintomatología visceral en cualquiera de sus formas.

Eclampsia: aparición de convulsiones tónico clónico generalizadas en una paciente con PE, durante el embarazo, parto y/o puerperio. Emergencia que pone en peligro la vida de la madre y su producto, en ausencia de tratamiento, la convulsión se hace cada vez más frecuente y puede llegar a coma o paro cardiorespiratorio, las causas de muerte materna son: edema pulmonar, accidente cerebro vascular, shock, neumonía espirativa, insuficiencia hepática/renal. La convulsión eclámptica no puede diferenciarse de un ataque de gran mal epiléptico, cuya etiología se produce como consecuencia del vaso espasmo cerebral y la alteración de la regulación del tono vascular. La eclampsia es una urgencia obstétrica que requiere tratamiento inmediato con:

Control de la crisis (SO4Mg - Fenitoina)

Control de Hipoxia y acidosis

Control de la HTA grave

Parto inmediato.

Síndrome de Hellp

Patología asociada a la preeclampsia, caracterizada por: presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetas disminuidas. Es un trastorno severo del estado gestacional y puerperal relacionado con las formas graves de preeclampsia y eclampsia. Se admite la posibilidad de que este cuadro se presente, sin relación con la preeclampsia , esto implica que existe una disfunción útero placentaria secundaria a la incompleta invasión trofoblástica de arterias espirales, que se limita al segmento decidual del vaso mientras el segmento miometrial conserva integra su estructura de pared, incluida su inervación simpática lo que impide crear un sistema vascular de baja resistencia capaz de garantizar la irrigación sanguínea a dichas estructuras - preparto (70%), postparto (30%), preeclampsia severa (70%), leve(30%)- asociado a CID>30%,asociado a hematoma subscapular hepático. (6)

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida: las mujeres con hipertensión crónica, especialmente grave, pueden tener entre 15 y 30% de riesgo de desarrollar preeclampsia sobreañadida. La hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida se define como una exacerbación de la hipertensión y la aparición de proteinuria. Se presentan los siguientes signos de valor: aumento de la presión sistólica mayor a 30 mmhg y la presión diastólica mayor de 15 mmhg, proteinuria mayor a 300 mg/24 horas, hiperuricemia. (7)

Complicaciones fetales

Retardo en el Crecimiento Intrauterino (RCIU)

Bajo peso al nacer

Acidosis

Prematuridad

Síndrome de distres respiratorio- hipoxia

Secuelas neurológicas graves muerte fetal.

Factores de riesgo de la Enfermedad Hipertensiva Gestacional

Teniendo en cuenta el carácter sistémico de la preeclampsia, debe señalarse que existen múltiples *factores de riesgo* asociados a una mayor predisposición para desarrollar una PE.

Los factores genéticos e inmunológicos están relacionados con la PE. Así, se ha objetivado mayor predisposición en casos de gestantes con antecedentes familiares de PE. El hecho de haber padecido una PE en una gestación previa, multiplica por siete el riesgo de recurrencia. La asociación entre esta patología y la nuliparidad, el embarazo tras un cambio de pareja, la concepción tras la inseminación artificial y el empleo de anticoncepción de barrera, implica una exposición limitada a antígenos paternos como posible factor predisponente.

Según protocolos cubanos y la guía de actuación en las afecciones obstétricas frecuentes (5) los factores que dan fundamentación a la presente investigación son:

Factores de Riesgo Mayor de preeclampsia

Enfermedad hipertensiva durante el embarazo previo.

Hipertensión Crónica.

Enfermedad Renal Crónica.

Enfermedad Autoinmune como LES o Síndrome Ac Antifosfolipídico.

Diabetes Tipo I o II

Factores de Riesgo Moderado (8)

Nulípara.

Mayor de 40 años.

Periodo Intergenésico mayor de 10 años.

IMC mayor de 28,6 Kg/m2 en la primera visita.

Historia familiar de Preeclampsia.

Embarazo Múltiple.

Teniendo en cuenta dichos factores se realizará el seguimiento y la conducta a seguir por la Atención Primaria de Salud (APS), con: un factor de Alto Riesgo o más de un factor Moderado**,** está indicado el uso de aspirina antes de las 16 semanas, así como la medición frecuente de la tensión arterial, y realizar proteinuria y eco Doppler según programa.

Las pacientes con riesgo de preeclampsia se les debe indicar Eco-Doppler de la arteria uterina entre las 23 a 24 semanas, y de ser patológico debe enviarse a las consultas de HTA y bajo peso de los hospitales para mayor evaluación e indicar perfil de hipertensión incluida hepática y hematológica y seguimiento por el nivel secundario. Las pacientes con riesgo elevado de preeclampsia y/o Doppler patológico de la arteria uterina deben iniciarse desde las 18 semanas evaluación ecográfica con cálculo de peso y Doppler de arteria umbilical c/15dias. (8)

Fisiopatología de la preeclampsia

La preeclampsia está caracterizada por proteinuria, con edemas o sin ellos, su espectro varía desde las formas ligeras hasta las formas graves; en algunos casos nunca llegan a estas últimas, mientras que otros evolucionan súbita e impredeciblemente hacia estas, incluso en horas, llegando a las convulsiones y al coma.

La preeclampsia y la eclampsia son etapas de una misma enfermedad. Se trata de una enfermedad multiorgánica producida por un daño endotelial, con incremento de las sustancias presóras circulantes, acompañada de vasoespasmo, isquemia útero placentaria, necrosis y trastornos de la coagulación.

Se piensa que en algunos casos de preeclampsia, la madre carece de receptores para las proteínas que la placenta usa para inhibir la respuesta del sistema inmune materno en su entorno. Los fetos corren el riesgo de ser prematuros. Esta hipótesis es consistente con evidencias que demuestran que los abortos espontáneos son trastornos inmunitarios en los que la inmunidad materna desencadena un ataque destructivo en contra de los tejidos del feto en desarrollo. (9)

Actualmente se entiende que la preeclampsia es un síndrome con dos etapas, la primera de ellas siendo altamente variable, lo cual predispone a la placenta a la hipoxia, seguido por la liberación de factores solubles que resultan en muchos de los fenómenos observados clínicamente. Algunas de las teorías más anticuadas pueden ser adoptadas por estas etapas, precisamente porque los factores solubles son los causantes de las lesiones clásicas, como las del endotelio, del riñón, inflamatorios, etc. La susceptibilidad materna es sin duda una de las variables involucradas en la instalación del síndrome.

A pesar de las investigaciones relacionadas con la etiología y el mecanismo de producción, su patogenia exacta permanece aún incierta. Algunos estudios apoyan las nociones de un flujo sanguíneo inadecuado a la placenta, haciendo que esta libere ciertas hormonas o agentes químicos que, en madres predispuestas para ello, conlleva a daño del endotelio el tejido que rodea un vaso sanguíneo alteraciones metabólicas y otras posibles complicaciones.

Otros estudios sugieren que la hipoxia resultante de una perfusión inadecuada estimula la liberación de sFlt-1 (por sus siglas en inglés, S*oluble* F*ms*-L*ike*T*yrosinekinase 1*), un antagonista de VEGF y PlGF, causando daño al susodicho endotelio materno y a restricción del crecimiento placentarioadicionalmente, la endoglina, un antagonista del TGF beta, se encuentra elevada en mujeres embarazadas con preeclampsia . [(10)]

Tanto *sFlt-1* como *sEng* se encuentran aumentadas hasta cierto nivel en todas las mujeres embarazadas, lo que evidencia la idea de que la enfermedad hipertensiva en el embarazo es una adaptación normal a los fenómenos de la gestación que se ha tornado errada. A medida que las células asesinas del sistema inmune participan en el establecimiento de la placenta (placentación), que implica cierto nivel de tolerancia materna, no es sorprendente que el sistema inmune materno responda negativamente ante la aparición de algunas placentas bajo ciertas circunstancias, como en el caso de una placenta que sea más invasiva de lo normal.

Existe una secuencia racional de explicación de los fenómenos hemodinámicos e histológicos que finalmente producen consecuencias clínicas características. Ella constituye la base del análisis Doppler.

Ecografía Doppler como medio diagnóstico

Fenómenos aún no del todo dilucidados producen una alteración en el proceso de transformación de las arterias espirales en vasos útero placentario de menor resistencia donde estos cambios se reflejarían en ondas de velocidad de flujo uterino alteradas o no. Esta situación de hipoxia del espacio intervelloso se traduciría potencialmente en cambios hemodinámicos e histológicos placentarios, como: vascularización anormal de vellosidades terciarias, áreas de isquemia, infarto, y aterosis. El aumento consiguiente de los índices de las arterias uterinas explica los consecutivos efectos que sobre el feto acarrean dichas alteraciones en la resistencia al libre flujo sanguíneo. El principal fenómeno a nivel fetal está relacionado con cambios regionales en la resistencia vascular de diferentes órganos. Durante la hipoxia fetal se produce una redistribución del flujo sanguíneo en favor de cerebro, miocardio y suprarrenales, a expensas de territorio pulmonar, renal, esplácnico, muscular y piel.

Una adecuada interpretación clínica de cada uno de estos fenómenos constituye la base de la introducción del Eco-Doppler en la práctica obstétrica.

El eco-Doppler es una técnica ultrasonogràfica especial no invasiva, que evalúa el flujo sanguíneo en un vaso determinado; el Eco-Doppler color utiliza una computadora para convertir las mediciones Doppler en un conjunto de colores para visualizar la velocidad y la dirección del flujo sanguíneo a través de dicho vaso. (5) El efecto Doppler es el cambio en la frecuencia recibida desde un receptor fijo, en relación a una fuente emisora en movimiento (Doppler JC, 1843). Este principio aplicado al ultrasonido (>20KHz) nos permite conocer ondas de velocidad de flujo de un vaso determinado. El ultrasonido emitido con una frecuencia determinada (Fe), desde un transductor hacia una columna de partículas sanguíneas en movimiento, será dispersado y reflejado con una frecuencia diferente. La diferencia entre la frecuencia emitida y reflejada se llama frecuencia Doppler (Fd). Como consecuencia, Fd es proporcional a la velocidad del flujo sanguíneo y se expresa en la fórmula:

V x eos alfa s velocidad sanguínea

Fd= 2Fe x V x eos alfa c = velocidad de ultrasonido c alfa= ángulo de insoniacion. Por lo que el ángulo de Insoniacion debe ser el mínimo posible para obtener una adecuada onda de flujo. Doppler color es, esencialmente, el sistema computacional incorporado a la máquina de ultrasonido. Este asigna unidades de color dependiendo de la velocidad y dirección del flujo sanguíneo. Por convención, se ha asignado el color rojo para el flujo hacia el transductor y el azul para el que se aleja.

C.A. Doppler nació el 29 de noviembre de 1803 en Salzburg. Después de algunos años de estudio en Linz y Viena, se gradúa en matemáticas, y ocupa la plaza de profesor asistente en esta última universidad. Donde es propuesto como profesor de la Escuela politécnica y – en 1850- lo promueven a director del nuevo Instituto de Física. C.A. Doppler publicó numerosos artículos sobre magnetismo, electricidad, óptica y astronomía. En Mayo 25, 1842, realiza un aporte a las ciencias de modo general y en especial a la medicina que lo hacen perteneciente de un acápite en la historia, ya que presentó un trabajo en la Sociedad Real de la Ciencia de Bohemia titulado: “Sobre el diferente color de un sistema doble de estrellas y ciertas estrellas en el cielo”; este trabajo describe (aplicado a la luz) el cambio de frecuencia que experimenta una onda, cuando tropieza con un objeto en movimiento, lo que hoy se conoce como “Efecto Doppler”

Desde entonces el Eco-Doppler, que permite el estudio adicional de una variedad de parámetros fisiológicos en obstetricia que se inició hace más de 20 años en Dinamarca y Estados Unidos.

El Eco-Doppler de la arteria uterina fue reportado por primera vez por Campbell y col. en 1983, quienes realizaron comparaciones entre embarazos con onda Doppler de la arteria uterina normal y anormal asociadas estas últimas con hipertensión inducida por el embarazo (HIE), crecimiento fetal restringido (CFR) y parto pretérmino (PP). Así la capacidad de este método prospectivo, no invasivo y potencialmente seguro por medio del análisis del flujo sanguíneo de la arteria uterina durante el embarazo ha desencadenado múltiples investigaciones en los años sucesivos.

De acuerdo a la literatura médica disponible, en embarazos menores a 32 semanas, la sensibilidad del Doppler de arteria uterina para el desarrollo de preeclampsia es de 100%, y la especificidad de 88.2%. (11)

Sin embargo, la eficacia diagnostica de la evaluación Doppler en ambas arterias uterinas tiene relación directa con las curvas de normalidad utilizadas, las cuales pueden afectarse por pequeñas variaciones metodológicas o por la capacidad tecnológica del equipo de ultrasonido. El resultado en la bibliografía médica son distintas curvas de referencia, las cuales muestran discretas variaciones que pueden ser relevantes para la toma de decisiones clínicas y para renovar periódicamente estas curvas. Ya que al conocer los límites de normalidad obtenidas con la técnica Doppler, permite de manera confiable la vigilancia de embarazos normales y complicados.

La utilización del eco-Doppler en obstetricia se ha extendido fuera de las unidades especializadas y se ha generalizado para la toma de decisiones. Los protocolos de utilización estandarizados y sistemáticos limitan enormemente la probabilidad de error de una técnica que de otra forma presenta una gran variabilidad. Por otra parte, es esencial un conocimiento adecuado de la fisiopatología y los cambios hemodinámicos asociados a las condiciones que se pretende evaluar, para una correcta interpretación de lo que se busca y medir en cada caso. Esta guía protocoliza la técnica del estudio Doppler en medicina fetal.

Evaluación Doppler de las arterias uterinas

Puede realizarse por vía vaginal o abdominal. La mayor proximidad a la arteria uterina hace que con la vía vaginal se consiga una onda de velocidad de flujo (OVF) de mejor calidad con un ángulo de insonación óptimo en primer trimestre. A partir de la semana 12 el útero asciende a la cavidad abdominal y se pueden utilizar indistintamente ambas vías. A partir de las 20 semanas la vía abdominal es de elección.

V*ía vaginal:* el transductor debe ser colocado paramedialmente al cérvix uterino a nivel del orificio cervical interno. Desplazamientos hacia abajo pueden identificar erróneamente una rama cervical o hacia arriba una arteria arcuata.

Vía abdominal: se coloca el transductor longitudinalmente en la fosa ilíaca, de forma paralela a la cresta ilíaca y pared uterina, identificando los vasos ilíacos. Con un movimiento sutil en sentido medial se identifica la arteria uterina en una falsa imagen de cruce con la arteria ilíaca externa. La arteria uterina debe estudiarse 1-2 cm distal a este punto. (12)

El Eco-Doppler ha permitido una aproximación más exacta a la fisiopatología de los desórdenes hipertensivos del embarazo. Se han descrito fenómenos específicos vasculares. Los mejores resultados, en términos de predicción de síndrome hipertensivo, fueron publicados por Harrington en 1991. En 2437 pacientes, utilizando Doppler color a las 26 semanas, incluyendo valores de corte para IR uterinos >p 95, y escotadura ("notch"), obtuvo un 4,6% de valores alterados, con sensibilidad de 76% y especificidad de 97% para dichas patologías. En hipertensión, el estudio de circulación útero-placentaria ayuda a discriminar cuadros de diferente severidad. Se han propuesto clasificaciones según resultado Doppler.

A medida que progresa la gestación normal, se observa una caída de la resistencia (desaparición del notch) puesta en evidencia por el aumento de velocidad del flujo diastólico en el estudio Doppler. En todos los segmentos de la circulación materna así también el índice de resistencia disminuye a medida que avanza la gestación, por tanto, se considera normal dentro de los valores del Eco-Doppler de las arterias uterinas antes de la semana 25 de la gestación los siguientes índices:

Índice sístole/diástole (S/D) menor o igual que 2,7

Índice de pulsatilidad menor o igual que 1,45 o menor del 95 percentil de la curva de valores según edad gestacional preestablecida por otros autores.

Presencia de muesca diastólica uní o bilateral persistente (notch) después de las 24 semanas.

Los índices mencionados se correlacionan con el tiempo de gestación según tablas de percentiles (anexo 1) y se concluye el resultado de la Eco-Doppler como: normal o patológico. [13]

Anexo 1. Tablas de percentiles

SG	Tabla 1. Valores percentilares del índice de pulsatilidad promedio de las arterias uterinas por semanas de gestación		
	p5	p50	p95
20	0.70	1.00	1.33
21	0.69	0.92	1.21
22	0.78	0.98	1.25
23	0.84	0.96	1.88
24	0.85	0.97	1.47
25	0.50	0.95	1.42
26	0.51	0.87	1.43
27	0.47	0.86	1.39
28	0.44	0.73	1.30
29	0.40	0.88	1.30
31	0.47	0.84	1.26
32	0.80	0.78	1.22
33	0.47	0.77	1.28
34	0.46	0.80	1.21
35	0.49	0.76	1.26
36	0.49	0.75	1.21
37	0.40	0.74	1.15
38	0.48	0.73	1.19
39	0.47	0.70	1.13
40	0.45	0.80	1.12

SG, semanas de gestación; p, percentiles.

CONCLUSIONES

La utilización de la Ecografía Doppler es un medio diagnóstico de alta efectividad para el diagnóstico de preeclampsia en los estadios más precoces de la enfermedad y en embarazadas de alto riesgo obstétrico.

REFERENCIAS

Álvarez Fumero R, Breto García A, Piloto Padrón M, Nápoles Méndez D, del Rosario Pérez A, et al. Guía de actuación en las afecciones obstétricas frecuentes. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2017:50-76.

Apaza J, Delgado J. (2015). Índices y velocidades de la arteria uterinacomoindicadores de hipoperfusiónuterinaengestantes con restricción de crecimientointrauterino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*[InternetRecuperado de:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000400002

Bujold E, Roberge S, Lacasse Y, Bureau M, Audibert F, Marcoux S, et al (2010). Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. ObstetGynecol[Internet] 20; 116(2): p. 402-14. Recuperdo de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20664402

Castillo A. Y. Factores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo Enero – Diciembre 2017.Repositorio UNA[Internet] Recuperado de: http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/6418

Dugoff L, Lynch AM, Cioffi R. D, Hobbins JC, Schultz LK, Malone FD, et al (2018). First trimester uterine artery Doppler abnormalities predict subsequent intrauterine growth restriction. Am J ObstetGynecol [Internet] 2005[citado 12 feb 2019];193(3 Pt 2):1208-12. Recuperado de :https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16157139

Bloom K, S, Hauth J, Rouse D, Spong C.(2016) Hipertensión en el Embarazo. In Twickler D, Wendel G, editors. Williams Obstetricia. Mc-Graw-Hill Interaméricana Editores S.A. de C.V. [Internet].

Matijevic R, Johnston T.(1999) In vivo assessment of failed trophoblastic invasion of the spiral arteries in pre-eclampsia.Br J Obstet GynaecolC 106(1):78-82. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10426264

Rosas P. M, Borrayo S. G, Madrid M. A, Ramírez A. E, Pérez R. G.(2016). Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* [Internet] 54(1):91-111. Recuperado de:

https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67447

Velauthar L, Plana M, Kalidindi M, Zamora J, Thilaganathan B, Illanes S, et al(2014). First-trimester uterine artery Doppler and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis involving 55 974 women. Ultrasound in ObstetGynecol [Internet]. 43(5):500-7. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24339044

Valdez M; Hernández J. (2014). Factores de riesgo para preeclampsia; *Revista Cubana de Medicina Militar*.[Internet] 43(3):307-316. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v43n3/mil05314.pdf

WHO: World Health Organization [Internet] (2019): Estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICED. Geneva: WHO.

Yu CK, Smith GC, Papageorghiou AT, Cacho AM, Nicolaides KH(2005). *Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group.* An integrated model for the prediction of Preeclampsia using maternal factors and uterine artery Doppler velocimetry in unselected low-risk women, Am J ObstetGynecol[Internet]

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DEL ASMA BRONQUIAL EN ADOLESCENTES. MANATÍ, 2018

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF BRONCHIAL ASTHMA IN ADOLESCENTS. MANATI, 2018

Yasenia Gallar Vázquez

Maria Antonia Acevedo Vega lialien2004@ltu.sld.cu

Isabel Margarita Castillo Céspedes

RESUMEN

Con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiologicamente el asma en adolescentes del Policlínico con Hospitalización ¨Mártires de Manatí¨, se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, que incluyó a todos los adolescentes de ambos sexos con edades entre 11 y 18 años, pertenecientes dicha área de salud, del municipio Manatí, en la provincia Las Tunas, en el período comprendido entre enero y diciembre del 2018. El universo de estudio fue de 1041 estudiantes y la muestra quedó conformada por 68 adolescentes asmáticos. Como herramienta de trabajo se utilizó el cuestionario: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood, instrumento validado internacionalmente.Como resultados se obtuvo que el 64.7% correspondieron a la edad de 15-18 años, y el 53,0% fueron del sexo masculino, el 61,8% viven el área urbana. Entre los factores predisponentes predominaron la presencia de animales domésticos en un 69,1%, los antecedentes patológicos familiares (APF) de enfermedades alérgicas en un 48,5%, el 67,6% son fumadores pasivos. Como factores desencadenantes encontramos que el 70,6% empeoran con el cambio de tiempo y el 50,0% lo hace con las infecctiones respiratorias agudas (IRA). De ellos el 29,4% ha presentado crisis en los últimos años.

PALABRAS CLAVES: Asma, prevalencia, adolescentes**,** factores predisponentes.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective, cross-sectional study was performed to characterize clinically, epidemiologically and humorously children with Mononucleosic Syndrome admitted to Las Tunas Pediatric Hospital from January 2016 to October 2018. The sample consisted of 26 patients who were confirmed with the serological diagnosis of Infectious Mononucleosis from a universe of 104. Information was collected using medical records, laboratory data, and information from follow-up consultations. In the results obtained there are confirmed cases, there are 17 for Epstein Barr virus and 9 for Cytomegalovirus, the age was 7 to 12 years for 60.3%, there was a higher incidence in men for 69.2%, adenopathies were the most frequent clinical manifestationappearing 94% of the total and as a complication was found Hepatitis B for 73%. It is concluded then that the Epstein Barr virus is the most frequent in our province, the predominant clinical manifestation, adenopathies and Hepatitis B is the most registered complication.

KEY WORDS: Asthma, prevalence, adolescents, predisposing factors.

INTRODUCCIÓN

El asma representa la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y afecta en nuestra comunidad aproximadamente al 10% de los niños en edad escolar.Es una enfermedad psicosomática, recurrente, tiene una distribución universal y puede afectar a personas de cualquier edad y sexo. Es el padecimiento crónico más frecuente de la infancia y la adolescencia.[1]

La Guía Española para el Manejo del Asma de 2009[2] la define como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente.

El Estudio ISAAC (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood) es la principal fuente de información mundial sobre prevalencia del asma en niños y adolescentes. En la región de América Latina, participaron 18 centros de 9 países, que produjeron cerca de 90.000 encuestas evaluables que incluyen datos de asma, rinitis y eczema para cada niño, y datos obtenidos por video-cuestionario referentes a asma en los niños de 13 años. En aquellos países latinoamericanos donde se ha realizado el ISAAC, tenemos que México, Chile y Argentina sitúan su prevalencia entre el 5-10%. Uruguay, Panamá y Paraguay entre el 15-20%. Por encima de este porcentaje aparecen Perú, Costa Rica y Brasil. En Cuba[6] en el año 2002, se aplicó por primera vez el cuestionario ISAAC. Se describieron en Ciudad de La Habana, prevalencias 31,6 % en 1803 niños de 6 y 7 años y en 3024 adolescentes de 13 y 14 años prevalencias de 17,6%. La muestra representativa para Cuba, de 7008 escolares de 13 y 14 años exhibió valores de 13%.

Principales resultados del estudio realizado

En nuestro país es de interés la necesidad social que existe de optimizar la atención del enfermo asmático en general, ya mayoría de los estudiosos[7] plantean que la alta incidencia de este proceso morboso se atribuye a factores de riesgo como la contaminación ambiental y los ácaros de polvos en el hogar, entre otros, así como al descontrol del tratamiento estricto bajo vigilancia facultativa de la enfermedad, sobre todo en el período de intercrisis.

Es una enfermedad en la que a través de acciones de promoción de salud se puede lograr una prevención primaria, secundaria o terciaria. Independientemente de la alta cobertura y calidad de la atención médica, se percibe un inadecuado seguimiento de la enfermedad en lo relacionado con la atención médica, poca educación de los pacientes y familiares en relación con la enfermedad, así como desconocimiento de factores desencadenantes ambientales y del tratamiento médico-farmacológico, lo que repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Es por ello que nos propusimos caracterizar a los adolescentes asmáticos pertenecientes al Policlínico con Hospitalización ¨Mártires de Manatí¨ del municipio Manatí, durante el 2018.

Para ello se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. El universo de estudio constituido por el total de adolescentes 1041 de ambos sexos, comprendidos entre 12 y 18 años de edad, que estudian en la cabecera municipal, pertenciente al Policlínico con Hospitalización ¨Mártires de Manatí¨ del municipio Manatí en Las Tunas, durante el

período comprendido entre enero y diciembre del 2018, y la muestra quedó conformada por 68 estudiantes con consentimiento informado de padres o tutores.

A la totalidad de la muestra se le aplicó, el cuestionario ISSAC (anexo). Dicho instrumento está validado, internacionalmente, para estandarizar, metodológicamente, el estudio de prevalencia y severidad del asma bronquial en las edades infanto-juveniles.

Se obtuvo que el grupo predominante es de 15 a 18 años con un 64,7 % de pacientes asmáticos y el sexo masculino con un 53% de pacientes (tabla 1). El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia. Según los estudios epidemiológicos realizados en afecta al 10% de los niños en edad escolar.

Tabla 1: Distribución de pacientes asmáticos según edad y sexo.

Grupo etáreo	Fem	%	Mas	%	Total	%
11-14 años	10	14,7	14	20,6	24	35,3
15-18 años	22	32,4	22	32,4	44	64,7
Total	32	47,0	36	53,0	68	100

N=68

Estos resultados coinciden con otros estudios realizados en distintas zonas de España, así en la Comunidad de Madrid donde se estima que 9 de cada 100 niños y adolescentes de 4 a 18 años han tenido alguna crisis de asma en algún momento de su vida. La prevalencia obtenida en el estudio ISAAC[5], 2005 es para niños de 13-14 años del 12,8% y para niños de 6-7 años del 10,9%.El asma es “dos” veces más frecuente en chicos que en chicas y comienza habitualmente en los primeros años de la vida, estimándose que el 60% de los asmáticos inician sus crisis antes de cumplir los 4 años.

En la tabla 2: Distribución de pacientes asmáticos según factores predisponentes

Factores predisponentes	#	%
APF de enfermedades alérgicas	33	48,5
Alergia a medicamentos	23	33,8
Alergia alimentaria	8	11,8
Animales domésticos	47	69,1

N=68

Existen evidencias que permiten afirmar que el asma está determinada genéticamente. Su transmisión hereditaria podría ser poligénica (varios genes en varios cromosomas), lo que explicaría que haya hijos de padres asmáticos que sufren esta enfermedad y otros que no, así como la variación en cuanto a severidad y forma de presentación.[8]

En los resultados de la encuesta a niños con enfermedades alérgicas, se observó que los factores de herencia alérgica de la madre, el padre o ambos son elevados, en cambio el antecedente alérgico de los abuelos es menor.Mientras la genética no pueda identificar con exactitud qué niños van a ser propensos a desarrollar asma, se hace

necesario jugar con una serie de factores que miden el riesgo o probabilidad de presentar la enfermedad, como el estilo de vida, sensibilización alérgica, el nivel socioeconómico, infecciones, contaminación ambiental e intradomiciliaria.[8]

La presencia de animales en las viviendas puede exponer a los pacientes a un flujo de alérgenos intenso, para los cuales, en caso de sensibilización previa, se desencadenaría una crisis aguda al promover la degranulación de los mastocitos y la liberación de mediadores y broncoconstrictores, siendo esta la génesis principal del asma bronquial.[9]

Tabla 3: distribución de pacientes según factores desencadenantes.

Factores desencadenantes	#	%
Hábito de fumar	50	73,5
Exposición al polvo	21	30,9
Cambios de tiempo	19	27,9
Sustancias inhalantes	9	,5
IRA	5	7,35
Viviendas inadecuadas	3	4,41

N=68

En la tabal 3 observamos que el 73,5% de los pacientes tiene como desencadenante de la crisis se encuentra el hábito de fumar, el 70,6 % el cambio de tiempo y el 50% las IRA.

El humo del tabaco es uno de los factores más discutido en la bibliografía como riesgo para el asma bronquial, ya que se ha demostrado que ser fumador pasivo durante o después del embarazo es un factor para el desarrollo de atopia. Este factor se asocia con un mayor riesgo de tener asma, con una merma de la función y del crecimiento pulmonar y con la presencia de sibilancias en la infancia. Los niños expuestos al humo del cigarrillo presentan vías aéreas de calibre pequeño con relación a su tamaño corporal, con engrosamiento, incremento del tono del músculo liso, disminución de la elasticidad pulmonar y mayor predisposición a procesos inflamatorios. Muchos estudios transversales y de cohorte han observado esta asociación.[9]

La literatura describe algunos alergenos inhalatorios y contaminantes ambientales (ácaros, hongos, tabaquismo, ozono), como factores de mal control de asma, potencialmente modificables.[10]

A pesar de que los alérgenos son conocidos como causa de exacerbación asmática, su papel específico en el desarrollo del asma no está enteramente resuelto. Los ácaros son la causa más importante de alergia respiratoria. Pero algunos estudios muestran que la sensibilización a los alérgenos de los ácaros del polvo, epitelio del gato, epitelio del perro y aspergillo, son factores independientes de riesgo para los síntomas del asma en el niño.[11,12]

No obstante, la relación entre exposición a alérgenos y sensibilización en niños es sencilla. Para algunos alérgenos, tales como los derivados del polvo de la casa y de las cucarachas, la prevalencia de sensibilización parece estar correlacionada directamente con la exposición. No obstante, la exposición a los alérgenos de ácaros del polvo puede ser un factor causante del desarrollo del asma. La infestación por cucarachas parece ser un factor importante de causa de sensibilización alérgica en núcleos urbanos. En la tabla 4, se puede observar que el 29,4% de los pacientes reportó cuadros de exacerbación asmática durante el último año. Y de ellos solo el 2,94% (Tabla 4,1) presentaron cuatro o más crisis en el año.[12,13]

El clima puede actuar como un desencadenante de los síntomas de asma y alergia. En condiciones de mucha humedad o mientras se produce una tormenta, los granos de polen pueden sufrir una ruptura osmótica y liberar parte de su contenido, en forma de partículas respirables 0,5-2,5 mm. Por tanto, las personas afectadas de alergia al polen deberían tomar precauciones durante una tormenta en la estación polínica. La humedad relativa es un factor de riesgo de asma agudo, inducido probablemente a través de las esporas de hongos. El viento –que puede transportar partículas irritantes y alergénicas– supone también un factor a tener en cuenta y que se ha asociado a brotes de asma agudo. Según la opinión de la Organización Mundial de Alergia se espera, por una parte, que el calentamiento global afectará el comienzo, la duración y la intensidad de la temporada de polen y, por otra parte, la tasa de exacerbaciones de asma debido a la contaminación del aire, las infecciones respiratorias, y/o la inhalación de aire frío.[12,13]

Las condiciones ambientales son importantes para determinar el impacto y posible desarrollo de asma. Factores, como: la temperatura, la humedad y la presión atmosférica, así como los contaminantes del aire, interactúan para influir en la presentación de asma. En los últimos años, los contaminantes del aire más estudiados han sido material de partículas, como: dióxido de nitrógeno (NO2), dióxido de azufre (SO2) y ozono (O3), mostrandola asociación entre su presencia en el aire y la incidencia de asma.[12]

4 Distribución de pacientes según la presencia de cuadros de exacerbación asmática en el último año.

Crisis en el último año	#	%
Si	20	29,4
No	48	70,6
Total	68	100

N=68

4.1 Distribución de pacientes según el número de exacerbaciones en el último año.

Número de ataques en el último año	#	%
Ninguno	48	70,6
1 a 3	18	26,5

4 a 12	1	1,47
Más de 12	1	1,47
Total	68	100

N=68

Según tema de revión estudiado[7] clasificaría con asma intermitente aquel paciente que entre sus parámetro este tener menos de cinco exacerbaciones de asma en un año, intermitente ligero el que solo presente alrededor de 8 cuadros agudos en el mismo periodo, intermintente moderada cuando presentan alrededor de 12 cuadros al año, y sería persistente severo aquel paciente que desarrollaría cuadros agudos al mínimo esfuerzo. La severidad del asma define la gravedad intrínseca de la enfermedad, siendo más útil en el diagnóstico, como enfrentamiento inicial y sin uso de terapia. El concepto de control describe el estado clínico del asma, que es variable en el tiempo, permitiendo el seguimiento del paciente, mediante la respuesta clínica a la terapia.

Los objetivos principales de la terapia del asma es mejorar la calidad de vida del paciente, al mantener un control de los síntomas, prevenir las exacerbaciones, alcanzar una función pulmonar normal, mantener niveles normales de actividad, incluyendo el ejercicio físico y evitar los efectos adversos de los medicamentos para el asma. Se ha clasificado habitualmente en función de la gravedad, aunque esta característica es difícil de valorar, especialmente cuando el paciente ya está recibiendo tratamiento antiinflamatorio.[14]

La gravedad del asma es una propiedad intrínseca de la enfermedad que refleja la intensidad de las anomalías fisiopatológicas. Hay que tener en cuenta que implica tanto la intensidad del proceso como la respuesta al tratamiento. Tradicionalmente se divide en cuatro categorías: intermitente, persistente leve, persistente moderada y persistente grave. Esta clasificación es útil en la evaluación inicial de un paciente con asma, porque la elección del tratamiento, las dosis y la pauta de tratamiento dependen de la gravedad de la enfermedad. La gravedad puede variar a lo largo del tiempo (en meses o años), por lo que es necesario reevaluarla periódicamente.[14]

Existe una relación directa entre la severidad de las manifestaciones clínicas del asma bronquial y el no cumplimiento del tratamiento, lo que puede condicionar la exacerbación del asma. Entre los factores desencadenantes se destaca el tabaquismo. El cumplimiento de las medidas de control ambiental, como parte del tratamiento, constituye una estrategia de prevención muy importante, pues el control sobre los factores desencadenantes y la adecuada educación del paciente y familiares en su manejo, puede reducir los síntomas de la enfermedad, la necesidad de medicación y repercute positivamente en la calidad de vida del paciente asmático, así como en la de aquellos que se encuentran en riesgo de enfermar por esta condición.[14]

Como se puede apreciar en la tabla 5 el 92,7% no presenta cuadros de asma broquial nocturna, y el 5,88% (4 pacientes) presentaron síntomas más de una noche en la semana.

5. Distribución de pacientes asmáticos que presentaron asma bonquial nocturna.

Crisis nocturna	#	%
Si	5	7,35
No	63	92,7
Total	68	100

N=68

5.1. Distribución de pacientes según el número de exacerbaciones asmáticas nocturnas

Número de ataques nocturnos en el último año	#	%
Ninguno	63	92,7
Menos de una noche por semana	1	1,47
Más de una noche por semana	4	5,88
Total	68	100

N=68

La severidad del asma define la gravedad intrínseca de la enfermedad, siendo más útil en el diagnóstico, como enfrentamiento inicial y sin uso de terapia. El concepto de control describe el estado clínico del asma, que es variable en el tiempo, permitiendo el seguimiento del paciente, mediante la respuesta clínica a la terapia. Es frecuente que los asmáticos leves y moderados tengan un mejor control que los severos. Esto lo demostramos al encontrar peor control de la enfermedad, mientras mayor es la severidad del asma y confirma la superposición de algunos parámetros clínicos de ambos conceptos.[12]

En la tabla 6 se puede observar que solo el 2,94% de los pacientes (2 casos) desencadenan asma inducida por ejercicio.

6. DISTRIBUCIÓN de pacientes según con asma inducida por ejercicio físico.

Crisis inducida por ejercicio físico	#	%
Si	2	2.94
No	66	97.0
Total	68	100

Cifras que no coinciden con nuestro estudio ya que según la bibliografía consultada. El ejercicio es el desencadenante más frecuente de síntomas de asma, en general, de breve duración. Aunque el mecanismo de producción no está totalmente aclarado, se acepta que el BIE es originado por la hiperventilación, el enfriamiento y la sequedad de

la vía aérea derivados del aumento de la frecuencia respiratoria necesaria para satisfacer la mayor demanda de oxígeno que se pro-duce durante el ejercicio.[13]

CONCLUSIONES

Predominaron los adolescentes masculinos con edades entre 15 y 18 años, que tenían antecedentes familiares de enfermedades alérgicas y que tienen mascotas. Así como los que identifican como desencadenantes el hábito de fumar, el cambio de tiempo y la IRA. Solo la tercera parte presentó agudizaciones en el último año y prevalecieron los que presentan crisis intermitentes.

REFERENCIAS

Tovar V. I, García L. M, Meza J, y Romero. (2010). Generalidades. El asma como problema de salud pública. Definición. Factores de riesgo. Fenotipos. *ArchVenezPuerPed*, 73 (2). Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492010000200007&lng=pt&tlng=es

GEMA. http://www.seicap.es/documentos/archivos/GEMA%202016.pdf

Aguado N. J, Villalobos A. J, Sánchez J, y Segarra G. E. (2019). Guía de práctica clínica del asma infantil en Atención Primaria. Recuperado de: https://neumoped.org/wp-content/uploads/2019/07/GUIA-ASMA-PEDIATRIA-2019.pdf

Odalys O. C, Laura G. V, María C.C. M, Eugenia R. M. T, y Leovaldo R.R. M,. (2014). Factores peri y postnatales relacionados con el asma bronquial en niños. *Rev. Ciencias Médicas*, 18(3), 375-387. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v18n3/rpr03314.pdf

ISAAC. http://isaac.auckland.ac.nz/Index.htm

De la Vega P.T, Pérez M.V, T y Bezos M. L. (2010). Comportamiento del asma bronquial en adolescentes tratados en el Policlínico Universitario "Ana Betancourt". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(1), 36-44. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n1/mgi05110.pdf

Pellegrini B. J y de Arriba M. S. (2013). El asma en el adolescente. *Adolescere,* 1 (3), 7-27. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/264420681_El_asma_en_el_adolescente

Mora G.I. (2005) Asma y deporte. Rev Pediatr Aten Primaria, 7 Supl 2:S127-13. Recuperado de: http://archivos.pap.es/files/1116-451-pdf/464.pdf

Castro R. JA.(2007) Relación entre asma e infecciones virales. An Pediatr (Barc) 67(2):161-8. Recuperado de: https://www.analesdepediatria.org/es-relacion-entre-asma-e-infecciones-articulo-13108739

Vidal A. , et al.(2008). Control de asma en adolescentes. *Revista Médica Chile,* 136: 859-866. Recuperado, de: https://www.analesdepediatria.org/es-relacion-entre-asma-e-infecciones-articulo-13108739

Fall T, Lundholm C, K Örtqvist A, Fall F, Fang F, Hedhammar A et al. (2015). Early Exposure to Dogs and Farm Animals the Risk of Childhood Asthma. JAMA Pediatr, e153219. Recuperado de: doi:10.1001/jamapediatrics.2015.3219

García de la R. S, Pérez S. S. (2016). Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación. Pediatr Integral. XX (2): 80 – 93. Recuperado de: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx02/01/n2-080-093_ServandoGarcia.pdf

British G. on the management of asthma. (2014). British Thoracic Society. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Updated. Recuperado de: http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN141.pdf.

De la Vega P. T, Pérez M. V, Bezos M. L. (2011). Relación entre la severidad de las manifestaciones de asma bronquial y el cumplimiento del tratamiento intercrisis. *Revista Cubana Medicina Geneneral Integral,* 27(3): 294-306. Recuperad de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300001&lng=es.

CARACTERIZACIÓN CLINICO-EPIDEMIOLOGICA DE LA RINOSINISITIS POLIPOIDEA

CLINICAL-EPIDEMIC CHARACTERIZATION OF RINOSINISITIS POLIPOIDEA

Yeniuska Zaldivar González liliannavz@ltu.sld.cu
Gerardo Jorge Rondón Rodríguez gerardojorgerr@ltu.sld.cu
Darailys Reyes Ventura darailysrv@gmail.com

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo–observacional en el período comprendido entre septiembre del 2017 a junio del 2019 con el objetivo de caracterizar clínico-epidemiológicamente la rinosinusitis polipoidea en pacientes pertenecientes al municipio Las Tunas. La información obtenida de las historias clínicas otorrinolaringológicas, de las individuales, el interrogatorio, el examen físico otorrinolaringológico y los estudios complementarios permitió procesar los datos manualmente, utilizando el porciento. Los resultados permitieron determinar que el grupo de edad predominante fue entre 37-47años, masculinos, presencia de pólipos en las fosas nasales, obstrucción nasal y alteraciones óticas, con un tiempo de evolución de su enfermedad de 1-5 años, el Rx de senos paranasales reveló opacidad de los senos y las fosas nasales; el examen físico otorrinolaringológico mostró la presencia de pólipos en todos los casos.

PALABRAS CLAVES: Rinosinusitis polipoidea, óticas, pólipos.

ABSTRACT

A descriptive-observational study was carried out in the period from September 2017 to June 2019 with the aim of clinically-epidemiologically characterizing polypoid rhinosinusitis in patients belonging to Las Tunas municipality. The information obtained from the ENT clinical records, from the individual, the interrogation, the ENT examination and the complementary studies allowed to process the data manually, using the percentage. The results allowed to determine that the predominant age group was between 37-47years, male, presence of polyps in the nostrils, nasal obstruction and otic alterations, with a time of evolution of their disease of 1-4 years, the Rx of breasts paranasal revealed opacity of the sinuses and nostrils; The ENT examination showed the presence of polyps in all cases.

KEY WORDS: Polypoid rhinosinusitis, otic, polyps.

INTRODUCCIÓN

La sinusitis se define como la enfermedad resultante de la inflamación de la mucosa o del hueso subyacente de las paredes de 1 o más de los senos paranasales o simplemente como la presencia de derrame en su interior. Sin embargo, la constatación de que en la mayoría de las ocasiones la inflamación sinusal ocurre de manera simultánea o estrechamente relacionada con procesos inflamatorios primarios de la mucosa nasal ha hecho ganar aceptación al término «rinosinusitis», que en la actualidad es el empleado con mayor frecuencia en la bibliografía médica.(De los Ángeles et al ,2019)

La Academia Americana de Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello (AAOHNS) y el Consejo Internacional sobre Rinosinusitis (CIR) definen a la rinosinusitis crónica como la persistencia de síntomas y signos de inflamación de nariz y senos paranasales por más de doce semana (Xu,Zhang,Chen,Zhou,y Chen,2018)

De acuerdo con los informes de estas agrupaciones, la rinosinusitis crónica afecta en la actualidad del 5 al 15% de la población. La prevalencia de este padecimiento se ha estimado en 146/1000 habitantes y, en diversos estudios, se indica que excede a la prevalencia de cualquier otra enfermedad, por lo tanto representa un problema importante de salud pública. En 1993, fue uno de los padecimientos crónicos más frecuentes en los Estados Unidos, acarreando incrementos importantes en el costo de la atención médica y en la calidad de vida de los pacientes. (Xu et al., 2018)

En Cuba se comporta de manera similar al resto del mundo esto lo demuestran estudios realizados en ciudad de la habana. (Alfonso y Alfonso,2004).En la provincia de Las Tunas no existen estudios al respecto, aunque es un tema muy manejado teóricamente y en la práctica por los profesionales que se dedican a la atención de la misma.

A pesar de no haber estudios realizados en el municipio referente a la rinosinusitis polipoidea, es plausible el gran número de pacientes con diagnóstico tardío; esto lo demuestra la numerosidad de pacientes que acude a nuestro servicio, con las manifestaciones de la enfermedad en un periodo avanzado, afectando sensiblemente la calidad de vida de los mismos.

Con el objetivo de caracterizar los pacientes con rinosinusitis polipoidea se realizó un estudio descriptivo–observacional en consulta especializada de otorrinolaringología, en el hospital Ernesto Guevara de la Serna, durante el periodo septiembre del 2017 a agosto del 2019. El universo estuvo formado por todos los pacientes con rinosinusitis polipoidea municipio Tunas y la muestra solo 55, aquellos que tuvieron rinosinusitis polipoidea atendidos en consulta de otorrinolaringología, pertenecientes al municipio Tunas que cumplieron los criterios de inclusión. Para evaluar los pacientes primeramente se estableció la consulta especializada llevada a cabo multidisciplinariamente por otorrinolaringología, alergia e inmunología.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, síntomas y signos, Tiempo de evolución (años), ocupación, diagnóstico antecedentes de asma bronquial y pruebas cutáneas de alergia.

Distribución de rinosinusitis polipoidea según edad y sexo

Al analizar la distribución de rinosinusitis polipoidea según edad, se observa una mayor frecuencia en el grupo situado entre los 33 y los 47 años con un 54.6% (30 pacientes).

Investigaciones realizadas en Ciudad de la Habana reportan que la mayoría de los pacientes están comprendidos en la 4ta y 5ta décadas de la vida, resultados estos muy similares a los encontrados esta investigación. (Alfonso y Alfonso, 2004)

Otros estudios realizados en México también destacan estas edades como las que se presenta la enfermedad con mayor frecuencia. (Castilla, Varga, Rodríguez, Galicia y Castrejón 2015).

TABLA No. 1A. Pacientes con rinosinusitis polipoidea según edad.

Grupos de edades	No.	%
33-47	30	54.6
48-62	13	23.6
63-77	12	21.8
Total	55	100

Fuente: Historia clínica otorrinolaringológica

En cuanto al sexo de los pacientes con rinosinusitis polipoidea se observa un predominio del sexo masculino 60%(33 pacientes).

Estos resultados coinciden con los encontrados por Eulalia Alfonso Muñoz con un universo de trabajo de 50 pacientes de uno y otro sexos, atendidos en consulta de otorrinolaringología del Hospital Militar “Carlos J. Finlay” Ciudad de La Habana que señaló predominio del sexo masculino (Alfonso y Alfonso 2004). También coincide con lo reportado por otros autores (Roman, 2016; Xu et al., 2018).

Según el programa para el médico y la enfermera de la familia, el crecimiento de una población y su distribución de acuerdo con la edad y el sexo, son aspectos demográficos que influyen sobre la naturaleza de los problemas de salud y definen la planificación de los servicios de salud. Por tanto su conocimiento, por el profesional de la salud que trabaja vinculado directamente a la asistencia al paciente, le permite un enfoque de más completo para desarrollar una atención médica integral. (2011)

TABLA No. 1B: Pacientes con rinosinusitis polipoidea según sexo.

Grupo Específico	Sexo predominante	
	No.	%
Masculino.	33	60.0
Femenino.	22	40.0.
Total	55	100

Fuente: Historia clínica otorrinolaringológica.

Principales síntomas y signos

Al analizar los principales síntomas y signos en los pacientes estudiados con rinosinusitis polipoidea,se haya una similar frecuencia en relación con la obstrucción nasal, la presencia de pólipos en las fosas nasales, y las alteraciones óticas, se encuentran en el 100% de los casos.

Resultados similares fueron encontrados por autores norteamericanos quienes en estudios realizados en Estados Unidos de América encontraron la obstrucción nasal y la

presencia de pólipos en las fosas nasales en el 90% de los casos .(Bergmark & Pynnonen,2017)

El principal síntoma indicativo de la existencia de pólipos nasales es la obstrucción nasal, que es constante aunque variará de acuerdo al tamaño y posición de los pólipos. Los pacientes también pueden quejarse de rinorrea anterior acuosa (secreciones nasales excesivas) o goteo postnasal mucopurulento, o ambos.(Bergmark & Pynnonen,2017)

Las principales alteraciones òticas constatadas fueron membranas timpánicas deprimidas y deslustradas; considerando este hallazgo consecuencia de la obstrucción nasal crónica por un factor mecánico, hecho este ampliamente justificado si se revisa la fisiología de las fosas nasales y sus senos, ya que al no existir una ventilación adecuada, es afectada la ventilación del oído medio y a su vez las presión de estos que es similar a la presión atmosférica) traduciéndose en un aumento de presiones negativas. (Bergmark & Pynnonen, 2017)

TABLA No.2:**Principales síntomas y signos en pacientes con rinosinusitis polipoidea.**

Síntomas y Signos	**Pacientes**	
	N0	**%**
Pólipos Nasales	55	100
Obstrucción nasal	55	100
Alteraciones òticas	55	100
Perturbación del olfato	42	76.4
Secreción nasal	35	63.6
Cefalea	20	36.4
Catarros frecuentes	12	21.8
Flemas faríngeas	10	18.2
Lagrimeo	3	5.5

Fuente: Historia clínica otorrinolaringológica

Tiempo de evolución de la enfermedad

Al estudiar el tiempo de evolución de la enfermedad se observa que el 43.4% se encontraban entre 1 y 5 años seguidos por los que presentaban más de 10 años con 30.6%. Los resultados aquí señalados indican que se encuentra ante una enfermedad que a pesar de tener una elevada frecuencia, su diagnóstico es tardío.

Valero (2011) coordinador del Comité de Rinoconjuntivitis de La Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), plantea: Uno de los principales problemas es que está diagnosticada tardíamente, hasta el punto de que la incidencia oscila entre

un 1 y 5,6 por ciento de la población dependiendo del criterio diagnóstico utilizado. Esto favorece un inicio tardío del tratamiento, generalmente con corticoides, al tiempo que afecta gravemente a la calidad de vida de estos pacientes. (p435).

Por tal motivo La Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) y la Sociedad Española de Otorrinolaringología (SEORL), han lanzado el proyecto 'Polina', un documento de consenso con el que pretenden mejorar el diagnóstico y tratamiento de esta dolencia. (Valero y Sarandese, 2011)

Estudios realizados en Cuba también arrojan resultados similares a los obtenidos por la autora (Alfonso y Alfonso 2004)

TABLA No.3: **Tiempo de evolución de la rinosinusitis polipoidea.**

Tiempo de evolución de la enfermedad	**Pacientes**	
	No	**%**
De 1-5 años	24	43.4
Más de 10 años	17	30.6
De 6-10 años	9	16.2
Menos de un año	5	9.8
Total	55	100

Fuente: Historia clínica otorrinolaringológica

Ocupación

Es importante resaltar que el 100% de los casos tuvo un ambiente laboral de riesgo, por estar expuestos a diferentes factores predisponentes los cuales pueden actuar de diversas formas como agente irritante local de la mucosa nasal como son por ejemplo:ambientes fríos, polvo, humedad ,sustancias químicas (cloro, detergentes, hidrocarburos), humo entre otros.

En la literatura revisada se habla de las causas alérgicas e inflamatorias como posibles responsables de la rinosinusitis polipoidea y toman como punto de referencia un ambiente laboral saturado de alergenos o con ciertas condiciones que le desencadenen al individuo una respuesta inflamatoria crónica de la mucosa nasosinusal, por ser el centro de trabajo donde estos pasan la mayor parte del tiempo (Huls, Stevens, Tan & Schneider, 2015)

No obstante se conoce que constantemente los pacientes se encuentran expuestos a agentes irritantes y a su vez perjudiciales de la mucosa nasosinusal desde su hogar hasta el simple deambular por las calles o caminos en dependencia del lugar donde residan, a pesar que no todos desarrollen la enfermedad, de ahí que se invoquen diversas etiologías: alérgica, irritativa, de disregulación endocrina, desequilibrio neurovegetativo, alteraciones emocionales, fatiga y estrés, entre otras. (Huls et al., 2015)

Diagnóstico

En los resultados observados al establecer el diagnóstico de estos pacientes se encuentra que fueron positivos el 100% de los casos de radiografías simples de los senos paranasales en los senos Etmoidales y Maxilares (bilaterales) y fosas nasales; en todos ellos se recibe el informe del especialista en Imagenologìa que auxilió en la interpretación de los mismos. El examen físico mostró presencia de masas de aspecto pilopoideo en todos los casos.

Al revisar en la literatura encontramos que el diagnóstico de esta enfermedad se realiza por rinoscopia: anterior y posterior aunque no siempre se puede precisar la enfermedad, especialmente si los pólipos no ocupan las fosas nasales no obstante pueden incluso salir de la fosa nasal o deformar el aspecto externo de la nariz si son lo suficientemente grandes. (Chandrasekhar & Yathati,2016)

El complemento actual de la historia clínica, en pacientes con rinosinusitis, lo constituye la exploración endoscópica diagnóstica de las fosas nasales, si no pueden observarse con el examen directo, proceder que no es posible realizar en nuestro medio por no contar con el instrumental apropiado para este examen.(Chandrasekhar & Yathati,2016)

la Tomografía Axial Computarizada más útil y precisa que la radiografía simple para observar la ocupación de los senos y la posible afectación de las paredes óseas es imprescindible en la cirugía y la resonancia magnética, se reserva para las complicaciones o dudas diagnósticas.(Chandrasekhar & Yathati,2016).

Antecedentes de asma bronquial

El 81.8% de los pacientes refirieron no presentar antecedentes de asma bronquial. La rinosinusitis polipoidea se asocia a pacientes con Asma de difícil control, se piensa que los resultados obtenidos en la investigación estén en correspondencia a que este tipo de asma es la menos frecuente.

En las distintas bibliografías para el asma de difícil control se han empleado diferentes términos como son: asma severa, grave, difícil, refractaria, inestable, de riesgo mortal o vital, resistente a corticoesteroides o dependiente de corticoesteroides asma refractaria al tratamiento. En la actualidad siguiendo criterios de uso apropiado de la lengua española y según la unificación de criterios de los expertos se usa el de *asma de control difícil* (ADC). Este término aglutina a diferentes variantes o fenotipos de la enfermedad. (Larenas., et al, 2019)

Hace unos años era imposible conocer la prevalencia exacta de esta variedad de asma debido a la falta de una definición uniforme. En la actualidad a nivel mundial se ha logrado un consenso en los aspectos a tener en cuenta para el diagnóstico de estos pacientes y se considera que afecta entre el 5 y el 10 % de los asmáticos. (Larenas., et al, 2019).

TABLA No.4: **Asma bronquial y rinosinusitis polipoidea.**

Antecedentes de Asma Bronquial	**Pacientes**	
	No	**%**

Con antecedentes	10	18.2
Sin antecedentes	45	81.8
total	55	100

Fuente: Historia clínica otorrinolaringológica

En la tabla No. 5 se aprecia el resultado de la prueba cutánea de alergia (prick test), siendo negativas en el 81.8%, resultados similares a la variable discutida anteriormente.

Esto coincide con los resultados del estudio ENFUMOSA así como los de otros estudios realizados en Argentina los cuales llegaron a la conclusión que en los pacientes con Rinosinusitis Polipoidea ni las concentraciones de IgE total, ni la producción local de la misma es diferente entre los sujetos atopicos y no atopicos lo que indica una discordancia entre el fenotipo alérgico sistémico y los mecanismos inflamatorios locales que conducen a la inflamación eosinofilica.(Sibbald,2005)

TABLA No.5: Pruebas cutáneas de alergia y rinosinusitis polipoidea.

Pruebas cutáneas	**Pacientes**	
	No	**%**
Positivas	10	18.2
Negativas	45	81.8
total	55	100

Fuente: Historia clínica otorrinolaringológica

CONCLUSIONES

Los pacientes se caracterizaron por tener entre 37-47años, masculinos, presencia de pólipos en las fosas nasales, obstrucción nasal y alteraciones óticas,tiempo de evolución de su enfermedad de 1-5 años y ambiente laboral de riesgo. En los medios diagnósticos utilizados el Rx de senos paranasales mostró opacidad de los senos y las fosas nasales en todos los casos, todos negaron antecedentes patológicos personales de Asma Bronquial. La prueba cutánea realizada resultó ser mayormente negativa

REFERENCIAS

Alfonso M.E y Alfonso M. S. (2004) Estudio clínico e histológico de la poliposis nasal. Revista Cubana Cir, (43) ,3 y 4.Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932004000300002&lng=es.

Bergmark, R. W., & Pynnonen, M. (2017). Diagnosis and First-Line Treatment of Chronic Sinusitis. JAMA, 318(23), 2344–2345.Recuperado de: https://doi.org/10.1001/jama.2017.18196

Chandrasekhar, V., & Yathati, K. (2016). Study of chronic sinusitis to radiological and diagnostic nasal endoscopic examination findings. International Archives of Integrated Medicine, 3(12), 11–18. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=120458480&lang=es&site=ehost-live.

De los Ángeles M. Z, A., Espinoza D, C. I., Neira B, J. E., de Fátima N. V, M., Córdova C, H. S., Pesantez P, X. M, Méndez C, P. D. (2019). Caracterización epidemiológica de los pacientes con sinusitis del Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos. Ecuador. *Archivos Venezolanos de Farmacologia y Terapeutica*, *38*(1), 112–114. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=137697620&lang=es&site=ehost-live

Hulse, K. E., Stevens, W. W., Tan, B. K., & Schleimer, R. P. (2015). Pathogenesis of nasal polyposis. Clinical and Experimental Allergy : Journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology, 45(2), 328–346.Recuperado de: http://doi.org/10.1111/cea.12472

Larenas-Linnemann, D., Mullol, J., Ivancevich, J. C., Antó, J. M., Cardona, V., Dedeu, T. Sastre, J. (2019). MASK (Mobile Airways Sentinel Network). La solución integral de ARIA por app móvil para la multimorbilidad de rinitis alérgica y asma. *Revista Alergia de Mexico,* 66(1), 140–146. https://doi.org/10.29262/ram.v66i1.578

Ministerio de Salud Pública.(2011).Carpeta Metodológica para la APS. La Habana.Cuba. Ed. ECIMED

Roman, R. A., Hedeşiu, M., Gersak, M., Fidan, F., Băciuț, G., y Băciuț, M. (2016). Assessing the Prevalence of Paranasal Sinuses Anatomical Variants in Patients with Sinusitis Using Cone Beam Computer Tomography. Clujul Medical, 89(3), 423–429. Recuperado de : https://doi.org/10.15386/cjmed-598

Ta NH. (2019).Will we ever cure nasal polyps?.Annals Of The Royal College Of Surgeons Of England, 101(1),35–39. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=30286644&lang=es&site=ehost-live

Sibbald A.(2005) Rinosinusitis pediátrica. Arch. argent. pediatr. [Internet]. [citado 2017 Mayo 09] ; 103(3): 224-231. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000300007&lng=es.

Valero A. L, Sarandese Af. (2011). Documento de Consenso sobre Poliposis Nasal Seaic-Seorl Proyecto Polina. J Investig Allergol Clin Immunol, Vol. 21 (1).Recuperado de: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=2ahUKEwiYs4HhrI_lAhWDrFkKHUTJALAQFjAEegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fotorrinoescobar.es%2Fapp%2Fdownload%2F5796409018%2FPOLINA%2BPDF.pdf&usg=AOvVaw0q7GG2SpdKvDXvAvgC1Unh

Xu, M., Z, W., Chen, D., Zhou, H., y Chen, L. (2018). Diagnostic significance of serum periostin in eosinophilic chronic sinusitis with nasal polyps. *Acta Oto-Laryngologica*, *138*(4), 387–391. Recuperado de: https://doi.org/10.1080/00016489.2017.1388540

Castilla-R. J, Vargas-C. M, Rodríguez B. R, GaliciaT. J y Castrejón M.(2015) Prevalencia de intolerancia a salicilatos en pacientes con poliposis nasosinusal.. *Revista Alergia De México,* 62(3), 202-210. Recuperado de:http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/261_GPC_RINOSINUSITIS/SinusitisI_rr_cenetec.pdf

INTERVENCIÓN SOCIO FAMILIAR EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ALCOHÓLICO EN EL MUNICIPIO JESÚS MENÉNDEZ

SOCIAL AND FAMILY INTERVENTION IN THE ALCOHOLIC PATIENT'S ATTENTION IN THE MUNICIPALITY JESUS MENÉNDEZ

Yeny González Rivera. yenygonzalez@ltu.sld.cu

Teresa De Jesús Domínguez Garner.yenygonzalez@ltu.sld.cu

Yoenny Peña García.yoennypg@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizará una intervención en salud con participación familiar y social sobre pacientes alcohólicos, Municipio Jesús Menéndez, julio de 2018 a junio de 2020.La población de estudio estará constituida por pacientes alcohólicos y familiares, que deseen participar en la investigación. Para medir los resultados antes y después de aplicada la intervención se aplicará entre las variables estudiadas frecuencia absoluta, porcentaje y la variación porcentual. Los resultados se expondrán en cuadros y gráficos para su mejor interpretación.El alcoholismo puede originar problemas y trastornos que afectan a un alto número de personas, constituye un verdadero problema de salud pública, origina dolor, sufrimiento, enfermedades, molestias o efectos sobre la calidad de vida y eleva los costes de los servicios médicos o sociales. La creación de una estrategia de intervención comunitaria con participación socio familiar contribuirá a mejorar la calidad de la atención al paciente alcohólico en el municipio Jesús Menéndez.La creación de una estrategia de intervención comunitaria con participación socio familiar contribuirá a mejorar la calidad de la atención al paciente alcohólico.

PALABRAS CLAVES: Alcoholismo, trastornos psiquiátricos, intervención en salud.

ABSTRACT

It will be carried out an intervention in health with family and social participation on alcoholic patients, Municipality Jesus Menéndez, July of 2018 to June of 2020. The study population will be constituted by alcoholic and family patients that want to participate in the investigation. To measure the results before and after having applied the intervention it will be applied among the variables studied absolute frequency, percentage and the percentage variation. The results will be exposed in tables and graphics for their best interpretation. The alcoholism can originate problems and dysfunctions that affect to a high number of people, it constitutes a true problem of public health, it originates pain, suffering, illnesses, nuisances or effects on the quality of life and it elevates the costs of the medical or social services. The creation of a strategy of community intervention with participation social and family will contribute to improve the quality from the attention to the alcoholic patient.

KEY WORDS: Alcoholism, psychiatric dysfunctions, intervention in health.

INTRODUCCIÓN

Según Duany Mejías (2014), Alcohol del árabe alkuhl, significa esencia o espíritu producto de la fermentación de sustancias vegetales. Su utilización por el hombre data de los albores mismos de la humanidad, cuando nuestros más remotos antepasados

tuvieron la experiencia de beber el liquido resultante de la colección de agua lluvia en alguna irregularidad del tronco de un árbol luego de haber caído en dicho depósito natural alguna fruta que sufriera posteriormente el proceso de fermentación, la capacidad de observación del hombre primitivo le permitió repetir dicho fenómeno y obtener el preparado aunque este solo pudo ser utilizado en cantidades importantes a partir de la cultura del neolítico, ocho mil años a.n.e, cuando fue posible la utilización de recipientes adecuados, gracias al desarrollo de la alfarería.

En forma aproximada podemos decir, plantean Paredes Díaz y colaboradores (2015), que los fallecidos en accidentes de tránsito, los homicidios, violaciones y actos de violencia hogareña se produjeron bajo los efectos de alcohol. Está demostrado que el alcoholismo como enfermedad disminuye en 12 años la esperanza promedio de vida de la población, Montanet (2015).

Según Montanet (2015), estimados conservadores plantean que la perspectiva mundial de alcoholismo en el curso de la vida supera el 10% de la población mundial y la de otras personas afectadas por conductas bajo influencia alcohólica o como familiares y convivientes. Supera el 20%, por lo que la tercera parte de la población mundial se verá seriamente afectada, en una forma u otra por el uso irresponsable de alcohol en el transcurso de sus vidas. Hoy día existe un alcohólico por cada 10 personas que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida y la cifra de estos últimos llega aproximadamente al 70% de la población mundial, si excluimos las culturas islámicas e hindúes.

Contreras (2015) plantea que el uso indebido de bebidas alcohólicas se ha convertido en uno de los problemas más importante de nuestro tiempo por las implicaciones que lleva aparejado desde el punto de vista médico , se ha demostrado su nocividad directa sobre la salud tanto de la mujer como del hombre , la familia y la comunidad.

En América latina entre el 4 y 24% de la población está afectada por esta toxicomanía. Los daños económicos ocasionados por el alcoholismo en países de América alcanza los 100 mil millones de dólares, dos veces más que los daños económicos que determinaron todas las drogas ilegales conocidas hasta hoy y esto es aproximadamente la cuarta parte del monto de toda la deuda externa de América Latina, pese a ello el perjuicio económico palidece si se compara con el sufrimiento de millones de niños, cónyuges, padres y hermanos, o los que les toque la amarga experiencia de convivencia de convivir con un alcoholic, Contreras (2015).

Según el Anuario Estadístico de Salud 2016, DNE-MINSAP (2017), en Cuba en el año 2015 la tasa de mortalidad por Trastornos mentales debidos al uso del alcohol fue de 4.7 x 100 000 hab y en el 2016 fue de 4.5 x 100 000 hab ocupando la décimo séptima causa de muerte en la población. En el sexo masculino en el 2015 la tasa de mortalidad por Trastornos mentales debidos al uso del alcohol fue de 8.8 x 100 000 hab y en el 2016 de 8.6 x 100 000 hubo ocupando la décimo cuarta causa de muerte en este sexo; en el sexo femenino en el 2015 la tasa de mortalidad por Trastornos mentales debidos al uso del alcohol fue 0.6 x 100 000 hab y en el 2016 de 0.4 x 100 000 hubo ocupando la décimo segunda causa de mortalidad en este sexo.

El consumo perjudicial de alcohol es un comportamiento anómalo de vinculación con esta droga que es avalado por el criterio tóxico para el diagnóstico de alcoholismo el

cual fundamenta que se considera como alcohólico a todo individuo que ingiere bebidas alcohólicas pese a que haya aparecido en el mismo cualquier tipo de daño biológicos, psicológicos, espiritual, familiar y social como consecuencia del consumo etílico, Ramírez Esteva (2015).

Lo anteriormente expuesto fue la motivación para la realización de esta investigación que pretende realizar una intervención comunitaria con participación socio familiar en la atención de pacientes alcohólicos y sus familias.

Drogas de abuso:

La palabra droga en español y en medicina se refiere a la materia prima utilizada para preparar el medicamento, planteó Almaguer Barroso (2014). En inglés, el concepto droga es equivalente al de fármaco, forma farmacéutica elaborada o medicamento. Este parece ser el origen de la nueva acepción de droga para aludir a fármacos de consumo abusivo e incluso ilegal, y cuyo significado, algunos reducen al de psicótropo, o sustancias que afectan preferentemente a la actividad psíquica. En este sentido, constituyen el grupo de las denominadas sustancias o drogas de abuso las sustancias que, administradas por cualquier vía con fin o no terapéutico que tienen capacidad para modificar la conducta del sujeto con tendencia al uso continuado o periódico de las mismas.

Según Almaguer Barroso (2014),las drogas de abuso se pueden agrupar en función de sus características farmacológicas y de los efectos que producen. Las clasificaciones de los trastornos mentales actuales, distinguen los siguientes grupos de drogas: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

• El alcohol, hace referencia al alcohol etílico o etanol, presente en distintas proporciones en las bebidas alcohólicas.

• El grupo de los alucinógenos incluye derivados del indol como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la psilocibina y la dimetiltriptamina (DMT), derivados de la fenetilamina como la mescalina y el 3,4 metilenodioximetanfetamina (MDMA o éxtasis).

• En el grupo de las anfetaminas se incluyen todas las sustancias con una estructura feniletilamina sustituida como la anfetamina, dextroanfetamina y metanfetamina (speed ed ice), y también, con una estructura diferente pero con una acción similar, el metilfedinato y otros agentes consumidos como anorexígenos.

• La cafeína no sólo está presente en el café sino también, aunque en menor cantidad, en el cacao y sus derivados, como el chocolate.

• Dentro de los trastornos por cannabis se incluyen los originados por esta planta a través de la marihuana y hachís, que contienen distintas proporciones de delta-9-tetrahidrocanabinol, principal responsable de los efectos psicoactivos del cannabis.

• La cocaína, producto natural de la planta de la coca, se consume en forma de hoja de coca, pasta de coca, hidrocloruro de cocaína en polvo que es habitualmente esnifado o disuelto en agua e inyectado, y el alcaloide de cocaína o crack.

• El grupo de la fenciclidina incluye la fenciclidina (PCP o polvo de ángel), la ketamina y el tienil-ciclohexil-piperidina (TCP).

• Los inhalantes son hidrocarburos alifáticos y aromáticos que están presentes en la gasolina, el pegamento, disolventes y pinturas en spray y cuya forma de consumo es por inhalación.

• La nicotina, sustancia presente en cualquier modalidad de tabaco.

• Los opiáceos incluyen opiáceos naturales como la morfina, semisintéticos como la heroína y sintéticos como la codeína, hidromorfona, metadona, oxicodona, meperidina y fentanilo, y no opiáceos pero con efectos similares como la pentazocina y la buprenorfina.

• Los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos incluyen lasbenzodiacepinas, los carbamatos, los barbitúricos y los hipnóticosafines a los barbitúricos como la glutetimida y la metacualona.

El consumo de drogas:

La dimensión del problema está ligada al número de sustancias utilizadas y al alto porcentaje de personas implicadas en el consumo. Los datos epidemiológicos recientes, señalan, para las drogas legales, que el tabaco es consumido a diario por alrededor del 35% de la población de más de 15 años y que un 7% fuman más de 20 cigarrillos/día. Un 70% consume alcohol, 15% de los mayores de 14 años admite un consumo diario y un 10% consumen más de 75 ml de alcohol puro al día. Los tranquilizantes son consumidos por el 12’5 % y un 8% consumen somníferos, estando su uso centrado en el grupo de las mujeres y en las personas de edad. Para las drogas ilegales, el cannabis y sus derivados, especialmente el hachís, lo consumen habitualmente un 4% de la población adulta española, ascendiendo hasta el 9’4% entre los 19 y 28 años. A partir de 1992, hay un progresivo aumento de drogas sintéticas como el éxtasis y similares, estando asociado a contextos lúdicos y de fin de semana y a consumos esporádicos, así sólo el 0’1% reconoce consumirlo todas las semanas: un 3’8% en menores de 18 años y un 6’2% entre 19 y 29 años, Borges Machín (2017).

Trastornos mentales relacionados con el alcohol y otras drogas:

El consumo de alcohol y otras drogas va a originar problemas y trastornos que se pueden agrupar en enfermedades y problema somáticos, mentales y sociales. Los problemas de salud mental relacionados con el alcohol y otras drogas, según plantea Gorguet Pi (2018), se agrupan de manera similar en las dos grandes clasificaciones actuales, en la CIE-10 promovida por la Organización Mundial de la Salud, bajo el nombre de “trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas”, y en la DMS-IV, promovida por la Asociación Psiquiátrica Americana, con el nombre de “trastornos relacionados con sustancias”.

Los trastornos mentales relacionados con sustancias según Gorguet Pi (2018),se pueden dividir en dos grandes grupos: por un lado, aquellos que son consecuencia de los efectos fisiológicos directos de las drogas o sus derivados sobre el sistema nervioso central, que serían los trastornos inducidos por drogas y de otro, los que tienen que ver con la relación de la persona con el consumo, que serían los trastornos por consumo de drogas.

Trastornos inducidos por alcohol y otras drogas:

La acción directa del alcohol y otras drogas sobre el sistema nervioso central va a producir un conjunto de trastornos mentales, de los cuales unos son muy específicos del consumo de drogas como la intoxicación o la abstinencia, y otros pueden ser originados también por otras causas y entre ellos se encuentran el delirium, la demencia, el trastorno amnésico, el trastorno psicótico, el trastorno de estado de ánimo, el trastorno de ansiedad, la disfunción sexual y el trastorno del sueño. La intoxicación es el trastorno más común y con excepción de la nicotina la producen todas las drogas; mientras que la presencia de abstinencia no está tan generalizada, estando ausente en el consumo de alucinógenos, cafeína, cannabis, fenciclidina e inhalants, Martínez Hurtado (2015).

Cada sustancia va a presentar peculiaridades tanto en las características de los cuadros clínicos como en la producción de los mismos. Así, el alcohol y los sedantes son capaces de originar todos los cuadros anteriormente citados; las anfetaminas, cocaína y opiáceos pueden producir intoxicación, abstinencia, delirium, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales y trastornos del sueño; mientras que la cafeína produce intoxicación, trastornos de ansiedad y trastornos del sueño; y la nicotina únicamente abstinencia, Martínez Hurtado (2015).

Abuso de alcohol y otras drogas:

Se caracteriza por un patrón des adaptativo de consumo de la sustancia que se manifiesta por la presencia de consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de las mismas. Así, puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes en el área familiar o tener un bajo rendimiento o repetidas ausencias del trabajo por estar la persona intoxicada o recuperándose de los efectos de la intoxicación. Se puede consumir la sustancia repetidamente en situaciones que son físicamente peligrosas como conducir un coche o accionar maquinaria o tener problemas legales recurrentes como arrestos por escándalo o violencia en el contexto de la intoxicación o por conducir bajo los efectos de las drogas, manteniéndose el consumo a pesar de una historia acumulada de problemas asociados. En el caso del abuso de drogas, se sigue manteniendo un control sobre el consumo con capacidad para dejar de consumir. Cuando esta capacidad se pierde, estamos en presencia de una dependencia. El alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son capaces de producir abuso, Holst C (2017).

Un concepto aproximado al de abuso, aunque con matizaciones y restricciones importantes, es el de consumo perjudicial, que hace hincapié en las consecuencias que tiene el consumo sobre la salud física o mental. No se debe utilizar este concepto para las situaciones en las que el consumo de drogas haya originado consecuencias sociales adversas. Tampoco se debe hacer este diagnóstico en presencia de un síndrome de dependencia u otros trastornos mentales específicos inducidos por las sustancias, Holst C (2017).

Dependencia de alcohol y otras drogas:

Lo que define la dependencia de drogas, según Opalach (2016), es la presencia de un patrón de uso de la droga compulsivo, que lleva a la persona a consumir cantidades mayores o durante un periodo de tiempo más prolongado de lo que esa persona pretendía, y que se puede acompañar de un sentimiento de “necesidad irresistible” de consumo o craving. Hay una pérdida de control sobre la cantidad de droga a consumir una vez iniciado el consumo, lo que se manifiesta por intoxicaciones no buscadas. Además, la persona dependiente sigue consumiendo y es incapaz de mantenerse abstinente a pesar de reconocer la implicación de la droga en distintos problemas somáticos, mentales o sociales, y suele expresar un deseo persistente de disminuir o abandonar el consumo, con una historia de intentos previos infructuosos de llevarlo a cabo. La reanudación del consumo, tras periodos más o menos largos de abstinencia, es la norma en las personas dependientes, y en poco tiempo se vuelve a consumos excesivos y a la reaparición de las complicaciones asociadas a los mismos. A este fenómeno se le denomina recaída y su presencia es el indicador más claro de la existencia de una dependencia.

En la persona dependiente, el consumo de la droga se convierte en una prioridad, necesitando mucho tiempo en la obtención, consumo y recuperación de los efectos de la droga, por cuyo motivo se van a reducir o abandonar importantes actividades sociales, laborales o recreativas, y a medida que la dependencia avanza toda la vida de la persona termina girando en torno a las actividades dirigidas a conseguir y consumir la droga, Opalach (2016).

El mantenimiento de un patrón de repetida auto administración lleva a menudo a la tolerancia y a la abstinencia. La tolerancia es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a la misma dosis. Con algunas sustancias no se produce claramente este hecho, como con el cannabis y la fenciclidina. La abstinencia es un cambio de comportamiento des adaptativo que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o en los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. No se ha observado abstinencia ni con los alucinógenos ni con la fenciclidina, Opalach (2016).

La tolerancia y la abstinencia son una consecuencia del consumo excesivo y prolongado de la droga. Su presencia, frecuente en las personas dependientes, no es una condición necesaria ni suficiente para diagnosticar una dependencia de drogas, Opalach (2016).

La dependencia es la complicación más grave relacionada con el consumo de drogas. Su presencia se suele acompañar de altos niveles de consumo, que se mantienen y prolongan en el tiempo, lo que hace que sea en las personas dependientes en las que con mayor frecuencia se encuentran todo tipo de complicaciones somáticas y sociales y, también, todos los trastornos mentales inducidos que han sido descritos con anterioridad, Cousins (2016) y Opalach (2016).

El alcohol, los alucinógenos, las anfetaminas y similares, el cannabis, la cocaína, la fenciclidina y similares, los inhalantes, la nicotina, los opiáceos y los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son capaces de producir dependencia. Una vez establecida, no

existen diferencias psicopatológicas en la dependencia que origina cada una de las sustancias, aunque sí las hay en la rapidez de instauración, gravedad y, sobre todo, en el tipo de complicaciones asociadas tanto físicas como mentales y sociales, que van a ser específicas de cada una de las sustancias y que van a condicionar la evolución y el pronóstico de las mismas, Cousins (2016).

El alcohol comienza a consumirse en la adolescencia y se llega a la dependencia alcohólica tras varios años de consumo excesivo y mantenido. La mitad de los dependientes del alcohol han comenzado su enfermedad antes de los 25 años y se suele manifestar por un cambio en los patrones de consumo, con un aumento de las intoxicaciones en aquellos que beben de forma intermitente o por un aumento de la cantidad, en aquellos que lo hacen de forma continua y estable. Una vez establecida la dependencia, la mayoría de los casos mantienen los mismos patrones de consumo durante muchos años, incluso durante toda la vida, con periodos de abstinencia y oscilaciones en los niveles de consumo, en función de las complicaciones y reanudación de la bebida tras la resolución de las mismas, y en un pequeño porcentaje hay una progresión y agravamiento de la enfermedad. Es una enfermedad con un bajo porcentaje de pacientes tratados y con una búsqueda de tratamiento tardía, después de más de diez años desde el inicio de los primeros síntomas; pero en aquellos casos que inician tratamiento más de la mitad tienen una buena evolución, un tercio se mantienen igual y un diez por ciento empeoran. Se suele dar asociada a dependencia de otras drogas, sobre todo a la nicotina, que suele tener una evolución paralela y que agrava las complicaciones del alcohol, pero también se ve asociada a la cocaína y en antiguos dependientes de opiáceos en programas de mantenimiento con metadona o que han controlado la dependencia a opiáceos. También se asocia a otras adicciones como el juego patológico, presente en una cuarta o quinta parte de los dependientes del alcohol, Cousins (2016).

Varios autores como Cohen (2017), Mosquera (2017), y Mercadante (2017) plantean que existen seis grandes vías por las cuales las personas pueden llegar a esclavizarse por el alcohol:

Vía sociocultural: Resultado de las costumbres, tradiciones, se relaciona por la presión ejercida por los grupos humanos.

Vía hedónica: Se refiere a la búsqueda del placer como la motivación más importante para el consume reiterado.

Vía asertiva: Uso del alcohol como muleta para enfrentarse a situaciones temidas o determinantes de inseguridad y ansiedad.

Vía evasiva: Para olvidar experiencias penosas o situaciones dolorosas.

Vía sintomática: Relacionada con una afección subyacente, por lo general psiquiátrica, como la depresión, la manía, la esquizofrenia, las fobias y otras.

Vía constitucional: Relacionada con una gran carga familiar de toxicómanos en los individuos que inician el consume desde edades muy tempranas de sus vidas y en los que no se relacionan otras vías en la génesis de la adicción.

CONCLUSIONES

El alcoholismo puede originar problemas y trastornos de distinta índole que, por afectar a un alto número de personas, constituye un verdadero problema de salud pública al originar dolor, sufrimiento, enfermedades, molestias o efectos sobre la calidad de vida, años de pérdida de vida, lesiones a otros, costes de los servicios médicos o sociales o aspectos más amplios del coste económico. La creación de una estrategia de intervención comunitaria con participación socio familiar contribuirá a mejorar la calidad de la atención al paciente alcohólico en el municipio Jesús Menéndez.

REFERENCIAS

Almaguer B. B, González L. A (2014). Problemas relacionados con el alcohol en personas con conducta deambulante de La Habana. Medisur; 12(2):451-455. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000200014&lng=es.

Borges M. AY, Zurbano C. L, Sánchez O.GN, Zurbano C. A, Fuentes Morales B, Aróstica Toledo B (2017). La promoción de salud para disminuir el alcoholismo desde la gestión sociocultural: una experiencia compartida. EDUMECENTRO; 9(3):123-141. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742017000300008&lng=es.

Cohen GH, Fink DS, Sampson L, Tamburrino M, Liberzon I, Calabrese JR, Galea S (2017). Coincident alcohol dependence and depression increases risk of suicidal ideation among Army National Guard soldiers. Ann Epidemiol; 27(3):157-163. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-28139369

Contreras O. Y, Domínguez G. L, Sánchez A. D (2015). Situación social del desarrollo de un grupo de jóvenes alcohólicos. Rev Cub Med Mil; 44(3):301-313. Recuperado de:: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000300005&lng=es.

Contreras O. Y, Domínguez G. L, Sánchez Arrastía D (2015). Proyectos futuros de un grupo de jóvenes alcohólicos. RevCubMed Mil; 44(2):207-217. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200009&lng=es.

Cousins G, Mongan D, Barry J, Smyth B, Rackard M, Long J (2016). Estimating Risk of Alcohol Dependence Using Empirically Validated Ordinal Risk Zones Versus Recommended Binary Risk Zones of the RAPS4: A Validation Study Using Stratum-Specific Likelihood Ratio Analysis. Alcohol. ClinExp Res; 40(8):1700-1706. Recuperado de:: https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-27339769

DNE-MINSAP (2017). Anuario estadístico de salud Cuba 2016. MINSAP, La Habana. Recuperado de:: http://infomed.sld.cu/sitios/ dne.anuario_2016.pdf

DuanyMejías T, Seijo Vázquez M (2014). Alcoholismo, tabaquismo y cáncer bucal. Medisur; 12(5):685-686. Recuperado de:: http://scielo.sld.cu/scielo.-php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000500002&lng=es.

Gorguet Pi IC (2018). Capítulo 8. Trastornos mentales y del comportamiento por el consumo de sustancias psicoactivas. En: Psicopatología clínica y nosografía psiquiátrica. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu-/libros/psicopatologia_clinica/psicopatologia_clinica_y_nosografia_psiquiatrica.pdf

Holst C, Tolstrup JS, Sørensen HJ, Becker U (2017). Alcohol dependence and risk of somatic diseases and mortality: a cohort study in 19 002 men and women attending alcohol treatment. Addiction J; 112(8):1358-1366. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-28225200

Martínez Hurtado M (2015). Capítulo 8. Alcoholismo. En: Urgencias psiquiátricas. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/libros/-urgencias_psiquiatricas/cap_8.pdf

Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Casuccio A (2017). The effects of alcoholism and smoking on advanced cancer patients admitted to an acute supportive/palliative care unit. Support Care Cancer; 25(7):2147-2153. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-28210861

MontanetAvendaño A, Bravo Cruz CM, Díaz Valdes MM, Pérez Calzada M (2015). Seguimiento ambulatorio de pacientes alcohólicos. *Revista de Ciencias Médicas;* 19(2):244-252. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000200009&lng=es

Mosquera N. J, Rodríguez M. E (2017). Intangible costs of alcohol dependence from the perspective of patients and their relatives: A contingent valuation study. Rev Adicciones; 0(0):851. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-27749972

Opalach C, Romaszko J, Jaracz M, Kuchta R, Borkowska A, Buciński A (2016). Coping Styles and Alcohol Dependence among Homeless People.Plos one Rev; 11(9):e0162381. Recuperado de:: https://www.clinicalkey.es/#!/content/-medline/2-s2.0-27598582

Paredes D. R, Orraca C. O, Marimón T. ER, Casanova M. MC, Véliz M. DM (2015). Influencia del tabaquismo y el alcoholismo en el estado de salud de la población pinareña. *Revista Ciencias Médicas;* 19(1):46-55. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100008&lng=es

Ramírez E. OE, Cáceres D. A, Benítez A. G, Núñez B. AI, Reyes M. R, Morales L. CE (2015). Repercusiones hepática, pancreática y alveolar y homeostasis alteradas del zinc, vitaminas en tabaquismo y alcoholismo asociados. *Revista Cubana Investigación Biomédica;* 34(2):187-203. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php-?script=sci_arttext&pid=S0864-03002015000200008&lng=es.

CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME MONONUCLEÓSICO EN LAS TUNAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE 2016 A 2019

CHARACTERIZATIONOF THE MONONUCLEOSIC SYNDROME IN LAS TUNAS IN THEPERIODFROM 2016 TO 2019

Yiliana Gómez Pérez

Yaneisi Salinas Medina

Teresa PetraVega teresapetra@gmail.com

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, para caracterizar clínico, epidemiológico y humoralmente a los niños con Síndrome Mononucleósico ingresados en el Hospital Pediátrico de Las Tunas en el período enero 2016 a octubre 2018. La muestra quedó conformada por los 26 pacientes que se confirmaron con el diagnóstico serológico de Mononucleosis Infecciosa de un universo de 104. La recolección de la información se realizó usando historias clínicas, los datos de laboratorio, información en las consultas de seguimiento. En resultados obtenidos se encuentran los casos confirmados, hay 17 para el virus del Epstein Barr y 9 para el Citomegalovirus, la edad fue de 7 a 12 años para un 60.3%, hubo una mayor incidencia en el sexo masculino para un 69.2%; las adenopatías constituyeronla manifestación clínica más frecuenteapareciendo un 94% del total y como complicación se encontró la Hepatitis B para un 73%. Se concluye entonces que el virus del Epstein Barr es el más frecuente en nuestra provincia, la manifestación clínica predominante, las adenopatías y la Hepatitis B es la complicación más registrada.

PALABRAS CLAVES: Síndrome mononucleósico,edad,etiología, complicaciones.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective, cross-sectional study was performed to characterize clinically, epidemiologically and humorously children with Mononucleosic Syndrome admitted to Las Tunas Pediatric Hospital from January 2016 to October 2018. The sample consisted of 26 patients who were confirmed with the serological diagnosis of Infectious Mononucleosis from a universe of 104. Information was collected using medical records, laboratory data, and information from follow-up consultations. In the results obtained there are confirmed cases, there are 17 for Epstein Barr virus and 9 for Cytomegalovirus, the age was 7 to 12 years for 60.3%, there was a higher incidence in men for 69.2%, adenopathies were the most frequent clinical manifestationappearing 94% of the total and as a complication was found Hepatitis B for 73%. It is concluded then that the Epstein Barr virus is the most frequent in our province, the predominant clinical manifestation, adenopathies and Hepatitis B is the most registered complication.

KEY WORDS: Mononucleosicsyndrome, age, ageetiology, complications.

INTRODUCCIÓN

Síndrome Mononuclesosico (SMN), se engloban bajo esta denominación a una serie de cuadros infecciosos caracterizados clínicamente por: fiebre, faringitis, aumento del tamaño de los ganglios y bazo, y cuya alteración hematológica más característica es la aparición de leucocitosis y linfocitosis con un porcentaje variable de linfocitos atípicos.OMS(2015)

El síndrome monocucleosico en un 90% de las ocasiones, tiene su causa en el virus de Epstein-Barr (VEB). El citomegalovirus (CMV) (7%) y más raramente el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el Toxoplasma gondii (1%), y bacterias (Brucellaspp.,

Chlamydia trachomatis, Mycobaterium tuberculosis, Lysteriaspp.), causas no infecciosas (medicamentos); así como procesos linfoproliferativos maligno. Pueden producir manifestaciones clínicas muchas veces indistinguibles de las producidas por el VEB.

El diagnóstico de "mononucleosis infecciosa" (MI) lo aplicaremos a la enfermedad causada por VEB.México(2013) Afecta fundamentalmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes. Los humanos son el único reservorio natural para el VEB (fundamentalmente en las glándulas salivares). El grado de contagiosidad es escaso. El virus se transmite de forma directa por las secreciones orales mediante los besos de la persona infectada o mediante el intercambio de saliva de niño a niño como sucede en las guarderías. El periodo de incubación de la MI suele ser de duración variable. El periodo prodrómico suele durar de 1 a 2 semanas (malestar, mialgias, fatiga, cefalea, sudoración, sensación febril, dolor abdominal, etc.), seguida de una fase de estado que, en su forma más típica, se caracteriza por la tríada de: fiebre, faringitis y linfoadenopatías; tríada a la que se añade con frecuencia hepatoesplenomegalia y edema palpebral. (Dra.Aidé(2013) La MI es una enfermedad benigna y autorresolutiva, con un pronóstico leve en el 95% de los casos. En un 20% de los enfermos, encontramos complicaciones, siendo graves sólo un 5%, que afectan a los sistemas respiratorio, neurológico,digestivas y hematológico. Universidad de Chile(2003)El diagnóstico de MI se realiza basándose en: sintomatología clínica, hallazgos hematológicos y pruebas microbiológicas. Los criterios clásicos de laboratorio son: linfocitosis (>50%), linfocitos atípicos (>10%) y prueba serológica positiva para VEB. Costa Rica (2015)

Tabla 1: Distribución de pacientes según edad.

Rango de edades	Número de pacientes	%
0-6 años	10	9,6
7-12 años	63	60,5
13-18 años	31	29,8
Total	**104**	**100**

La mononucleosis infecciosa (MI) es una enfermedad sistémica, en los niños pequeños la primoinfección, es más precoz y a menudo asintomática o presentar síntomas inespecíficos. En la tabla 1 que muestra la distribución de los pacientes según rango de edades podemos observar la mayor incidencia en el grupo de edades de 7-13 años con un numero de 63 paciente correspondiendo a un 60,5%, continuando con los pacientes adolescentes de 13-18 años con un total de 31 paciente para un 29,8% lo que corresponde con un estudio del 2014 por un colectivo de autores en MadridEspaña.

Tabla 2: Distribución de los pacientes según sexo.

Sexo	Número de pacientes	%
Femenino	**32**	**30,8**
Masculino	**72**	**69,2**
Total	**104**	**100**

La tabla 2 que aborda acerca de la distribución según sexo, podemos encontrar el mayor número de pacientes en el género masculino con un número de 72 pacientes sospechoso lo que corresponde aun 69.2% con menor frecuencia en el sexo femenino con 32 paciente con un 30,8% de pacientes registrados, que no se corresponde con ninguna bibliografía revisada, donde explica que la mononucleosis infecciosa se conoce como enfermedad del beso, no teniendo predilección por sexo ni raza Madrid 2014

Tabla 3: Distribución de los pacientes según manifestaciones clínicas.

Manifestaciones clínicas	Números de pacientes	%
Adenopatías	68	65
Faringoamigdalitis	61	58
Fiebre	58	55
Esplenomegalia	38	36.5
Cefalea	37	35.5
Anorexia	15	14.4
Hepatomegalia	11	10.5
Dolor Abdominal	8	7.6

En el estudio realizado en la tabla No.3 muestra la distribución de los pacientes según las manifestaciones clínicas con mayor incidencias de niños afectados con adenopatías como signo más frecuente con 68 paciente para un 94 %, seguido los pacientes con faringoamigdalitis registrados 61 paciente para un 84% siguiendo en frecuencia las manifestaciones como la fiebre con 58 pacientes acorde aun 79 porciento, como manifestaciones clínicas menos frecuentes se registran la esplenomegalia, cefalea,anorexia, dolor abdominal,hepatomegalia, correspondiéndose con las bibliografías revisadas (2013) colectivo de autores Madrid.

Podemos apreciar que, de un total de 104 pacientes, 26 casos son positivos y 78 casos sospechosos para un 25 y 75% respectivamente; los últimos sin poder confirmarse por encontrarse en espera del resultado de la prueba serológica que debe mandarse a la capital donde se encuentra el Centro Nacional de Estudio Microbiológicos.

Tabla 5: Distribución de los pacientes según complicaciones.

Complicaciones	Grupo de edades				
	0-6 años	7-13 años	14-18 años	Total	%
Hepatitis VEB	10	4	5	19	73
Hepatoesplenomegalia Prolongada	3	10	5	18	69
Gastroenteritis Aguda	1	0	1	2	7.6
Neumonía	0	2	1	3	11.5
HTP	1	0	0	1	3.8

La complicación más temida en la mononucleosis infecciosa es la ruptura esplénica Stephenson y Lubols señalaron que es una rara complicación de la mononuclesisis infecciosa aún sin un consenso de un manejo adecuado de la situación en la tabla que aborda la distribución de los pacientes según las complicaciones según grupo de edades la entidad más registrada es la hepatitis con un numero de 10 pacientes en las edades correspondiente de 0 a 6 años siguiendo en frecuencia 5 casos en las edades de 14 a 18 años, y 4 pacientes en el grupo de edad de 7 a 13 años con un total de 19 pacientes lo que corresponde a 73 porciento , otra complicación frecuente en este estudio realizado fue la hepatoesplenomegalia prolongada que figuraron 10 pacientes en las edades acorde de 7 a 13 años registrados solo 5 pacientes en la edad adolescencia de 14 a 18 años, el menor número de paciente se registró en la edad de 0 a 6 años registrado solo3 casos dando como resultado 18 casos lo que coincide con 69 porciento , se esclarece que algunos pacientes concomitaron con las dos complicaciones la hepatitis y la hepatoesplenomegalia, se evidenciaron otras complicaciones en menor frecuencia como hipertensión portal lo que se corresponde con la bibliografía registrada (2014) E. Shekelle] Jenson.

La mononucleosis infecciosa (MI) es una enfermedad lifoproliferativa benigna autolimitada que la origina el virus de Epstein-Barr (VEB) sin dejar de descartar otros virus como el citomegalovirus, en el estudio realizado se registran la distribución de los casos confirmados según la etiología viral donde en un total de 26 pacientes de ellos 17 son positivos al virus del Epstein Barr lo que se corresponde un 65,4% y 9 pacientes positivos al citomegalovirus, lo que se corresponde a un 34,6% de los casos diagnosticados correspondiéndose con la bibliografía revisada del (2015) Revista médica de Costa Rica y Centroamérica.

CONCLUSIONES

En el estudio realizado en la provincia Las Tunas del Síndrome Mononucleósicose concluyó que el grupo de edad más frecuente fue de 7 a 12 años y de ellos el sexo masculino.La manifestación clínica más registrada fue la adenopatía.Se confirmaron un número de 26 pacientes con estudios serológicos positivos y como etiologíamás frecuente por el virus del VEB.Prevaleció la Hepatitis B como la complicación más frecuente.

REFERENCIAS

Cocho G. P. (2014).Diagnóstico de la infección por virus de epstein barr. Grupo de patología infecciosa. Diagnóstico de la infección por Virus de Epstein-Barr. Junio

Horwitz CA, Henle W, Goldfarb M. Clinical and laboratory evaluation of infants and children with Epstein-Barr virus-induced infectious mononucleosis: Report of 32 patients (ages 10-48 m). Blood 1981; 57:933-938

Mononucleosis Diagnóstico yTratamiento Bestpractice in lymphoma diagnosis and reporting 2013

Oumade O, Kristin A, HogguistH,Balfour A. Progress and problems in understanding and managing primary Epstein-barr virus infections. Clin. Microbiol.Rev. Jan 2013:193-209

Sandoval A.M (2013): Diagnóstico y Tratamiento de la Mononucleosis Infecciosa. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: Instituto Mexicano del Seguro Social Coordinadora de Programas médicas.

Schooley RT. Epstein-Barr (2014). Virus (Infectious Mononucleosis). In: Mandell: Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. Churchill

Síndrome de mononucleosis infecciosa en pacientes adolescentes y adultos INFECTOLOGÍA PRÁCTICA 2351Sección de Infectología, Departamento de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile. Rev ChilInfect 2003; 20 (4): 235-242

Sullivan JL.(2014) Clinical manifestations and treatment of Epstein-Barr virus infection. Last updated: Mar 18,. Literature review current through.

Vidrih JA, Walesnsky RP, Sax PE, Freedberg KA. Positive Eps-tein-Barr (2012). Virus heterophile antibody test in patients with pri-mary human immunodeficiency virus infection. Am J Med; 111: 192-194.

CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN NIÑOS EN LAS TUNAS: 2012-2019

CHARACTERIZATION OF RENAL CHRONIC DISEASE IN CHILDERN IN LAS TUNAS: 2012-2019

Yisel del Carmen Ramírez Zaldivar yiseldelcarmen@nauta.cu

Yoandry Fernández Bode

Bella Ricardo Serrano

RESUMEN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un grave problema de salud que tiene una rápida progresión y letalidad. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de caracterizarla (ERC) en el Hospital Pediátrico Mártires de Las Tunas:2012-2019. La muestra la conformaron 51 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Se recolectó la información de las historias clínicas y para el análisis estadístico el número y porciento. Dentro de los resultados más relevantes observamos que incide más frecuentemente entre los 11 y 15 años y en el sexo masculino para un 55% y un 32% respectivamente.Las causas más frecuentes que progresaron a la ERC fueron las glomerulares. Las principales complicaciones fueron las infecciones para un 54% del total. La provincia presenta un 92% de supervivencia en los niños, lo que desciende considerablemente hasta un 63% una vez en terapia sustitutiva renal (TRS).

PALABRAS CLAVES: Enfermedad Renal Crónica, causas, complicaciones, mortalidad.

ABSTRACT

The Renal Chronic Disease (ERC) is a serious situation of health that has a fast progression and lethality. A descriptive, transverse- court study, for the sake of characterizing (ERC) was made at Las Tunas Pediatric Hospital in the period of 2012 - 2019. The sign 51 patients that obeyed the criteria of inclusion conformed it. The information of the case histories for the statistical analysis and recollected the number and percent itself. We noticed that within the most relevant results it affects more frequently between the 11 and 15 years and in the masculine sex for a 55 % and a 32 % respectively. The glomerular causes were the most frequent that progressed to ERC. The principal complications were the infections for 54 % of the total. The province presents 92 % of survival in the children, that walks down a 63 % considerably even once in substitutive renal therapy (TRS).

KEY WORDS: Renal Chronic Disease, causes, complications, mortality.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), es un grave problema de salud que impacta de forma significativa en las personas afectadas, su familia, la sociedad y los servicios de salud. Se define entonces como:

> "el daño renal [estructural o funcional] con consecuencias para la salud que permanece por tres meses o más enpacientes con una tasa de filtración glomerular menor de 60 ml/min/1.73m^{2}de superficie corporal o algún signo de lesión renal que se evidencia directamente por alteraciones histológicas en la biopsia renal y alteraciones estructurales

> en los estudios de imagen o indirectamente a través de alteración en la composición de la sangre o de la orina [albuminuria aumentada, anomalías del sedimento urinario, anomalías electrolíticas u otras anomalías debidas a trastornos tubulares], pudiendo recogerse además el antecedente de trasplante renal". KDIGO (2012)

Es por tanto la pérdida irreversible de función renal produciendo disminución progresiva del filtrado glomerular.

Los riñones tienen una gran reserva funcional y el daño debe exceder al 50% de pérdida de población nefronal para que se desarrolle la insuficiencia renal crónica. La pérdida de nefronas induce hipertrofia compensadora del resto, estos cambios, en principio beneficiosos, pueden llevar por si mismos a daño glomerular y contribuyen al deterioro progresivo del filtrado glomerular a través de la hiperfiltración.

En las guías publicadas por la K⁄DOQI de 2002, se establecen nuevos estadios que tienen en cuenta tanto el FG como la albuminuria y además quieren tener un valor pronóstico. Esta clasificación sería válida para adultos y para niños mayores de dos años. K/DOQI (2002). Según estudios realizados por el Servicio de Nefrología Pediátrica de Barcelona, España en el año 2006, las causas más frecuentes de ERC en niños menores de 5 años son las anomalías congénitas; mientras que en los mayores de 5 años son las enfermedades adquiridas (glomerulopatías)

El tratamiento de elección de la ERC es el trasplante; va a asegurar un mejor desarrollo psicomotor, físico y social. La supervivencia de los trasplantados depende entre otros factores de la edad del receptor, siendo mayor mientras más temprano se lleve a cabo. OMS (2011).

La incidencia de la ERC es de aproximadamente 1-3 niños por un millón de la población total. En Norteamérica el promedio es de 11 por cada millón con predominio en la raza negra 18,19, mientras que en América Latina se observa un amplio rango que oscila de 2.8-15.8 casos nuevos por millón de habitantes menores de quince años. WILLIAM and DANA FLANDERS (2014)

En Cuba se realiza la primera diálisis peritoneal pediátrica en 1962 por el Dr. Santiago Valdez Martín y el Dr. Manuel Carriles. REVISTA DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA EN CUBA (2010) En estudios realizados en la provincia Las Tunas, se evidencia que fue a partir del año 2012, correspondiendo con la apertura del servicio de Hemodiálisis del Hospital Provincial "Dr. Ernesto Guevara "para edad pediátrica", que se diagnosticaron y han recibido tratamiento sustitutivo 11 pacientes pediátricos; a tres delos cuales se les practicó trasplante renal y del total han fallecido cuatro, es por ello que se considera necesario realizar esta casuística con la finalidad de caracterizar la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en el Hospital Pediátrico Mártires de Las Tunas desde marzo 2012 hasta marzo 2019.

Factores de riesgo y medio diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica en la infancia.

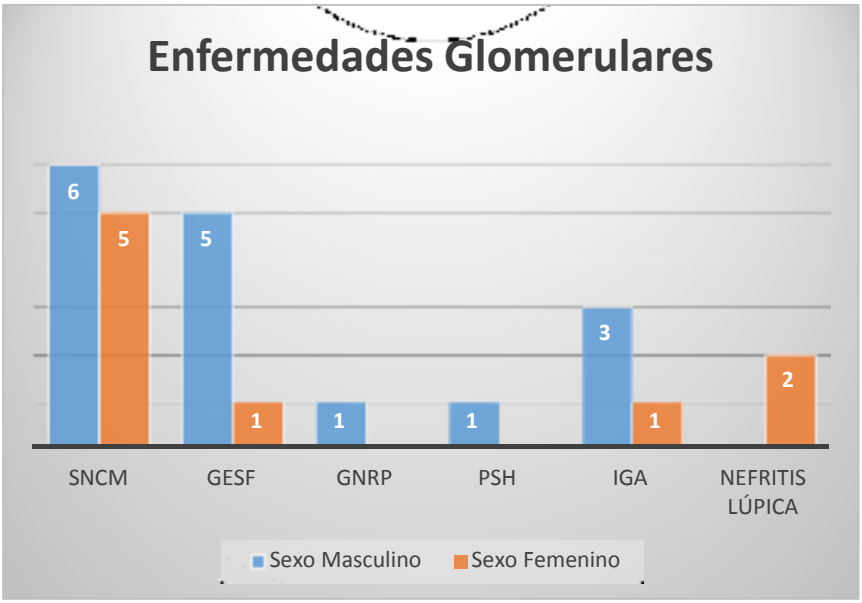
Al realizar la distribución según la edad se observa que incidieron los grupos de edades entre los 11 y los 15 años con 16 pacientes para un 32%, seguida de las edades de 0 a 5 y de 6 a 10 años con 13 pacientes cada uno, lo que representa un 25%.

El resultado obtenido según edad, se corresponde con un estudio realizado por Brito Machado en el año 2017 en el hospital pediátrico de Villa Clara, Cuba, donde se observó un mayor porcentaje entre los 5 y los 14 años con un 79.2%, por su parte, los de 15-19 años constituyeron el 69.2%, pudiendo relacionarse con que a veces el diagnóstico en muchos casos es demorado pues el paciente puede estar oligosintomático.

Se realizó la distribución de los pacientes según sexo, pudiendo observar que, aunque es muy discreta la diferencia entre uno y otro, sí hay una mayoría hacia el sexo masculino con 28 pacientes para un 55%; lo que coincide con un estudio del 2014 por Carlota Fernández Camblor y Marta MelgosaHijosa en el Hospital Infantil Universitario de La Paz, Madrid, donde el 63,3% correspondía a este sexo. Esto como tal pudiera deberse a que los varones son los que con mayor frecuencia presentan malformaciones congénitas que progresan a la ERC como la valva de uretra posterior.

En el gráfico número 1 se realizó la distribución según la causa que lo llevó a la ERC, pero en este caso solo se relacionaron el grupo de enfermedades glomerulares evidenciando un predominio del SNCM con 11 casos para un 21.5% del total y un 44% de este grupo en particular. En todo el mundo la etiología fundamental de la ERC son las malformaciones congénitas, pero en este estudio predominaron las glomerulares para un 49%.

Gráfico 1: Distribución de los pacientes con ERC según causa más frecuente que lo llevó a esta entidad desde 2012 – 2019.



Fuente: Historias clínicas

Leyenda: Síndrome Nefrótico por Cambios Mínimos; Glomeruloesclerosis Segmentaria y Focal; Glomerulonefritis Rápidamente Progresiva; Púrpura de ScholeinHenoch; Enfermedad por Depósito de Inmunoglobulina A.

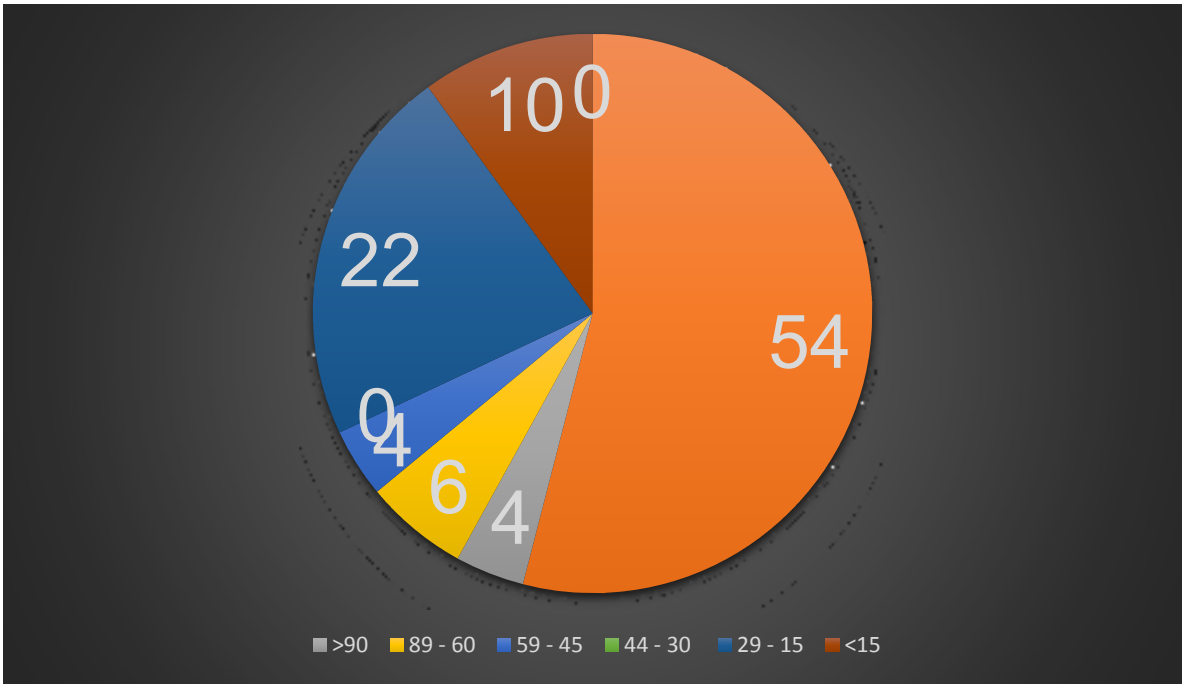
En la distribución de los pacientes según etiología, difiere de lo referido por la Dra. Elsa Brito Machado y col. en el Hospital de Santa Clara, Cuba en el año 2017 donde hay un

predominio de las enfermedades congénitas y malformativas. Pudieran relacionarse estos resultados con la exigencia en el diagnóstico prenatal que se lleva en los últimos años en nuestro país.

A nivel mundial podemos decir que la congénita y malformativa es la principal etiología que lleva a los niños a la ERC y de ellas, la hipoplasia/aplasia la fundamentalsegún estudios como el de José A de la Osa de 2014 en Granma, Cuba y el de Carlota Fernández Camblor y Marta MelgosaHijosa en el Hospital Infantil Universitario de La Paz, Madrid de este mismo año, pero difiere del de la Dra. Elsa Brito Machado y col. en el Hospital de Santa Clara, Cuba en el año 2017, donde la principal etiología de la ERC está representada por el RVU, siendo este considerado el más representativo a nivel nacional.

En el gráfico 2 se exponen los pacientes según el valor del filtrado glomerular con una alta incidencia en los de más de 90 con 28 pacientes.

Gráfico 2: Por ciento de la cantidad de pacientes según filtrado glomerular %



Fuente: Historias Clínicas.

Considerando la distribución según el valor del filtrado glomerular para estimar el estadio de ERC que presentaban los pacientes, el resultado es similar al de una publicación de un colectivo de autores en El Salvador en el año 2009-2011 con un predominio del grupo I.

La tabla número uno contiene las complicaciones encontradas en los pacientes sometidos a la TRS, correspondiendo la cantidad más significativa a los que se encontraban en hemodiálisis, y dentro de esta, son las infecciones las que priman con 27 casos para un 56% del total y en segundo lugar encontramos la desnutrición con 7 para un 14.5%.

Terapia Renal Sustitutiva. Complicaciones y supervivencia.

Tabla 1: Complicaciones durante la TRS.

Complicaciones durante la TRS	Hemodiálisis	Trasplante renal
Infecciones	27	1
Arritmias	2	0
HVI	2	0
Desnutrición	7	0
Obesidad	0	1
Baja talla	2	0
Hipertensión arterial	3	1
Hipotensión arterial	5	0
Hipoglucemia	3	1

Fuente: Historias clínicas**. Leyenda:** HVI:Hipertrofia de ventrículo izquierdo.

En este estudio se corrobora que la aparición de esta complicación se debe principalmente al uso indiscriminado de catéter centrovenoso, a las infecciones nosocomiales por la gran cantidad de tiempo que permanecen hospitalizados, a la inmunodepresión que casi siempre los acompaña, coincidiendo con los estudios de las revistas internacionales de nefrología como la KDIGO y la KDOQI2, no siendo así con el artículo de Cristhian Ariel Santacruz Quintana donde predominó la hipotensión en un 24.3% de los pacientes e incluso reportan otras como cefalea, calambres, náuseas en un menor porcentaje.

En nuestro estudio se obtuvo una muestra dentro de la que la mayoría de los pacientes comenzaron en TRS entre 1 y 2 años con 6 pacientes que representan el 54.5%.

Tabla 2: Tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la necesidad de TRS

Tiempo transcurrido (años)	Pacientes
< 1 año	3
1 – 2	6
2 – 3	1
3 – 5	1

Total	**11**

Fuente: Historias clínicas.

En cuanto a la relación entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la necesidad de terapia renal sustitutiva. Según todos los estudios registrados, dentro de las causas más frecuentes de enfermedad renal crónica en el niño se encuentran, en el menor de cinco años las enfermedades congénitas y en el mayor las glomerulopatías. El tiempo transcurrido desde su diagnóstico hasta que llegan a la TRS es muy variable, ya que estas enfermedades presentan un tiempo de progresión mayor de 10 años por lo que en muchas ocasiones se diagnostican en la adultez o necesitan de TRS a esta edad., debido a que se diagnosticaron en etapas tardías o estadios avanzados de la enfermedad y no se pudo trabajar sobre los factores de progresión. Resultados similares se evidencian en las publicaciones de la KDIGO y KDOQI antes mencionadas.

En la tabla 5presentamos el tiempo que transcurrieron estos infantes en TRS. Debemos tener presente que son pacientes que han debutado en la adolescencia, en los que el tiempo oscila entre 1y3años para una muestra de 6 que representa el 54.5%.

En la tabla tres reflejamos la supervivencia de los pacientes con ERC, y se demostró que el 8% de la población en estudio fallecen durante la enfermedad.

Tabla 3: Distribución de los pacientes con ERC según supervivencia desde 2012 – 2019.

Estado	Cantidad de pacientes	Porciento
Fallecido	4	8
Vivo	47	92
Total	**51**	**100**

Fuente: Historias clínicas.

Desde 1970 el país comenzó a desarrollar la nefrología para mejorar la calidad de vida y en el año 2012, se abre una sala de Hemodiálisis en la provincia Las Tunas para fomentar esta idea con un 92% de supervivencia representados por 47 pacientes, lo que responde en la mayoría de los casos al diagnóstico precoz, evitar los factores de progresión, correcto control de las enfermedades crónicas, adecuado seguimiento por el especialista en pediatría y remisión oportuna al nefrólogo. En Centro Habana los resultados son un poco más alentadores para un 95%, mientras que en una revisión de varias instituciones de Matanzas de un colectivo de autores fue de 77%.

La alta tasa de mortalidad durante la TRS ocurre porque es donde existe mayor número de complicaciones, fundamentalmente cardiovasculares y sépticas, datos que no difieren del estudio que nos compete y que coinciden con todos los estudios a nivel internacional.

CONCLUSIONES

Entre los 11 y 15 años es el grupo de edad más frecuente para el debut de la ERC y prima el sexo masculino.Las causas más frecuentes de progresión hacia la ERC resultan las enfermedades glomerulares, de ellas el síndrome nefrótico por cambios mínimos.Las complicaciones que aparecen fundamentalmente son las infecciones, aunque pueden verse otras como las cardiovasculares, malnutrición por exceso o por defecto y metabólicas.La mayoría de los infantes con ERC corresponden al grupo I con más de 90 de filtrado glomerular.Es muy baja la tasa de mortalidad por esta enfermedad, pero cabe destacar que una vez que el niño llega a la TRS pues este valor se eleva considerablemente.

REFERENCIAS

An Pediatr Contin.2006. Barcelona, España. Servicio de Nefrología Pediátrica. Hospital Valld'Hebron. 2006; 4:159-67 - Vol. 4 Núm.3 DOI: 10.1016/S1696-2818(06)73605-8

Brito M. 2017. Enfermedad renal crónica en Pediatría, su seguimiento en la Consulta de progresión. Revista del Hospital Cínico- Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Volumen 11, Número 4 (2017)>, ISSN 1995-9494 , RNPS 2155.

Espino H. M.2016. Nefrología orientada a Atención Primaria. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid, España: Lúa Ediciones 3.0; 2016.p. 133-43.

Fernández C. C, MelgosaHijosa M. 2014. Enfermedad renal crónica en la infancia. Diagnóstico y tratamiento. Protocdiagn terpediatr. 2014; 1:385-401.

Herrera A. P, Taype R. A, Lazo P. Q. M,Alberto E, Ortiz S. VM, Hernandez AV(2018). Prevalence of chronic kidney disease in Peruvian primary care setting. BMC Nephrol [Internet]. 2017 [cited (1):246. Recuperado de :https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-017-0655-x

Invest Medicoquir (2011). Epidemiology of the cronical kidney diseases and the factors risks with survival. (enero –junio); 3(1):64-75. ISSN: 1995-9427. RNPS: 2162

KDIGO (2012).Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. KidneyIntSuppl. 2013;3:1.

Lorenzo S., Victor. 2015 Nefrología al día. Enfermedad Renal Crónica.cap. 16.

Mcclellan, W. and Flanders D . (2014). EE.UU. Risk Factors for Progressive Chronic Kidney Disease. Department of Epidemiology, Rollins School of Public Health, Emory University, Atlanta, Georgia. J Am SocNephrol 14: S65–S70

Montecinos Roman, KhaterineGisella.(2019). Proceso de atención de enfermería en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que se realizan Diálisis Peritoneal.

Nefrologia (2014); Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. 34:243-62 doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12455

LA FORMACIÓN PRAXIOLÓGICA EN LUCHA ANTI VECTORIAL: UNA NECESIDAD EN LOS PROFESIONALES DE CIENCIAS MÉDICAS

THE PRAXIOLOGICAL FORMATION IN ANTI VECTORIAL FIGHT: A NECESSITY IN THE PROFESSIONALS OF MEDICAL SCIENCES

Yoenny Peña García yoennypg@ltu.sld.cu

Joanne Mola Vega joanne71@ltu.sld.cu

Yordalis Marrero Polo yoennypg@ltu.sld.cu

RESUMEN

Es necesario desarrollar habilidades de lucha contra el mosquito Aedes aegypti en los estudiantes de ciencias médicas que sustenten su desempeño como futuros profesionales de la salud en la prevención de enfermedades trasmitidas por vectores. Se desarrolló una investigación cualitativa desde septiembre del 2016 hasta junio de 2018 en la Filial de Ciencias Médicas de Puerto Padre. En el diagnóstico inicial se evidenció desconocimientos prácticos en lucha antivectorial, se diseñó una metodología para la formación de habilidades en los estudiantes de ciencias médicas, con un enfoque clínico-epidemiológico, que le permitan adquirir conocimientos teóricos y desarrollar habilidades, con énfasis en la erradicación del mosquito y así prevenir las enfermedades trasmitidas por este. Quedó diseñado un programa metodológico para la formación de habilidades en lucha contra el mosquito Aedes aegypti de los estudiantes de ciencias médicas que posibilite su desempeño como futuros profesionales de la salud.

PALABRAS CLAVES: Enfermedades trasmitidas por vectores, prevención y control, estudiantes, educación médica, habilidades.

ABSTRACT

It is necessary to develop abilities of fight against the mosquito Aedes aegyti in the students of medical sciences that sustain their acting as professional futures of the health in the prevention of illnesses transmitted by vectors. A qualitative investigation was developed from September of the 2016 until June of 2018 in the School of Medical Sciences of Puerto Padre. In the initial diagnosis it was evidenced practical ignorances in anti vectors fight, a methodology was designed for the formation of abilities in the students of medical sciences, with a clinical - epidemic focus that allow him to acquire theoretical knowledge and to develop abilities, with emphasis in the eradication of the mosquito and this way to prevent the illnesses transmitted by this. A methodological program was designed for the formation of abilities in fights against the mosquito Aedes aegyti in the students' of medical sciences that facilitates its acting as futures professional of the health.

KEY WORDS: Vectors transmitted diseases, prevention and control, students, medical education, abilities, methodology.

INTRODUCCIÓN

En la prevención de enfermedades de trasmisión vectorial, el eslabón más vulnerable de la tríada ecológica es el ambiente – erradicación y control del vector trasmisor-, siendo las medidas de control permanentes las más eficaces.

Madiedo (2011) planteó que durante más de 40 años los planes de estudio de pregrado han servido de base para la formación de diferentes generaciones de médicos en Cuba. Su efectividad puede estimarse si se considera el trabajo médico como uno de los factores básicos que ha contribuido a mejorar el estado de salud de la población cubana.

Otro elemento valorativo evidente según Sogi (2006) es el impacto indiscutible que tiene la presencia cubana en Centroamérica, África y Haití, donde no sólo se ha puesto a prueba la pericia y profesionalidad de estos médicos, sino también sus cualidades morales. Sin embargo, Galli (2006) planteó que, a través de la observación en las actividades de educación en el trabajo, se puede precisar en los estudiantes de Medicina insuficiencias en la utilización de instrumentos educativos para la prevención de las enfermedades y limitaciones en la comprensión educativa del proceder médico en la educación para la salud en la diversidad comunitaria.

La habilidad, desde el punto de vista didáctico, es una dimensión del contenido que muestra el comportamiento del hombre en una rama del saber; como parte del contenido de una disciplina curricular, caracteriza las acciones que el estudiante realiza con su objeto de estudio, refirió Romeu (2015).

Una de las formas utilizadas para analizar la formación y desarrollo de habilidades es la autovaloración por los egresados de un programa de formación, plantearon Conde (2012), Pupo (2013) y Fajardo (2013), ya que se espera que sean capaces de hacer reflexiones sobre sus competencias y con más facilidad sobre sus destrezas, aunque Romeu (2015), admite que es una perspectiva unilateral.

En numerosas investigaciones se destaca que la formación y desarrollo de habilidades clínicas es un tema actual, sometido a análisis en diversas universidades del mundo. No por casualidad, se declaran éxitos y dificultades en centros de formación muy diferentes. Se percibe que en los investigadores prevalece el interés de perfeccionar la formación y desarrollo de habilidades clínicas, por lo que pudiera producirse la aparición de nuevos paradigmas pedagógicos reajustados a la contemporaneidad, Salas (2017), Fajardo (2013), Zayas (2013) y Noriega.

En la literatura revisada para la realización de la presente investigación no se encontró referencia a las habilidades de lucha contra el mosquito Aedes aegypti a desarrollar por los estudiantes de las ciencias médicas, con un enfoque clínico-epidemiológico, que les permitan a estos en su práctica profesional el desarrollo de estas y su aplicación para la prevención de enfermedades y por consiguiente el mantenimiento del equilibrio en el proceso salud-enfermedad a nivel individual, familiar y social, por lo que los autores consideran necesario desarrollar prácticas de lucha contra el mosquito Aedes aegypti en los estudiantes de ciencias médicas que sustenten su desempeño como futuros profesionales de la salud en la prevención de enfermedades trasmitidas por vectores. Por ello se realizó esta investigación para diseñar un programa metodológico de la lucha contra el mosquito Aedes aegypti en la formación de Profesionales de Ciencias Médicas apoyado en un modelo de formación praxiológica (de habilidades).

Metodología para el diseño del programa

Se desarrolló una investigación cualitativa desde septiembre del 2016 hasta junio de 2018 en la Filial de Ciencias Médicas de Puerto Padre.

Se utilizaron métodos cualitativos de investigación. Se realizaron encuestas a estudiantes de ciencias médicas y aplicó una guía de observación a actividades de educación en el trabajo. El ámbito en el cual se generó la información para las comprobaciones empíricas fue la educación en el trabajo de los estudiantes de ciencias médicas.

El enfoque general de la investigación se sustenta en la concepción materialista dialéctica del mundo, en la valoración del condicionamiento histórico - social, económico y psicológico.

Se utilizaron los métodos generales del conocimiento teórico para alcanzar los objetivos trazados. Permitieron revelar las relaciones esenciales del objeto y la comprensión de los hechos para la fundamentación teórica del problema objeto de investigación.

Se utilizaron métodos empíricos (encuesta, guía de observación) para la constatación del estado del problema objeto de investigación, tanto en el diagnóstico inicial como después de aportar la solución al mismo.

El universo estuvo constituido por los 286 matriculados en el segundo, tercer, cuarto y quinto años de la carrera de medicina y de segundo y tercer año de la carrera de licenciatura en enfermería. La muestra (probabilística) se obtuvo de forma aleatoria simple y estuvo constituida por 73 estudiantes de medicina de segundo a cuarto años de las carreras antes mencionadas que participaron en el diagnóstico inicial y 36 estudiantes de quinto año durante la estancia en la asignatura Salud Pública que participaron en la validación del programa metodológico.

Se desarrolló la investigación en tres etapas:

Etapa 1. Se realizó un diagnóstico inicial.

Etapa 2. Se diseñó de un programa metodológico para la formación de habilidades de lucha contra el mosquito Aedes aegypti de los profesionales de las ciencias médicas.

Etapa 3. Evaluación del programa metodológico según criterios de expertos.

Diagnóstico de conocimientos en lucha antivectorial

En la primera etapa se realizó un diagnóstico inicial a 73 estudiantes de ciencias médicas (medicina y licenciatura en enfermería) y la observación de 21 actividades de educación en el trabajo (realización de actividades de educación para la salud, acciones de control de foco y pesquisa de febriles) en los escenarios de la Atención Primaria de Salud efectuadas con estudiantes de segundo, tercero y cuarto años de ambas carreras, lo que permitió identificar falta de habilidades de lucha antivectorial en la formación de los estudiantes de ciencias médicas.

Tabla 1. Nivel de conocimientos teórico-prácticos en estudiantes de ciencias médicas sobre lucha contra el mosquito Aedes aegypti. Filial de Ciencias Médicas Puerto Padre. septiembre 2016 – junio 2018. n=73

Criterios de evaluación (DIAGNÓSTICO INICIAL)	**Nivel de conocimiento**	
	Sí	**No**
Concepto de vector	17 (23.3%)	56 (76.7%)

Clasificación de los vectores	10 (13.7%)	63 (86.3%)
Enfermedades transmitidas por vectores	35 (47.9%)	38 (52.1%)
Principales medidas de control contra el mosquito Aedes aegypti	12 (16.4%)	61 (83.6%)
Técnicas de educación y promoción de salud	14 (19.2%)	59 (80.8%)
Realización del focal	7 (9.6%)	76 (91.4%)
Principales métodos de lucha contra el mosquito Aedes aegypti.	2 (2.7%)	71 (97.3%)

Fuente: Cuestionario y Guía de observación. No (%)

Se apreció en la tabla 1 las principales categorías del sistema de conocimientos en lucha contra el mosquito Aedes aegyti; donde se encontraron menor nivel de conocimientos fueron: los principales métodos de lucha contra el mosquito Aedes aegypti, con un 2.7%; realización del focal, con un 9.6%; clasificación de los vectores, 13.7% y principales medidas de control contra el mosquito Aedes aegypti, con 16.4% respectivamente. Cabe señalar que se evidenció en todas las categorías menos del 50 % de conocimiento.

Diseño del programa metodológico

En la segunda etapa se diseñó un programa metodológico para la formación de habilidades de lucha contra el mosquito Aedes aegypti de los profesionales de las ciencias médicas. En el diseño se propone realizar tres cursos (electivos u optativos) por los estudiantes de ciencias médicas a partir del segundo año de la carrera, en los cuales se brindan los conocimientos teóricos necesarios y el desarrollo de habilidades que le permitan realizar acciones de lucha contra el mosquito Aedes aegypti durante el proceso de formación (como estudiantes) y una vez graduados como profesionales de la salud (médicos generales, enfermeras y otros trabajadores de la salud en la atención primaria de salud). Se utilizan además las actividades desarrolladas en la estrategia curricular Salud Pública y Educación Ambiental.

La implementación del programa metodológico como salida práctica al modelo para la formación de habilidades en lucha contra el mosquito Aedes aegypti de los profesionales de la salud, resultó ser, en la Filial de Ciencias Médicas de Puerto Padre, algo novedoso al demostrar cómo desde la didáctica se pueden desarrollar habilidades básicas en el estudiante como identificar y clasificar vectores de importancia médica, aplicar medidas de control contra el mosquito Aedes aegypti y realizar actividades de promoción y educación para la salud en aras de erradicar, controlar o disminuir a niveles de infestación vectorial que no constituyan riesgo para la salud individual, familiar y social.

El programa metodológico diseñado contribuye a formar en los estudiantes de ciencias médicas un sistema praxiológico de lucha contra el mosquito Aedes aegypti que dan salida a los objetivos de formación de los profesionales de la salud – en la Escuela Cubana de Ciencias Médicas (formada por las Universidades de Ciencias Médicas y todas las instituciones que participan en la formación de los profesionales de la salud) – para lograr mantener niveles óptimos de salud en la población cubana, repercutiendo en

el mantenimiento del equilibrio del proceso salud-enfermedad a nivel individual, familiar y social, plantearon en sus investigaciones Conde (2012), Fajardo (2013), Pupo (2013) y Quintero (2017).

Validación del programa

En la tercera etapa fue validado el programa metodológico según criterios de expertos (profesores de la Asignatura Salud Pública, médicos especialistas en Higiene y Epidemiología, máster en enfermedades infecciosas, y entomólogos. Todos con más de 15 años de experiencia.

Tabla 2. Nivel de conocimiento teórico-prácticos en estudiantes de medicina sobre lucha contra el mosquito Aedes aegypti. n=36

Criterios de evaluación (VALIDACIÓN)	**Nivel de conocimiento**	
	Sí	**No**
Concepto de vector	36 (100%)	-
Clasificación de los vectores	35 (97.2%)	1 (2.8%)
Enfermedades trasmitidas por vectores	36 (100%)	-
Principales medidas de control contra el mosquito Aedes aegypti	34 (94.4%)	2 (5.6%)
Técnicas de educación y promoción de salud	34 (94.4%)	2 (5.6%)
Realización del focal	32 (88.9%)	4 (11.1%)
Principales métodos de lucha contra el mosquito Aedes aegypti	31 (86.1%)	5 (13.9%)

Fuente: Cuestionario y Guía de observación. No. (%)

Durante el segundo semestre del curso 2016-2018 se desarrolló la validación de la propuesta del programa metodológico durante la estancia de la Asignatura Salud Pública, en el desarrollo de los temas Ambiente y Salud y Enfermedades y otros daños a la salud, se desarrollaron los temas propuestos, dándole salida a los objetivos y habilidades propios de la asignatura y que respondieron también al programa metodológico para desarrollar la praxiología en lucha contra el mosquito Aedes aegypti en estudiantes de ciencias médicas. Cabe señalar que en todas las carreras de ciencias médicas se imparte la asignatura Salud Pública, según programa diseñado para cada carrera.

En la Tabla 2 se muestran los resultados del pilotaje realizado en estudiantes de quinto año, observándose que se logró un 97.2% de promoción, un 86,1% de calidad y efectividad, evaluándose estos indicadores de BIEN. En cuanto a las categorías de conocimiento para la lucha contra el mosquito Aedes aegypti se logró en todas más del 85 % de nivel de conocimientos y desarrollo de habilidades.

Fajardo y colaboradores (2013) evidenciaron que la interacción pedagógica comunitaria, expresa las relaciones educativas que se establecen entre médico-paciente-comunidad para consolidar los criterios y valoraciones de las acciones de carácter educativo

encaminadas a las transformaciones de hábitos y estilos de vida de sujetos, familias y comunidades; lo cual demostró validez para el médico general, al contrastar sus puntos de vista con los elementos que percibe en la diversidad de contextos. Las interacciones en la comunidad propician la formación y, por tanto, adquieren un carácter pedagógico, al promover el crecimiento individual del médico que se forma como docente, lo que permite a este profesional una toma de decisiones pertinente y oportuna para la realización de la práctica de la Medicina, Martínez (2016) y Salas (2017).

El proceso de interacción pedagógica comunitaria constituye un sistema de influencias recíprocas entre los sujetos, tanto individuales como sociales en la comunidad, que promueven el reajuste como docente de los modos de actuación del profesional que se forma como MG, al propiciar la generación de inquietudes pedagógicas, como expresión del reflejo de la realidad educativa comunitaria, en la que se produce el desarrollo individual y posibilita acoplar las actuaciones del grupo. El colectivo de investigadores se percató que el proceso de interacción comunitaria con herramientas pedagógicas favorecía la relación médico-paciente, Fajardo (2013), Zayas (2013) y Salas (2017).

En la generalización profesional en los servicios de salud, el estudiante fue capaz de demostrar sus habilidades adquiridas en todo el proceso y demostraron la generalización a situaciones presentadas en otros contextos, sin dejar de tener presente que los procesos son complejos, totalizadores, hermenéuticos y dialécticos, lo que constituyó un elemento esencial para demostrar la posibilidad del desarrollo de potencialidades desde la formación como verdaderos educadores en función de cuidar la persona, la familia y la comunidad, al cumplir con el objetivo de la profesión, donde al estar en constante intercambio comunicativo con el sujeto, se nutren de toda la riqueza que aportan esas relaciones humanas, tan necesarias en su labor, Noriega (2012), Zayas (2013) y Martínez (2016).

CONCLUSIONES

Quedó diseñado un programa metodológico de formación de habilidades en lucha contra el mosquito Aedes aegypti en los profesionales de la salud para prevenir las enfermedades de trasmisión vectorial y mantener el equilibrio del proceso salud-enfermedad a nivel individual, familiar y social; y demostró ser efectivo en el desarrollo de habilidades de lucha contra el mosquito Aedes aegypti en los profesionales de ciencias médicas.

REFERENCIAS

Conde Fernández, B. D., Novoa López, A., Guardiola Brizuela, R., Hernández Bernal, E. y Hernández Díaz, M. I. (2012). El proceso de desarrollo de las habilidades clínicas: instrumentación didáctica. *Gac Med Espirituana,14*(3). Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.14.(3)_01/p1.html

Fajardo Tornes, Y. L., Matos Hernandez, E. y Espinosa Ramírez, J. Á. (2013). Dinámica de la formación praxiológica docente en el Médico General. Rev *EDUMECENTRO, 5*(3), 37-54. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742013000300003&lng=es.

Galli, A. y de Gregorio, M. J. (2006). Competencias adquiridas en la carrera de Medicina: comparación entre egresados de dos universidades, una pública y otra privada. *Educ Med, 9*(1). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000100006&lng=es

Madiedo Albolatrachs, M., Escobar Carmona, E., Puga García, A. y Pérez Mateo, A. V. (2011). Fundamentos teóricos del tratamiento didáctico de los objetivos para la formación de habilidades intelectuales y prácticas en la carrera de Medicina. *Educ Méd Super, 25*(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000200011&lng=es

Martínez Abreu, J. (2016). Combatir el mosquito Aedes aegypti es una acción intersectorial. *Rev médica electrónica, 38*(5). Recuperado de http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2034

Noriega Bravo, V. M. (2012). La actividad de control en la lucha contra el Aedes aegypti en el nivel primario de atención. *Rev Cubana Med Gen Integr, 28*(1), 93-99. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000100011&lng=es.

Pupo Ávila, N. L., Pérez Perea, L., Alfonso García, A., Pérez Hoz, G. y González Varcálcel, B. (2013). Aspectos favorecedores y retos actuales para la misión de la Universidad de Ciencias Médicas Cubana. *Educ Med Super, 27*(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000100014&lng=es

Quintero Fleites, E. J., de la Mella Quintero, S. F. y Gómez López, L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicent Electrón, 21*(2). Recuperado de www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/download/2315/1942

Roméu Escobar, M. R. y Miyar Piega, E.P. (2015). Adquisición de habilidades clínicas en egresados de la primera cohorte de Medicina Integral Comunitaria. *Rev EDUMECENTRO; 7*(1). Recuperado de: http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/issue/view/31

Salas Perea, R. S. y Salas Mainegra, A. (2017). *Modelo formativo del médico cubano. Bases teóricas y metodológicas*. La Habana: ECIMED.

Sogi, C., Zavala, S., Oliveros, M. y Salcedo. C. (2006). Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *An Fac Med, 67*(1). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000100006&lng=es&nrm=iso

Zayas Vinent, M., Torres Sarmiento, A. y Cabrera Junco, P. M. (2013). Propuesta metodológica para la implementación de la Brigada de control de focos de Aedes aegypti. MEDISAN; 17(12):9169-9176. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200019&lng=e

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON GENODERMATOSIS EN LAS TUNAS. 30 AÑOS DE ESTUDIO

CHARACTERIZATION OF THE PATIENTS WITH GENODERMATOSIS IN THE TUNAS. 30 YEARS OF STUDY

Yordania Velázquez Avila yodaniava@ltu.sld.cu

Maritza Morales Solís

Julio Enrique Torres Reyes

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en pacientes con diagnóstico de genodermatosis, atendidos en el Centro provincial de Genética de Las Tunas, siendo estudiado un periodo de 30 años comprendidos desde el año 1989 que se comenzó a implementar el programa nacional de diagnóstico, atención y prevención de enfermedades genéticas y defectos congénitos en Cuba, hasta el año 2018; con el objetivo de caracterizar a los pacientes que hayan acudido a consulta especializada de genodermatosis, en Las Tunas. Primeramente se identificaron las enfermedades más frecuentes. Se llevaron a cabo estudios estadísticos de medición epidemiológica dados por el cálculo de porciento e índice. Los resultados permitieron determinar que predominó la neurofibromatosis, seguido del síndrome de Ehlers-Danlos e ictiosis; la edad más frecuente al diagnóstico fue en los adolescentes mayores de 13 años. Se han podido identificar varias familias con dos o más individuos afectados de alguna genodermatosis, en las cuales predominó el patrón de herencia autosómico dominante. La mortalidad fue baja a expensas de aquellas con afectación de otros sistemas.

PALABRAS CLAVES: Genodermatosis, neurofibromatosis, síndrome de Ehlers-Danlos, ictiosis, mastocitosis.

ABSTRACT

Was carried out a descriptive, traverse and retrospective study in patients with diagnosis of genodermatoses, assisted in the provincial Center of Genetics of The Tunas, a 30 year-old period understood from the year 1989 that you began to implement the national program of diagnostic being studied, attention and prevention of genetic illnesses and congenital defects in Cuba, until the year 2018; with the objective to characterize the patients have gone to specialized consultation of genodermatosis, in The Tunas. Firstly the most frequent illnesses were identified. They were carried out statistical studies of epidemic mensuration given by the percent calculation and index. The results allowed to determine that the neurofibromatosis prevailed, followed by the Ehlers-Danlos syndrome and ichtyoses; the most frequent age to the diagnosis was in the adolescents bigger than 13 years. Have been able to identify several families with two or more affected individuals of some genodermatoses, in which the pattern of inheritance dominant autosomic prevailed. The mortality went low to expense of those with affectation of other systems.

KEY WORDS: Genodermatoses, neurofibromatosis, Ehlers-Danlos syndrome, ichtyoses, mastocitosis.

INTRODUCCIÓN

Las genodermatosis constituyen un grupo de afecciones clínicas muy heterogéneas, cuyas principales manifestaciones radican en la piel y sus anejos; tienen como elemento común su condicionamiento genético (Jiménez, 2017).

Las genodermatosis integran el gran grupo de las enfermedades raras y aunque poco frecuentes y de difícil diagnóstico, los pacientes que las padecen presentan una alta morbimortalidad.

Las enfermedades genéticas son causa de alrededor del 25 % de los ingresos en hospitales pediátricos. Las enfermedades genéticas que afectan la piel y sus anexos representan del 15-20 % de los casos dada la frecuencia de expresión de las mismas. (Velázquez, 2014) El grado de afectación en individuos de una misma familia dependerá de la expresividad y la penetrancia. También hay que considerar la relación genotipo-fenotipo, con las influencias que el medio puede ejercer sobre el gen y la forma de este expresarse, es por eso que en miembros de una misma familia la clínica no se comporta igual y el pronóstico no es el mismo, lo cual hace que su manejo sea más difícil (Morice, 2017; Velázquez, 2014).

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) es difícil reunir datos precisos sobre la prevalencia, sobre todo en los países en desarrollo, debido a la gran diversidad de enfermedades y a que muchos casos no llegan a diagnosticarse (2005). Esto permite deducir que, aunque no se cuenta con bases de datos suficientes para tener una idea precisa de la incidencia de estos padecimientos, se puede inferir de una manera aproximada la presencia de estas enfermedades dentro de la población, fundamentalmente la pediátrica. La OMS reconoce a Cuba como un país que integró los servicios de genética médica a los tres niveles de atención del sistema nacional de salud. A partir del año 1987 el Sistema Nacional de Salud diseñó e implementó un programa nacional de diagnóstico, atención y prevención de enfermedades genéticas y defectos congénitos (Marcheco, 2010).

En Las Tunas programa nacional de diagnóstico, atención y prevención de enfermedades genéticas y defectos congénitos comenzó a desarrollarse desde 1989, pero fundamentalmente se fortaleció a partir del año 2002, con la formación de los másteres en genética clínica que trabajan en todas las áreas de Salud. Los registros de este programa evidencian que el 85 % de los casos se diagnostican en edades pediátricas, el 22.22 % corresponden a enfermedades genéticas dermatológicas (Carcasés, 2015).

Con el objetivo de caracterizar los pacientes con genodermatosis se realizó un estudio descriptivo transversal, retrospectivo en consulta especializada multidisciplinaria de genodermatosis, en el Centro de Genética provincial de Las Tunas, durante el periodo 1989-2018. El universo estuvo formado por 920 pacientes con diagnóstico de enfermedades genéticas atendidos en Centro de genética provincial en Las Tunas y la muestra solo 227 que se diagnosticaron de alguna genodermatosis. Para evaluar los pacientes primeramente se estableció la consulta especializada llevada a cabo multidisciplinariamente por dermatología, genética, pediatría y otras especialidades.

Las variables estudiadas fueron: diagnóstico, edad al diagnóstico, familias identificadas, asociación con otras enfermedades genéticas y mortalidad. Toda la información se sometió a análisis estadístico y se utilizaron métodos de medición epidemiológica dados por el cálculo de porciento e índice. Los resultados se exponen en tablas de contingencia de N x N.

Frecuencia de aparición y edad al diagnóstico de la enfermedad

Se puede apreciar que predominan las neurofibromatosis con el 30.17 %, seguido el síndrome de Ehlers Danlos con el 17.24%, la ictiosis con el 12.07 % de los casos, y de las masticitosis con el 5.17 %.

En la literatura revisada nacional e internacional las genodermatosis son presentadas como enfermedades raras o se presentan estudio de algunos grupos familiares, encontrándose escasos estudios de caracterización. El único estudio precedente de otros autores, que caracteriza al grupo heterogéneo de las genodermatosis fue realizado en La Habana en el período de 1980 a 1986, por Dorticós y colaboradores (1989), coincidiendo con la prevalencia de las genodermatosis y dentro de ellas la ictiosis vulgar, aunque en el estudio de Dorticós, la ictiosis ocupaba el primer lugar en frecuencia seguido de la neurofibomatorsis, fenómeno que se observó opuesto en el presente estudio.

Tanto la neurofibromatosis como la ictiosis vulgar son genodermatosis con patrones de herencia autosómico dominante (Dorticós, 1989; Orraca, 2014) en cuyos rasgos o malformaciones se presentan en todas las generaciones, aunque el individuo sea heterocigótico. (Velázquez, 2014) Esto explica su mayor prevalencia en las familias afectadas.

Tabla No. 1: Sobre la frecuencia de aparición y edad al diagnóstico

Genodermatosis	≤ 1 año		2-6 años		7-12 años		≥ 13 años		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Albinismo oculocutáneo	6	2.59	3	1.29	0	0	1	0.43	10	4.31
Aplasia cutánea	1	0.43	0	0	0	0	0	0	1	0.43
Cutis laxo	0	0	0	0	0	0	1	0.43	1	0.43
Cutis verticis gyrata	2	0.86	0	0	0	0	0	0	2	0.86
Defecto ectodérmico congénito	2	0.86	3	1.29	2	0.86	2	0.86	9	3.88
Enfermedad de Darier	1	0.43	0	0	1	0.43	0	0	2	0.86
Enfermedad de Hayle Hayle	0	0	0	0	0	0	3	1.29	3	1.29

Epidermilisis Bullosa	3	1.29	2	0.86	2	0.86	0	0	7	3.02
Esclerosis tuberosa	2	0.86	1	0.43	1	0.43	1	0.43	5	2.16
Hipomelanosis de Ito	0	0	1	0.43	1	0.43	0	0	2	0.86
Histiocitosis X	0	0	0	0	1	0.43	0	0	1	0.43
Ictiosis	3	1.29	6	2.59	12	5.17	7	3.02	28	12.07
Incontinencia Pigmenti	4	1.72	4	1.72	0	0	2	0.86	10	4.31
Mastocitosis	5	2.16	2	0.86	4	1.72	1	0.43	12	5.17
Neurofibromatosis	13	5.6	13	5.6	16	6.9	28	12.07	70	30.17
Piebaldismo	1	0.43	0	0	0	0	1	0.43	2	0.86
Pitiruasis rubra pylaris	0	0	0	0	2	0.86	0	0	2	0.86
Poroqueratosis de Mibelli	0	0	1	0.43	0	0	0	0	1	0.43
Queratodermia Palmoplantar	0	0	2	0.86	4	1.72	1	0.43	7	3.02
Síndrome de Albright	0	0	0	0	1	0.43	0	0	1	0.43
Síndrome de Ehlers-Danlos	8	3.45	7	3.02	9	3.88	16	6.9	40	17.24
Síndrome de LEOPARD	1	0.43	0	0	1	0.43	2	0.86	4	1.72
Síndrome de Netherton	1	0.43	0	0	0	0	0	0	1	0.43
Síndrome de Noonan	0	0	0	0	0	0	1	0.43	1	0.43
Síndrome de Rothmund–Thomson	1	0.43	0	0	0	0	0	0	1	0.43
Síndrome de sturge Weber	6	2.59	0	0	0	0	0	0	6	2.59
Xeroderma pigmentoso	0	0	1	0.43	1	0.43	1	0.43	3	1.29
Total	60	25.86	46	19.83	58	25	68	29.31	232	100

Fuente: Historia clínica de los pacientes

Al estudiar la edad al diagnóstico se observó de forma general, que las edades en las que más se diagnostican estas alteraciones genéticas es en los mayores de 13 años con el 29.31 % de los casos. En el presente estudio la mayoría de los pacientes presentaron neurofibromatosis y síndrome de Ehlers-Danlos, en las cuales los síntomas y signos que permiten realizar el diagnóstico aparecen en la adolescencia. Llama la atención que la totalidad de los pacientes con Enfermedad de Hayle Hayle se diagnosticó después de la pubertad, esto se explica porque es a esta edad que comienzan a manifestar los sígnos y síntomas (James, 2019).

Las genodermatosis en su gran mayoría comienzan a expresarse desde el nacimiento y en Cuba existe un Programa de prevención y control de las enfermedades genéticas y defectos congénitos que permite que pacientes afectados sean atendidos desde el inicio de los síntomas y signos (Jiménez, 2017). Sin embargo, puede haber individuos de una misma familia con diferentes formas de expresión (intensidad de los síntomas) en una misma enfermedad y por tanto los signos y síntomas pueden aparecer en edades más tardías, lo mismo ocurre en individuos que son diagnosticados en la adultez (Puig, 2014; Ferringer, 2014).

Familias identificadas y los patrones de herencia en la enfermedad

De los pacientes registrados en la investigación, hubo 44 a los cuales se le puedo determinar el árbol genealógico y de ellos 37 familias (16.28 %) correspondió a genodermatosis con patrón autosómico dominante: neurofibromatosis tipo 1, epidermolisis bullosa simple, ictiosis vulgar, Ehlers Danlos tipo II, queratodermia palmoplantar, la poroqueratosis de mibelli y enfermedad de Darier. No se identificaron pacientes con genodermatosis con patrones de herencia ligados al cromosoma Y.

Aunque la mayoría de los pacientes y sus familiares desconocían la presencia de la enfermedad en otros miembros de la familia, no se puede afirmar que todos los casos se deban a mutaciones de novo, puesto que la mayoría de las genodermatosis son de difícil diagnóstico y es posible que los padres de los pacientes afectados no tengan conocimiento de otros miembros de la familia que tengan la enfermedad y no hayan sido diagnosticados aún. Es importante considerar que en una misma enfermedad la expresividad y la penetrancia varían de un individuo a otro (Gawkrodger, 2017).

Tabla No. 2: Sobre las familias identificadas y los patrones de herencia

Genodermatosis	**Patrones de herencia**											
	AD		**AR**		**XD**		**XR**		**Y**		**Total**	
	No.	**%**	**No.**	**%**	**No.**	**%**	**No.**	**%**	**No.**	**%**	**No.**	**%**
Neurofibromatosis	21	47.73	0	0	0	0	0	0	0	0	21	47.73
Incontinencia Pigmenti	0	0	2	4.55	0	0	0	0	0	0	2	4.55
Defecto ectodérmico congénito	0	0	2	4.55	0	0	0	0	0	0	2	4.55
Epidermilisis Unión	0	0	1	2.27	0	0	0	0	0	0	4	9.10

Bullosa	Simple	3	6.82	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6.82
Ictiosis	vulgar	7	15.91	0	0	0	0	0	0	0	0	7	15.91
	Laminar	0	0	1	2.27	0	0	0	0	0	0	1	2.27
Ehlers-Danlos	Tipo II	1	2.27	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.27
	Tipo IX	0	0	0	0	1	2.27	0	0	0	0	1	2.27
Queratodermia Palmoplantar		2	4.55	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4.55
Poroqueratosis de Mibelli		1	2.27	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.27
Enfermedad de Darier		2	4.55	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4.55
Total de familias		37	16.28	6	13.64	1	2.27	0	0	0	0	44	100

Fuente: Historia clínica de los pacientes

Precisamente el poder identificar a las familias y sus miembros afectados permite que la familia tenga un mejor conocimiento de la enfermedad y estén mejor preparados para afrontar nuevos estilos de vida que le permitan al paciente insertarse socialmente y favorece también una reproducción consciente.

Relación entre genodermatosis y otras enfermedades genéticas

Es importante resaltar que en el 4.30 % de los casos se encontró la presencia de más de una enfermedad genética. Son pocos los casos encontrados en la literatura donde exista asociación entre alguna genodermatosis y otras enfermedades genéticas. Dentro de las citadas se encontró en Las Tunas una familia con la presencia de neurofibromatosis tipo 1 y un miembro de la familia con Síndrome de Klippel-Trenaunay; (De la Paz, 2016) el paciente reportado en el presente estudio de Puerto padre constituye de los pocos reportados en la literatura. En Pinar del Río también se reportó un caso de nurofibromatosis asociado a una enfermedad genética neurodegenerativa llamada distrofia muscular de Duchenne (Orraca, 2011). Todo lo cual demuestra que, aunque infrecuente, existe la posibilidad de asociación entre varias enfermedades genéticas.

Tabla No. 3: Sobre la asociación entre genodermatosis y otras enfermedades genéticas.

Enfermedades genéticas	**Total**	
	No.	**%**
Neurofibromatosis asociada a Paralisis cerebral infantil, comunicación iterauricular e intraventricular	1	0.43
Neurofibromatosis asociada a Retinosis pigmentaria	1	0.43

Neurofibromatosis asociada a Síndrome de Wiskott–Aldrich	1	0.43
Neurofibromatosis asociada a Síndrome de Klippel-Trenaunay	1	0.43
Neurofibromatosis asociada a estrabismo	1	0.43
Queratodermia palmoplantar a Poroqueratosis de Mibelli	1	0.43
Neurofibromatosis asociada a hemangioma	1	0.43
Ehlers-Danlos Tipo V asociada a Ictiosis vulgar	1	0.43
Piebaldismo asociada a hipoplasia renal	1	0.43
Histiocitosis X asociada a diabetes insípida	1	0.43
Total	10	4.30

Fuente: Historia clínica de los pacientes

En algunos casos se hace bien difícil el diagnóstico pues se trata no de varias enfermedades genéticas, sino de la presencia de síndromes como ocurre con los síndromes ictiosiformes. En el presente estudio se describe un caso con ictiosis asociado a Ehlers-Danlos. En este caso, lo que ayudó a realizar el diagnóstico es el árbol genealógico y el patrón de herencia.

Mortalidad

Solo el 2.16 % de los casos falleció y estuvieron representados fundamentalmente por las genodermatosis con afectación de la piel y otros sistemas. Las muertes se produjeron por enfermedades letales como fueron: Neurofibromatosis, (con alteración genética en el cromosoma 17, no suele ser letal. (Bielsa, 2014) pero en el caso presentado estuvo asociada a malformaciones genéticas que fueron incompatible con la vida para el paciente; la epidermolisis bulosa de unión que falleció por cuadro de sepsis a la edad de 11 meses; el síndrome de Ehlers-Danlos Tipo IX es una variante con metabolismo anormal del cobre, que se asemeja al síndrome de pelo acerado de Menke (algunas variantes) y al de cutis laxa (algunas variantes) con trastornos de la coagulación (James, 2019) y cardiopatía severa que lo llevó a la muerte a la edad de 8 meses; el Síndrome de Rothmund–Thomson que le produjo la muerte al paciente a la edad de 5 meses y un síndrome de Netherton que falleció, con trastornos metabólicos asociados, a la edad de 2 años.

Tabla No. 4: Sobre la mortalidad

Genodermatosis	**Fallecidos**	
	No.	**%**
Neurofibromatosis asociada a Paralisis cerebral infantil, comunicación iterauricular e intraventricular	1	0.43
Epidermilisis Bullosa de Unión	1	0.43

Ehlers-Danlos Tipo IX	1	0.43
Síndrome Rothmund- Thomson	1	0.43
Síndrome de Netherton	1	0.43
Total	5	2.16

Fuente: Historia clínica de los pacientes.

Este resultado se corresponde con la literatura en las cuales se consideran las genodermatosis enfermedades genéticas de la piel de alta morbilidad y en algunas ocasiones que presentan afectación sistémica puede ser fatal, en estos últimos casos las muertes suelen producirse en el primer año de vida (Penago, 2016).

CONCLUSIONES

Existió predominio de las neurofibromatosis, seguido de la enfermedad de Ehlers-Danlos, ictiosis y mastocitosis; la edad más frecuente al diagnóstico fue en los adolescentes mayores de 13 años, con bajo porcentaje de casos diagnosticados en edad adulta que se corresponden fundamentalmente don enfermedad de Hayle-Hayle. Se han podido identificar varias familias con dos o más individuos afectados de alguna genodermatosis, en las cuales predominó el patrón de herencia autosómico dominante. La mortalidad fue baja a expensas de aquellas con afectación de otros sistemas.

REFERENCIAS

Bielsa Marsol, I., Ferrándiz Foraster, C., Ferrándiz-Pulido, C., Ferrándiz-Pulido, L., Fonseca Capdevila, E., Moreno-Ramírez, D., Puig Sanz, Ll. y Ribera Pibernat, M. (2014). *Dermatología clínica*. España: Elseiver.

Carcasés Carcasés, E., Orive Rodríguez, N. M., Romero Portelles, L. del C. y Silva González, G. K. (2015). Enfermedades genéticas más frecuentes en pacientes atendidos en consulta de genética clínica. *Revista Zolilo Marinello, 40*(3) Recuperado de http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/84

De la Paz Peña, S., Rojas Barly, L. y Remond Vázquez, R. H. (2016). Neurofibromatosis tipo I y Síndrome de Klippel-Trenaunay. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 41*(10). Recuperado de http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/854.

Dorticós Balea, A., Zaldívar Vaillant, T. y Falcón Lincheta, L. (1989). Frecuencia de los distintos tipos de genodermatosis en la Ciudad de la Habana en los años 1980 a 1986. *Rev. cuba. pediatr, 61*(1):75-80.

Ferringer, T. (2014). *Genodermatoses. Dermatopathology*. Elseiver 2nd Ed, 208-2012. Recuperado de https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780702055270000121

Gawkrodger David, J. y otros (2017). *Dermatology: An Illustrated Colour Text*. Elseiver. Recuperado de https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780702068492000060

James William, B. T. y Dirk, E. (2019). *Genodermatoses and Congenital Anomalies. Clinical dermatology.* Andrews' Diseases of the Skin. 13th Edition. Recuperado de https://www.eu.elsevierhealth.com/andrews-diseases-of-the-skin

Jiménez González, R. (2017). *Genodermatosis*. Recuperado de http://www.leccionesdepediatria.com/hechos_detalle.php?id=448

Marcheco Teruel, B. (2010). *El Programa Nacional de Diagnóstico, Manejo y Prevención de Enfermedades Genéticas y Defectos Congénitos de Cuba: 1981-2009*. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v3n2_3/rcgc1623010%20esp.htm

Morice Picard, F. (2017). *Genética en dermatología*. Elseiver, 51. Recuperado de https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1761289617842953.pdf?locale=es_ES

OMS (2005). *Control de las enfermedades genéticas, Iinforme del Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB116/B116_3-sp.pdf

Orraca Castillo, M. (2014). *Caracterización epidemiológica, clínica y genética de la Neurofibromatosis 1 en la provincia Pinar del Río.* Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Recuperado de http://tesis.repo.sld.cu/744/

Orraca Castillo, M., Licourt Otero, D. y Sánchez Álvarez de La Campa, A. I. (2011). Reporte de familias con neurofibromatosis y otras enfermedades genéticas. *Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río, 15*(4) Recuperado de http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/854/1576

Penago Homero, G. (2016). *Prevención y manejo de las enfermedades genéticas de la piel en Panamá, 1986-2006.* Recuperado de http://www.aiu.edu/publications/student/spanish/prevencion-y-manejo-de-las-enfermedades-geneticas-de-la-piel-en-panama.htm

Puig Sanz, Ll. (2014). *Genodermatosis. Dermatología clínica*. Elseiver, España, 199-206. Recuperado de https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788490221471000235

Velázquez Avila, Y. y otros (2014). Alteraciones genéticas cutáneas diagnosticadas en la infancia, Las Tunas 2010-2012. *Revista Zolilo Marinello, 39*(4). Recuperado de http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php

Velázquez Avila, Y. y Morales Solís, M. (2015). Enfermedades genéticas de la piel. *Revista electrónica Zoilo Marinello,* 40(11). Recuperado de http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/363

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA ANGUILA

CHARACTERIZATION OF ANGUILA'S HYPERTENSIVE PATIENTS

Yudegnis Vargas Batista bibliodel@ltu.sld.cu

Nieves Daité Díaz Clemente

Keyler Rodríguez Velázquez

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el CMF#12 del área de salud de Delicias, Policlínico Docente “Rafael Izquierdo Ramírez” del municipio Puerto Padre entre septiembre de 2018 y mayo de 2019 con el objetivo de identificar los factores que influyen en la alta prevalencia de la Hipertensión arterial. La población y muestra en estudio estuvieron constituidas por 118 pacientes hipertensos mayores de 18 años. La hipertensión arterial predominó en el sexo masculino con 53.4%, y en el grupo de edad de 68 años y más, con 69.8 %. Los factores de riesgo de mayor frecuencia presentes en los pacientes hipertensos fueron el hábito de fumar, el sedentarismo y los malos hábitos nutricionales, con un 68.6%, 54.2% y 44.9% respectivamente. Se identificó un bajo nivel de conocimientos sobre los factores de riesgos, en el sexo masculino para el 74.6%.

PALABRAS CLAVES: Hipertensión arterial, prevalencia, factores de riesgo, nivel de conocimiento.

ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study was conducted in CMF # 12 of the Delicias health area, “Rafael Izquierdo Ramírez” Teaching Polyclinic of the Puerto Padre municipality between September 2018 and May 2019 with the objective of identifying the factors that influence the high prevalence of arterial hypertension. The population and sample under study consisted of 118 hypertensive patients over 18 years. Arterial hypertension predominated in the male sex with 53.4%, and in the age group 68 years and over, with 69.8%. The most frequent risk factors present in hypertensive patients were smoking, sedentary lifestyle and poor nutritional habits, with 68.6%, 54.2% and 44.9% respectively. A low level of knowledge about risk factors was identified, in the male sex for 74.6%.

KEY WORDS: Hypertension, prevalence, risk factors, level of knowledge.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la hipertensión arterial (HTA) es considerada un síndrome cardiovascular complejo, progresivo y multicausal, que origina cambios funcionales y estructurales en el corazón y sistema vascular, los que pueden conducir a morbilidad prematura y a muerte. La HTA se origina como resultado de disturbios en los mecanismos que regulan y mantienen la tensión arterial, es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones y representa en sí misma una enfermedad. Está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores: económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos. La

prevalencia oscila entre un 15 y 30 %, sin embargo, después de los 50 años casi el 50 % de la población la padece (Peña, 2016).

Estudios clínico-epidemiológicos realizados en Cuba por el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología han permitido estimar la prevalencia de la HTA en un 30 % en zonas urbanas y entre el 15 y el 18 % en zonas rurales. Además, ha ocupado en los últimos años uno de los cinco primeros lugares entre las causas de mortalidad en Cuba (Caraballoso, Caraballoso, Álvarez, Peláez y Expósito, 2017).

La relevancia de la HTA no reside en sus características como enfermedad, sino en el incremento del riesgo de padecer enfermedades vasculares. La modificación de estilos de vida reduce la presión arterial, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular. Entre las condiciones de riesgo modificables de la HTA se pueden citar el estrés, la obesidad, los malos hábitos dietéticos y las alteraciones mentales relacionadas con tóxicos, como alcoholismo, tabaquismo y cafeísmo; entre las no modificables se encuentra la edad por encima de los 45 años, que resulta la más frecuente. Otros factores que se le relacionan son el sexo, la raza, la herencia, la hiperlipemia y los antecedentes familiares y personales de determinadas enfermedades (Linares, Arrate, Hechavarría, Poll y Ibarra, 2016).

Según el Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 2018) en el 2017 la tasa de prevalencia de hipertensión arterial en Cuba fue de 225,1 x 1000 habitantes, en Las Tunas de 229,2 y en Puerto Padre de 233,93. La tasa de incidencia en el 2017 en el municipio exhibió valores de 5,84 x 1000 habitantes; mientras que en el área de salud de Delicias estos indicadores de salud mostraron valores superiores con 7,46 de incidencia y 252,14 de prevalencia por cada 1000 habitantes

En el CMF # 12 de La Anguila, según el Análisis Integral de la Situación de Salud en el período 2016-2017, la tasa de incidencia fue de 4,10 hipertensos, mientras que la de prevalencia fue de 223,81 x 1000 habitantes. Actualmente el 21,97% de la población mayor de 15 años es hipertensa; estas cifras muestran altos valores si se comparan con otras comunidades del área de salud de Delicias. La Hipertensión arterial constituye hoy una problemática de salud que requiere atención, debido al incremento exponencial de la enfermedad en la población atendida en dicho centro asistencial durante los últimos 5 años. Ante esta situación, nos planteamos el siguiente problema de investigación ¿Qué características tiene los pacientes hipertensos del CMF # 12?, para darle respuesta a esta inquietud se trazó el objetivo de identificar los factores que influyen en la alta prevalencia de la Hipertensión arterial en el CMF# 12 del área de salud de Delicias.

Hipertensión arterial: concepto

La HTA es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos adultos, se define como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg o más, o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg o más, o ambas inclusive. En el 5-10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de la presión arterial (PA) que se denomina «HTA secundaria» que no solo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la HTA es únicamente una manifestación clínica (Peña, 2016).

El control de la HTA a pesar de las Guías pocos países lo han logrado, la adherencia terapéutica debe ser óptima y en ello puede radicar el éxito individual, pero el poblacional implica el mantenimiento de un trabajo sistemático de autoridades sanitarias en general y de los médicos de Atención Primaria de Salud en particular.

Factores de riesgo

La HTA afecta más a pacientes de piel negra, en quienes adopta un grado de severidad y repercusión orgánica mayor que en los blancos. Su prevalencia se relaciona con el hábitat de las personas, reportándose en áreas urbanas más que en rurales y este comportamiento es universal e incluso en nuestro país, atribuyéndose a la influencia nociva que el stress urbano genera (Sánchez y otros, 2015).

La ingesta de sal común es uno de los factores más estudiados, imputándosele una relación estrecha y directa con los valores incrementados de PA, el sodio debe ser menor de 2,4 g o el cloruro de sodio inferior a 6g/día, lo cual podría disminuir la PAS en rango de 2-8 mm Hg; el consumo de frutas, vegetales por si mismo favorecerían la disminución de la PAS. La diabetes mellitus representa el doble de riesgo de prevalencia de HTA que en la población no diabética. La dislipidemia cobra importancia para la clasificación del riesgo vascular absoluto en la enfermedad hipertensiva que lleva implícito una modificación en la conducta terapéutica cuando está presente (Peña, 2016).

El alcoholismo se ha relacionado estrechamente con el incremento de la PA, sobre todo en los alcohólicos crónicos y el hábito de fumar es considerado como un factor de riesgo vascular (FRV) que favorece el desarrollo de la ateroesclerosis. El stress se considera a través de un complejo mecanismo de inducción positiva con el Sistema Nervioso Autónomo al incrementarse la actividad simpática que puede ser generadora de HTA, sobre todo cuando se trata de factores estresantes de curso crónico. A pesar de no haberse podido demostrar una relación causal directa entre el hábito de fumar y la HTA, es aconsejable su abandono dado que constituye uno de los FRV.

Existe relación directamente proporcional entre el peso corporal y el aumento de la PA, recomendándose mantener un Índice de masa corporal entre 20-25 Kg/m2. La pérdida de peso en el orden de l0 Kg. debe influir en la reducción de la PAS en 5-l0 mm Hg. Los beneficios de realizar ejercitación física aeróbica (caminar, trotar, montar bicicleta, nadar, bailar) son enfatizados por los expertos. Contribuye a la reducción del peso corporal y de fracciones lipídicas séricas nocivas, disminuye la PAS en rango de 4-9 mm Hg, debiendo efectuarse 30 minutos por sesión, preferentemente diaria (Hernández, Pérez, de la Vega, Alfonso y Quijano, 2015).

Clasificación

La HTA se divide en: primaria o esencial y secundaria. En la primaria se desconoce la causa responsable de la HTA y en la secundaria existe una enfermedad que la origina. La primaria es más frecuente afectando 95% de la población hipertensa, quedando el resto de origen secundario, que en ocasiones y en relación directa con la causa puede ser curable por cirugía, por ejemplo: estenosis de arteria renal unilateral, coartación aórtica entre otras (Peña, 2016).

La evaluación de cada paciente hipertenso estará dirigida a: clasificar al paciente según cifra de PA e identificar las causas, precisar y evaluar la presencia de daño de órganos diana y la extensión del mismo si lo hubiera, definir y evaluar la respuesta a la terapéutica impuesta, identificar otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades asociadas que permitan definir un pronóstico y aplicar la terapéutica más adecuada y precisar los factores psicosociales y ambientales incidentes. Esta evaluación clínica, en el paciente debutante con esta afección, debe realizarse sin el uso de fármacos, excluyendo los casos de hipertensión arterial grave o con complicaciones cardiovasculares o cerebrovasculares.

Metodología empleada en el estudio

La investigación se realizó a través de un estudio descriptivo transversal, la población y muestra de estudio coinciden con 118 pacientes hipertensos mayores de 18 años pertenecientes al CMF#12 del área de salud de Delicias del Policlínico Docente “Rafael Izquierdo Ramírez”. Los cuales cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Para la realización del estudio se solicitó el consentimiento informado firmado por cada paciente,

Caracterización de los pacientes hipertensos

La prevalencia de la hipertensión arterial ha aumentado significativamente en todas las latitudes, varía de un lugar a otro, y dicha variabilidad tiende a ser en dependencia de las particularidades genéticas y ambientales que caracterizan a cada región.

A medida que la población envejece, la prevalencia de HTA aumenta, así lo han demostrado varios estudios realizado a través de los años, Martínez, Bermúdez, Cruz (2015) plantean que después de los 50 años el riesgo de padecer la enfermedad se incrementa en un 50%.

Tabla 1. Pacientes hipertensos por según edad, sexo y color de la piel. CMF# 12 La Anguila, Área de Salud Delicias. Septiembre de 2018 a mayo de 2019.

Grupos de Edad	SEXO				Color de la piel						Total	
	Masculino		Femenino		Blanca		Negra		Mestiza			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
18-27	0	0	1	1.9	1	0.9	0	0	0	0	1	0.8
28-37	0	0	1	1.9	1	0.9	0	0	0	0	1	0.8
38-47	3	4.8	5	9.0	7	6.1	1	25	0	0	8	6.8
48-57	6	9.5	9	16.4	14	12.3	1	25	0	0	15	12.7
58-67	10	15.9	12	21.8	21	18.4	1	25	0	0	22	18.6
68 y +	44	69.8	27	49.0	70	61.4	1	25	0	0	71	0.5

Total	63	53.4	55	46.6	114	96.6	4	3.4	0	0	118	100

Fuente: Historias clínicas individuales. Formulario.

En los pacientes hipertensos estudiados el sexo que predominó fue el masculino con 63 pacientes, para ambos sexos el grupo de edad más frecuente fue el de 68 y más años y el color de la piel con mayor frecuencia absoluta fue la blanca; es meritorio destacar que el porcentaje de personas de color de piel negra y mestiza en esta comunidad es muy bajo.

En el estudio realizado por Caraballoso y otros (2017) en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial "Manuel Ascunce Domenech" predominó el sexo masculino con 44 pacientes, que representaron el 50,57 % del total, mientras que en estudios realizados por Caballero, Quintero, González y Medina (2012) se detectó una mayor prevalencia de la hipertensión arterial en el sexo femenino (59,28 %) y en mayores de 55 años al igual que De Armas y otros (2013) quienes reportan una mayor frecuencia de esta enfermedad en pacientes mayores de 60 años, lo cual constituye un verdadero problema de salud.

Factores de riesgo presentes en la población hipertensa

La identificación de los factores de riesgo constituye una tarea importante para su prevención, tratamiento, control y seguimiento; además, la adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial obliga a ejecutar una estrategia con medidas de promoción y prevención influyendo sobre los factores de riesgo que frecuentemente coexisten.

Tabla 2. Factores de riesgo presentes en los pacientes hipertensos. CMF# 12, Área de Salud Delicias. Septiembre de 2018 a mayo de 2019.

Factores de riesgo	No.	%
Diabetes Mellitus	4	3.4
Dislipidemias	2	1.7
Estrés	40	33.9
Hábito de fumar	81	68.6
Hipercolesterolemia	2	1.7
Hiperuricemia	2	1.7
Malos hábitos nutricionales	53	44.9
Obesidad	2	1.7
Sedentarismo	64	54.2

Fuente: Historias clínicas individuales. Formulario.

La tabla 2 resume los principales factores de riesgo presentes en los pacientes hipertensos, los más significativos, fueron el hábito de fumar, el sedentarismo, los malos hábitos nutricionales y el estrés.

Estos resultados coinciden parcialmente con los obtenidos en la investigación de Caraballoso y otros (2017) la cual muestra que entre los principales factores de riesgo asociados a la enfermedad hipertensiva predominan el sedentarismo con 55 pacientes para el 63,21 %, la dislipidemia con 45 para el 51,72%, el hábito de fumar con 36 para el 41,37 % y la obesidad con 39 pacientes para un 44,82 %.

En cuanto a los antecedentes familiares de la enfermedad lo refirieron 82 pacientes para un 69.5%.

El principal factor de riesgo individual identificado en los pacientes estudiados fue el antecedente familiar de hipertensión arterial. Este resultado coincide con los estudios realizados por Hernández y otros (2015) en el que plantean que dicha enfermedad es 3,8 veces más frecuente en aquellas personas con antecedentes familiares de primer grado de hipertensión.

El riesgo de ser hipertenso se estima en 25,0 % en caso de que un progenitor lo sea, y aumenta al 50,0 % si ambos los son. La base genética explica el 30,0 % de la variabilidad poblacional de la presión arterial, mientras que la distribución familiar de factores socioculturales explica el 20,0 % de esta variabilidad. Ha sido difícil la identificación de los genes causantes de la hipertensión arterial y de la enfermedad cardiovascular (Hernández y otros, 2015).

Conocimiento sobre hipertensión arterial

Al analizar la evaluación cualitativa del nivel de conocimiento en la tabla 3, basada en la calificación obtenida en la encuesta, se identificó un bajo nivel de conocimientos de los pacientes sobre los factores de riesgos relacionados con la hipertensión arterial para ambos sexos, solo el 14.4% obtuvo una calificación correspondiente a un nivel de conocimiento alto. Se observó que la mayor cantidad de pacientes con bajo nivel de conocimiento pertenecen al sexo masculino.

Tabla 3. Nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos distribuidos según sexo. CMF# 12, Área de Salud Delicias. Septiembre de 2018 a mayo de 2019.

Nivel de conocimiento	SEXO				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Alto	8	12.7	9	16.4	17	14.4
Medio	8	12.7	22	40.0	30	25.4

Bajo	47	74.6	24	43.6	71	60.2
Total	63	53.4	55	46.6	118	100

Fuente: Encuesta

La prevención de la HTA es la medida más universal o menos costosa para reducir la morbilidad y mortalidad por dicha enfermedad. Una adecuada percepción del riesgo de padecer HTA obliga a instituciones, población y gobierno a ejecutar estrategias de educación y promoción de salud que impacten sobre factores de riesgo como: sedentarismo, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción; para modificar positivamente los estilos de vida (De Armas y otros, 2013).

La literatura reporta resultados similares a los obtenidos en esta investigación en relación con los conocimientos que poseen los pacientes sobre las generalidades de la HTA, Pérez y Rodríguez (2015) observaron que un gran número de hipertensos 81 para 55,47 % conoce qué es la hipertensión arterial, sin embargo, 75 pacientes para el 51,36 % poseían conocimientos en la categoría de regular y sobre la evolución crónica de la enfermedad.

Aún es baja la cantidad de pacientes que reconocen la obesidad y el tabaquismo como factores de riesgo asociados a la HTA, estos resultados también coinciden con estudios realizados por Redon (2014) quien refiere que encontró que solo el 30 % de los pacientes investigados reconocen algunas de estas condiciones como factores de riesgo asociados a la HTA.

En el estudio realizado por Hernández y otros (2015) el 68,75 % de los pacientes encuestados tuvieron un nivel de información insuficiente. A pesar de toda la información transmitida por los medios de difusión masiva y plegables informativos publicados y colocados en los distintos centros de salud, a todos los niveles, el escaso nivel de información repercute negativamente en el control de cualquier enfermedad.

CONCLUSIONES

La hipertensión arterial fue más frecuente en el sexo masculino y el grupo de edad de 68 años y más. El color de la piel que predominó fue blanco. Los factores de riesgo de mayor frecuencia presentes en los pacientes hipertensos fueron el hábito de fumar, el sedentarismo y los malos hábitos nutricionales. Más de la mitad de los pacientes refirieron antecedentes patológicos familiares y enfermedades que conllevan a la hipertensión arterial. Se identificó un bajo nivel de conocimientos sobre los factores de riesgos, donde la mayor cantidad de pacientes pertenecen al sexo masculino.

REFERENCIAS

Caballero, T., Quintero, M. M., González, M. V. y Medina, Y. (2012). Control de la hipertensión arterial esencial con auriculoterapia en trabajadores de la Empresa de Proyecto de Ingeniería y Arquitectura No. 15. *MEDISAN, 16*(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-01920120004000010&script=sci_arttext

Caraballoso, T., Caraballoso, D., Álvarez, R., Peláez, Y. y Expósito E. (2017). Pacientes con enfermedad hipertensiva estudiados por posible daño subclínico. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 42*(1). Recuperado de http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/954

De Armas, I. C., Bello, B., Guevara, T., De Armas, M., Endo, J. Y. y Gómez, M. J. (2013). Efectividad de la auriculoterapia en pacientes hipertensos ligeros y moderados. *Acta Médica del Centro, 7*(2). Recuperado de http://www.actamedica.sld.cu/r2_13/pdf/auriculoterapia.pdf

Hernández, L. M., Pérez, V. T., de la Vega, T., Alfonso, O. A. y Quijano, J. E. (2015). Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años del consultorio médico 3 del Policlínico Docente "Ana Betancourt". *Rev Cubana Med Gen Integr, 30*(1), 59-70. Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100006&lng=es

Linares, M. J., Arrate, M., Hechavarría, V., Pol, J. y Ibarra, D. (2016). Estrategia capacitante en pacientes con hipertensión arterial. *Medisan, 20*(9), 3061-7. Recuperado de http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=4b1cd107-5a7a-4d3e-a284-065a5c62f6b6%40sessionmgr4010

Martínez, J. R., Bermúdez, L. L. y Cruz, Z. A. (2015). Hipertensión arterial y Auriculoterapia. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 40*(6). Recuperado de http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/57

Ministerio de Salud Pública. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud (2018). *Anuario Estadístico de Salud 2017*. La Habana: MINSAP. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf

Peña, V. (2016). *Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento*, 2ed. La Habana: Ciencias Médicas.

Pérez, R. D. y Rodríguez, L. M. (2015). Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela. *Ccm, 19*(3), 406-417. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300003&lng=es

Redon, J. (2014). Mejorando el conocimiento de la hipertensión arterial resistente: ¿qué es relevante? *Rev Española Cardiol, 67*(4), 251-3. Recuperado de http://www.revespcardiol.org/es/mejorando-el-conocimiento-hipertension-arterial/articulo/90283549/

Sánchez, R. A., Ayala, M., Baglivo, H., Velásquez, C., Burlnado, G. y Colman O. (2015). Latin American Guidelines on hipertensión. *J Hypertens, 27*(5). Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ALCOHÓLICO

STRATEGY OF INTERVENTION IN THE ATTENTION TO THE ALCOHOLIC PATIENT

Yudisnelvys Guerrero Dominguez yudisnelvys9309@nauta.cu

Manuel Benito Silva Rojas

Yanny de los Ángeles Bofill Mayacen yanny@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó una estrategia de intervención educativa con la participación comunitaria donde se evaluó el nivel de conocimiento sobre el alcoholismo y sus consecuencias en los pacientes alcohólicos del CMF Calixto 1 en el periodo comprendido desde septiembre 2018 a enero 2019. El universo estuvo compuesto por los 122 pacientes mayores de 20 años diagnosticados como alcohólicos y la muestra fue obtenida a través de un muestreo simple aleatorio quedando conformada por los 40 pacientes alcohólicos que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio. Para la obtención de los datos se realizó una revisión de historias clínicas individuales de cada paciente, hojas de cargo, documentos de estadística del área de salud, donde se recopilaron datos necesarios que permitieron caracterizar diferentes variables clínico epidemiológicas en los pacientes alcohólicos. Se aplicaron cuestionarios para evaluar nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa. Se determinó que el grupo de edad más afectado de alcoholismo fue el de 20-29 años, con predominio del sexo masculino, así como los trabajadores por cuenta propia, los que tienen preuniversitario sin terminado y los divorciados fueron los que tuvieron mayor consumo de alcohol. Se logró incrementar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los daños biopsicosociales que produce la adicción al consumo de alcohol en el ser humano.

PALABRAS CLAVES: Intervención educativa, alcoholismo, consecuencias.

ABSTRACT

He was carried out a strategy of educational intervention with the community participation where the level of knowledge was evaluated on the alcoholism and its consequences in the alcoholic patients of the CMF Calixto 1 in the period understood from September 2018 to January 2019. The universe was compound for the 122 patients bigger than 20 years diagnosed as alcoholic and the sample was obtained through a random simple sampling being conformed by the 40 alcoholic patients that agreed on participating in the study. For the obtaining of the data he/she was carriedout a revision of each patient's individual clinical histories, position leaves, documents of statistic of the area of health, where necessary data were gathered that allowed to characterize epidemic clinical different variables in the alcoholic patients. Questionnaires were applied to evaluate level of knowledge before and after the educational intervention. It was determined that the affected age group in alcoholism was that of 20-29 years, with prevalence of the masculine sex, as well as the workers self-employed, those that have preuniversitario without having finished and the divorced ones were those that had bigger consumption of alcohol. It was possible to increase the level of the patients' knowledge on the damages biopsicosociales that it produces the addiction to the consumption of alcohol in the human being.

KEY WORDS: Educative acting, alcoholism, consequences.

INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios el hombre ha buscado satisfacer sus necesidades en dependencia de sus condiciones, las mismas desde el punto de vista médico son perjudiciales si son desmedidas o descontroladas, tal es el caso de las bebidas alcohólicas. Las prácticas en este sentido son tan antiguas como la existencia misma del hombre, las cuales eran y son utilizadas en cada cultura y nación de que se trate, dígase celebraciones, visitas formales, etc. En otros casos también no menos utilizadas como alternativa para enfrentar situaciones difíciles, como enfermedades, pérdidas familiares, hasta en las propias guerras por los soldados (Horwitz y Marconi, 2012, p. 53).

El alcoholismo es conceptualizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un trastorno conductual crónico que se manifiesta por la ingesta repetida de alcohol en cantidades excesivas que acaban interfiriendo la salud y las funciones económicas y sociales del bebedor. Parece ser producido al combinarse varios factores fisiológicos, psicológicos y culturales; y se caracteriza por una dependencia emocional y en ocasiones orgánica del alcohol, y que en etapas avanzadas producen alteraciones conductuales y la consiguiente degradación: espiritual, laboral, ética, moral, familiar e intelectual, así como afectaciones físicas expresadas por poli neuropatías, cirrosis hepática, úlcera gastroduodenal, pancreatitis, miocardiopatías, arteriosclerosis precoz y disfunciones sexuales.

Algunas fuentes señalan que el daño económico por el consumo de licores en forma irresponsable: accidentes, ausentismo laboral, violencia y asistencia médica, es similar al daño provocado por todas las drogas ilegales juntas. Sin embargo, esto parece poco si se compara con el sufrimiento de millones de niños, cónyuges, padres y hermanos que conviven con un alcohólico (Colectivo de autores, 2014, p. 12; Martínez, 2015, p.70).

El sendero del alcoholismo en una persona normal en sus inicios está matizado por un aumento progresivo de su tolerancia al alcohol, una tendencia al gasto excesivo en estas bebidas, a beber en soledad, además de la incapacidad para detenerse en el consumo, así como mayor frecuencia en los estados de ebriedad, las típicas resacas y en posteriores etapas la aparición de dependencia física expresada por los síntomas de abstinencia u otras manifestaciones. En su estado más avanzado se hace visible por intolerancia a pequeñas cantidades de la droga, la presencia de lagunas en la memoria y al final una progresiva degradación: laboral, moral, familiar, intelectual, ética y espiritual, así como afectaciones fisiológicas, expresadas frecuentemente por poli neuropatías, cirrosis hepática, úlcera gástrica, úlcera duodenal, pancreatitis, miocardiopatías, arteriosclerosis precoz y disfunciones sexuales (OMS, 2016, p. 25).

Existen comportamientos anormales y normales frente a las bebidas alcohólicas: entre los normales se encuentra la abstinencia y el consumo social. El primero de ellos se refiere a la ausencia del consumo de alcohol, que puede ser histórica cuando ha ocurrido durante toda la vida, o abstinencia actual cuando ha durado los últimos seis meses; en cuanto al consumo social este se ajusta a normas de cantidad, frecuencia y momento de gestión adecuadas, e incluye el consumo discreto de cantidades muy reducidas: uno o dos tragos en ocasiones excepcionales, que no son más de cinco en el año, sin llegar nunca a la embriague; y el consumo moderado en el que la ingestión es mayor pero sin pasar de la cuarta parte de una botella de ron, dos veces por semana ni presentar más

de un estado de embriaguez ligero mensual, euforia e incoordinación motora que hagan no recomendable la conducción de un vehículo (Salva, 2014, p.41).

Intervención Educativa

Para cumplir con los objetivos propuestos de la investigación se dividió en 3 etapas:

1-Etapa de diagnóstico: Donde se realizó un listado con los nombres, apellidos, edad en grupos de edades desde los mayores de 20 años, y se distribuyeron según el sexo, la escolaridad según el nivel educacional terminado, la ocupación que en esta variable se clasificó como, obreros, estudiantes, técnicos, profesionales, jubilados y desocupado, también se estudió el estado civil y se dividió en solteros, casados, divorciados y viudos. La satisfacción de las necesidades básicas se consideró como buenas, regular o mala. Así como el nivel de conocimiento sobre el alcoholismo antes de realizar la estrategia de intervención, se emplearon las preguntas de la encuesta y según el número de respuestas correctas se clasificó como: bueno (8-10), regular (5-7) y malo (0-4).

2-Etapa de intervención educativa: Para darle salida al objetivo 2 se aplicó una estrategia de intervención, realizando 8 actividades de promoción para modificar el nivel de conocimiento del alcoholismo del grupo de pacientes alcohólicos estudiados. Aquí a través de varias conferencias se le explicó de forma clara en qué consiste esta enfermedad, las complicaciones que trae consigo tanto para el que la consume como para el que convive con el paciente alcohólico. Se realizaron videos debate donde se mostró algunos casos que de alguna manera u otra llevaron hasta el abismo al paciente alcohólico, con el objetivo de hacerle entender que la cura está en sus propias manos y que el alcoholismo solo tiene caminos oscuros.

3-Etapa de evaluación: Para el desarrollo del objetivo tres se evaluó el nivel de conocimiento sobre el alcoholismo luego de haber cumplido con la estrategia de intervención. Aquí se emplearon las dos últimas preguntas de la encuesta y las dos últimas del Cuestionario de Indicadores Diagnósticos. Con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento y la necesidad de aprendizaje de cada uno de los pacientes alcohólico que estén de acuerdo en participar en el estudio.

Tabla 1: Distribución de los pacientes clasificados como alcohólicos según los grupos de edades en el consultorio médico de la familia de Calixto 1 2019.

Grupo de edades	No	%
20 – 29 años	13	32,5
30 – 34 años	9	22,5
35 – 44 años	7	17,5
45 – 49 años	5	12,5
50 – 59 años	3	7,5
60 – 64 años	2	5,0

65 – 69 años	1	2,5
Total	40	100,0

Fuente: Encuesta

Estos resultados coinciden con un estudio realizado en Latinoamérica por Horwitz y Marrcono (2012) quienes demostraron que la población mayor de 20 años consume alcohol en grandes cantidades alrededor del 70% y que de ellos el 50% se convertirá en alcohólicos al tener problema de alcoholismo en algún momento de su vida (Derland, 2016, p. 74).

Tabla 2: Distribución de los pacientes clasificados como alcohólicos según sexo en el consultorio médico de la familia de Calixto 1. Año 2019.

SEXO	No	%
Masculino	35	87,5
Femenino	5	12,5
TOTAL	40	100.0

Fuente: Encuesta. P/0,00

Este resultado arrojó que los hombres ingieren mayor cantidad de bebidas alcohólicas que las mujeres en un 81,4%, pero que en los últimos años se ha notado un incremento del consumo de alcohol en las mujeres hasta un 20 %.[24]

La autora considera que esto pudiera deberse a que los hombres ingieren más bebidas alcohólicas que las mujeres ya que desde inicio de la humanidad, los hombres eran los que trabajaban y por lo tanto siempre buscaron en el alcohol un medio de aliviar sus males y dolencias y una forma de enajenarse de los problemas familiares, laborales y sociales que se presentan en la vida cotidiana. Los hombres presentan mayor desventaja que las mujeres, pues uno de cada tres hombres y una de cada cinco mujeres tienen riesgo de alcoholismo, además la dependencia o alcoholismo es el doble en los hombres (Mora y Herrán, 2019). Es importante consignar que este padecimiento era considerado entérminos morales por los médicos, quienes sostenían, por lo menos desdeprincipios de 1870, 3 que el alcoholismo.

Tabla 3: Pacientes clasificados como alcohólicos según el reconocimiento a su adicción al consumo de alcohol como un problema personal (antes y después de realizada la estrategia de intervención)

Nivel de conocimiento de adicción al alcohol	Antes	%	Después	%
No reconocen su adicción al consumo de alcohol	33	82,5	3	7,5

Si reconocen su adicción al consumo de alcohol	7	17,5	37	92,5
Total	40	100,0	38	100,0

Fuente: Encuesta P /0,07:

Este resultado concuerda con Cabrera en un estudio de meta análisis realizado en Madrid España que las personas que ingieren bebidas alcohólicas casi a diario no son capaces de reconocer los problemas biopsicológicos que se presentan en sus vidas en más de 70 % de los casos (Agüero, 2014, p. 45).

CONCLUSIONES

Para concluir es preciso destacar que a partir del diagnóstico inicial se evidenciaron un grupo de insuficiencias en cada uno de los instrumentos aplicados a la muestra seleccionada. El grupo de edad más afectado de alcoholismo fue el de 20-29 años, con predominio del sexo masculino, así como los trabajadores por cuenta propia, los que tienen preuniversitario terminado y los divorciados fueron los que tuvieron mayor consumo de alcohol, encontrándose una importante significación estadística en la investigación. Mediante la estrategia de intervención educativa se logró incrementar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre los daños biopsicosociales que produce la adicción al consumo de alcohol en el ser humano.

REFERENCIAS

Agüero, O. (2014). ¿Alcohol? Claro que no. *Revista Educación No. 102*,3(1), 44-46.

Colectivo de autores (2014). *Anteproyecto de atención Integral a la Habana*, pp.12-16. La Habana.

Derland, A. (2016). *El alcoholismo su efecto*, pp.74-75. Barcelona.

Domínguez y Quintanar, M. (1870). *El Alcoholismo, su historia, causas y efectos*. México: Imprenta de Francisco Díaz de Quintanar.

Horwitz, J. y Marconi, C. (2012). *Base de la epidemiologia del alcoholismo en América Latina,* pp. 50-53. Axta.

Martínez, C. (2015*). Para que la familia funcione bien*, pp. 69-79. La Habana: Científico-Técnico.

Mora, C. y Herrán, O. (2019). Prevalencia de consumo de alcohol y de alcoholismo. *Revista Colombia*. Recuperado de http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.69282

OMS (2016). *Glosarios de trastornos mentales y guía para su clasificación*, pp. 25-26. Ginebra.

Ortiz, A. (1878). *El Alcoholismo* (tesis inédita). México.

Salva, M. (2014). *El arte de conquistar la salud mental*, pp.41-42. Las Tunas.

Waisman, G. (2017). Hipertensión Arterial en el Anciano. *Hipertensión y Riesgo Vascular, 34*(2), 61-64. Recuperado de https://doi.org/10.1016/j.hipert.2017.03.004

COMPORTAMIENTO DEL TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES DE VEDADO 3, JESÚS MENÉNDEZ

BEHAVIOR OF SMOKING AS FACTOR OF RISK IN TEENAGERS OF VEDADO 3, JESUS MENENDEZ

Yulennys Reyes Diéguez yulennyrd90@nauta.cu

Yaneidys Barea Gregorí

RESUMEN

El hábito de fumar es la adicción a fumar productos manufacturados del tabaco en cualquiera de sus presentaciones. El objetivo de este artículo es caracterizar el comportamiento del tabaquismo como factor de riesgo en los adolescentes. Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal, sobre el comportamiento del tabaquismo como factor de riesgo en los adolescentes de Vedado 3, Policlínico Docente Mario Pozo, Jesús Menéndez, Las Tunas de diciembre 2017 a abril del 2019. El universo estuvo constituido por 44 adolescentes y la muestra por 25 fumadores. Se tuvo en cuenta los criterios de inclusión, pacientes con edades comprendidas entre 12 a 19 años, ser fumador activo, que deseen participar en la investigación, con consentimiento asistido por los padres de participar en el estudio y que tengan plenas facultades mentales y psicológicas. Se estudiaron las variables de edad, sexo, escolaridad, motivos porque consumen cigarrillos, funcionamiento familiar y nivel de conocimiento sobre los daños que ocasiona a salud el tabaquismo. Fueron revisadas las historias de salud familiar e individual, se aplicó una encuesta con los datos de las variables, por los investigadores, de manera individual y privada. Como métodos los estadísticos, las frecuencias absolutas y porcentajes.

PALABRAS CLAVES: Adolescentes, tabaquismo, funcionamiento familiar.

ABSTRACT

The live to smoke defines as the addiction to smoke manufactured products of the tobacco in whoever of your presentations, that takes to the addiction for your content in nicotine. The objective is characterizing smoking behavior as factor of risk in teenagers. A retrospective study is carried out of cross section, on the smoking behavior as factor of risk in teenagers of Vedado 3, educational Policlinico Mario Pozo, Jesus Menendez, Tunas of December 2017 to April of the 2019. The universe was constituted for 44 adolescent and the sample for 25 smokers. It is kept in mind the criterions of inclusion, patients with ages understanded between 12 to 19 years, is smoking active, that want to take part in the investigation, with assisted consent for the parents of takes part in the study and that have full mental faculties and psicologicases. They studied the variables of age, sex, schooling, motive because consummate cigarettes, familiar functioning and level of knowledge on the damages it occasions to the health the tobaccoism. They were revised the histories of familiar and individual health, an inquiry with the dates of the variables is applied, for the investigators, in an individual way and private. As metodos the estadistic, the absolute frequencies and percentages.

KEY WORDS: Adolescent, tobaccoism, factors of risk.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida del ser humano, en la cual se suceden sistemáticos cambios relacionados con las actitudes asumidas por los jóvenes en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos. Según los criterios de la OMS se considera de forma convencional adolescente a toda persona cuya edad esté comprendida entre los 12 y 19 años, acorde con los cambios sexuales, las transformaciones físicas, el momento social en el cual se desarrolla y el equilibrio que se produce entre los diferentes intereses, motivaciones, objetivos y aspiraciones de este grupo, en el espacio social y el escenario cultural donde transcurren los años más importantes de su desarrollo humano. Entre los principales trastornos de salud en el adolescente, se citan los trastornos en la adaptación psicosocial entre los que se encuentra el hábito de fumar (Gallego, 2014).

La OMS, estima que existen mil millones de fumadores en el planeta y ochocientos de ellos viven en países en vías de desarrollo, donde hay tendencia a aumentar su uso; señala al tabaquismo como la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte prematura, y ha planteado que mueren aproximadamente 14 000 personas al día, por alguna de las enfermedades atribuibles a este. Bonet y Varona (2014) refieren en su estudio que, asimismo, la OMS declaró al tabaquismo como uno de los factores de riesgo fundamentales para la mortalidad en el mundo, siendo responsable del 9 % de las muertes totales. Y calcula que en el 2030 se incrementarán a 8 millones por año las defunciones atribuibles a esta epidemia, y de no modificarse las actuales tendencias, la mayoría ocurrirá en países desarrollados.

El tabaquismo o hábito de fumar, es una de las causas prevenibles de defunción en el planeta y uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, sobre todo en la población infantil y adolescente.(Martín, Echevarría, Sánchez, Hernández, Triana, Hernández, 2015).Es el único producto de consumo legal que mata entre un tercio y la mitad de sus consumidores De acuerdo con informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) se estima que es causante de unos cinco millones de muertes anuales.

Montano y Prieto (2014) informan que es reconocido como uno de los factores fundamentales de riesgo para el desarrollo de algunas enfermedades crónicas, incluyendo patologías cardiovasculares, enfermedad obstructiva crónica, enfermedades cerebrovasculares, cáncer, entre otras. El riesgo de contraerlas está directamente relacionado con la edad de inicio en su consumo (Martín y otros, 2015).

Bonet y otros (2014) según otro reporte de este organismo (2010), citado en la III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no trasmisibles. Cuba 2010-2011, a nivel mundial aproximadamente el 40 % de los hombres fuma, mientras que solo lo hacen el 9 % de las mujeres. Montano y Prieto (2014) en un estudio de neoplasia del pulmón se comprobó que el factor de riesgo más frecuente fue el tabaquismo con 85,3 %. Alcanza una prevalencia mundial del 47 % en la población masculina de adultos, frente al 12 % en la mujer, y en los últimos años se observa un comienzo más precoz del hábito, particularmente en el inicio de la adolescencia.

Suárez (2016) refiere en su estudio que es vital que el personal de salud que atienda a un adolescente con adicciones, conozca a profundidad las características de esta etapa de la vida, pues es un período de crecimiento y desarrollo donde la relación con la búsqueda del contacto íntimo con el otro es la actividad rectora, y esta característica, a su vez, hace que los grupos de adolescentes sean propensos a consumir sustancias tóxicas, a veces por curiosidad, por no perder el reconocimiento y aprobación del grupo; otras por destacarse y llamar la atención de los demás, o por evadir conflictos con los amigos, padres, maestros y ocultar sentimientos de depresión y soledad.

La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes, Global Youth Tobacco Survey (GYTS) fue desarrollada por la OMS para analizar la evolución del consumo del cigarrillo entre los jóvenes en países de todo el mundo, usando para ello una metodología común y un cuestionario único. Comienza a aplicarse en Cuba en el año 2001 y luego en 2004, con resultados similares a estudios nacionales, en los que se evidenció que una cuarta parte de los adolescentes había fumado alguna vez (Rojas, 2015). Es, por tanto, de gran importancia, investigar desde las edades tempranas de su aparición este fenómeno, qué condiciones lo favorecen, y cómo puede el Médico de Familia actuar en el entorno del adolescente en relación con este hábito (Álvarez, 2015).

El informe sobre control del tabaco para las Américas de igual año, señaló que de 25 países de esta área geográfica que reportaron sus prevalencias globales de tabaquismo, el rango fue de 9,4 % en Panamá a 38 % en Chile. En el sexo femenino esto varió entre 3 % en Belice, Honduras y Suriname, y 34 % en Chile. En los hombres de 24 países, fue de 17 % en Panamá y República Dominicana a 42 % en Chile. Según dicho informe, Cuba en la prevalencia global y por sexos ocupó los lugares 19 y 21, respectivamente. Esta III encuesta nacional, reportó que en Cuba existe una prevalencia global en la población de 15 años y más de 23,7 %; entre los hombres la prevalencia fue de 31 % y en las mujeres de 16,4 %, lo cual representa una disminución respecto a las anteriores encuestas de factores de riesgo de 1995 y 2001 (Bonet y otros, 2014).

En el municipio de Jesús Menéndez se han realizado diferentes estudios del hábito de fumar, sobre su morbilidad, su mortalidad y sus complicaciones (Fernández, 2017; Gallego, 2014), que lograron aumentar el nivel de conocimiento de los fumadores sobre los daños que provoca a la salud el hábito de fumar, así como modificaron conductas tanto en la disminución del consumo de cigarrillos diarios y en la disminución del hábito de fumar, siendo un problema de salud en nuestro municipio en la comunidad contamos con 44 adolescentes de ellos 25 son fumadores, representan el 56.8% lo que nos motivó a realizar esta investigación, ya que es de vital importancia para el adolescente el conocimiento de las complicaciones del hábito de fumar y de esta forma lograr cambiar hábitos y estilos de vida, inculcando valores humanísticos y de respeto al derecho a la vida, a la salud propia y a la ajena, como expresión de solidaridad humana.

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal, para medir el conocimiento sobre los daños que provoca el hábito del tabaquismo a la salud, con los adolescentes fumadores pertenecientes al CMF # 21, de la comunidad de Vedado 3 del Policlínico Docente Dr. Mario Pozo Ochoa, municipio Jesús Menéndez, provincia Las Tunas de diciembre año 2017 a abril del año 2019. El universo estuvo constituido por los 44

adolescentes y la muestra por 25 de ellos fumadores. Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión, pacientes con edades comprendidas entre 12 a 19 años, ser fumador activo, que deseen participar en la investigación, con consentimiento asistido por los padres de participar en el estudio y que tengan plenas facultades mentales y psicológicas.

Se estudiaron las variables de edad, sexo, escolaridad, motivos por los cuales consumen cigarrillos, funcionamiento familiar y nivel de conocimiento sobre los daños que ocasiona a salud el hábito de fumar. Fueron revisadas las historias de salud familiar e individual, para seleccionar a los adolescentes que cumplieran los criterios, posteriormente se les aplicó una encuesta dela cual se recogieron los datos de las variables objeto de estudio. El cuestionario fue aplicado por los investigadores, de manera individual y privada a cada uno de los adolescentes, en un lugar oportuno y establecido anticipadamente.

Caracterización epidemiológica realizada a los adolescentes fumadores

En la caracterización epidemiológica realizada a los adolescentes fumadores se predominó el grupo de edad, comprendida entre 16 a 19 años representando el 48 % de la muestra estudiada, seguido por los de 14 a 16 años para un 32 % del total.

Martín et al. (2015) en un estudio realizado con adolescentes fumadores según grupos de edades se observó que entre 17 y 19 años se identificaron 30 fumadores activos (58, 8 %). El segundo lugar lo ocupó el grupo de edad intermedio, con 19 fumadores, para un 37,3 %. En la población estudiada fue de 48 %, entre 16 a 19 años superior. Diversas investigaciones han demostrado que frecuentemente el consumo de tabaco comienza en la adolescencia temprana (Suárez, 2016).

Se registró un predominio del sexo masculino con 15 adolescentes representando un 60 % de la muestra estudiada. Coincidiendo con estudios realizados por Suárez (2016) donde plantea que el hábito de fumar es predominante en el sexo masculino.

En el nivel de escolaridad de los pacientes fumadores se evidenció un predominio de la Secundaria terminada con un 52 % seguido, por la primaria terminada con un 24 %. Estos resultados coinciden con los estudios avalados por Paterno (2014) cuando buena parte de los sujetos fumadores se inician con el hábito en esta etapa de la enseñanza media.

La edad de comienzo de consumo de cigarrillos se encontró en la edad de 14 a 16 años para un 44 %, seguida por los de 16 a 19 años con un 36% y por último entre 12 a 14 años con un 20%. Como se observa, el grupo de edad más joven presentó la menor cantidad de fumadores reportados. Esto se debe a que en la mayoría de los casos el control familiar apoyado por el educacional, es más estricto que en las edades superiores de esta etapa de desarrollo.

Con más frecuencia, el hábito de fumar se inicia en edades tempranas, lo que conlleva a una fuerte adicción y dificultades para la deshabituación. Un factor a consideración es el no cumplimiento de las regulaciones estatales de ventas a menores y áreas de restricción del hábito. Coincide con un estudio realizado sobre el tabaquismo en adolescentes en una comunidad en España, donde se reportó que la edad media de

inicio en este hábito, se sitúa entre los 14 y 16 años de edad (Ariza, Nebot, Villalbí, Díez, Tomás y Valmayor, 2015).

En cuanto a los motivos del hábito por parte de adolescentes predominó en adolescentes que su familia fuman en sus casas lo que representa el 32 %, es conocido la influencia que tiene el ejemplo para adoptar actitudes, por lo que se hace preciso rodear a los adolescentes de ejemplos positivos que redunden en la prevención del tabaquismo; seguido por 6 adolescentes para un 24 % que fuman por imitar a un amigo o un adulto, así como 4 adolescentes que representan un 16% del total que lo hacen para llamar la atención. Los adolescentes que viven en un entorno sin tabaco tienen menor riesgo de fumar se expone en un estudio recientemente publicado. Se ha reconocido en diferentes publicaciones de la existencia e importancia de los factores protectores o no en el entorno social, con respecto a las adicciones, y el modo de utilizarlos convenientemente en las actividades de promoción de salud y deshabituación tabáquica.

Fernández (2017) plantea que predicar con el ejemplo, y no fumar en el entorno de los adolescentes, es un elemento fundamental y ha sido identificado por diferentes autores como un efectivo factor protector contra el tabaquismo, resultados similares se encontraron en este estudio.

De los pacientes fumadores según consumo de cigarrillos diarios, se evidencia que el mayor grupo de 11 pacientes consumían 15 cigarrillos al día representando el 44%, seguido de 7 pacientes que consumían al menos una cajetilla al día representando el 28%, pacientes que consumían 30 cigarrillos al día representando el 24% y uno que consumía al menos 30 cigarrillos al día para un 4%. Esto nos demuestra que el consumo de cigarrillos es muy elevado para cualquier grupo de pacientes de ahí la importancia de conocer sus efectos nocivos para así lograr que el paciente fumador sienta la percepción del riesgo. Los resultados coinciden con estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud una publicación científica y técnica en el 2014 y con los estudios de Fernández (2017).

La clasificación que existe con un mayor número de adolescentes fumadores en las familias moderadamente funcional con un total de 11 lo cual representa un 44 %, seguido por las familias funcionales con un total de 9 pacientes para un 36 %, mientras que las familias disfuncionales representan el 20 % con un total de 5 pacientes. Lo cual demuestra que en aquellas familias donde la comunicación no es buena entre sus miembros y en especial con los aspectos relacionados con el fumador, sus preocupaciones y principales motivaciones fue donde predominó el hábito de fumar. Nuestros resultados coinciden con los estudios de Fernández (2017).

La influencia de agentes socializadores como la familia, el grupo de amigos, la comunidad y la escuela en la decisión de un adolescente de consumir nicotina, es uno de los elementos de mayor relevancia dentro de la investigación, teniendo en cuenta la importancia que alcanza el ejemplo de la familia en la decisión de fumar de los adolescentes, así como la relevancia que adquiere en la adolescencia, las relaciones familiares.

En el estudio realizado, el comportamiento familiar tiene gran influencia en la determinación de fumar, lo cual coincide con Quinzán, Solano, López, Pérez y Ramón

(2015), quienes refuerzan la necesidad de realizar un trabajo de prevención y educación para la salud que no incluya solo al adolescente fumador, sino también a aquellos individuos con los que convive, puesto que los adolescentes que residen con fumadores no solo están expuestos pasivamente al humo del cigarrillo, sino que tienen grandes posibilidades de convertirse en fumadores activos.

En cuanto al nivel de conocimientos que poseen los pacientes fumadores acerca de los sobre los daños que provoca a la salud el hábito de fumarse evidencia que las principales complicaciones conocidas por los adolescentes fumadores son las respiratorias sobre todo el catarro común con 18 pacientes representando el 72 %, seguidas por las digestivas como la gastritis aguda con 14 pacientes para un 56 % y en tercer lugar las complicaciones psicológicas con un total de 11 adolescentes lo cual representa el 44 % de la muestra.

Estos resultados coinciden con estudios realizados por Gallego (2014), el nivel de conocimientos que poseen los pacientes fumadores acerca de los daños provocados al embarazo y al feto evidenciando que 10 adolescentes conocen acerca de los abortos espontáneos representando un 40 %, luego malformaciones congénitas en el feto con 8 para un 32% y otros 7 tienen conocimientos acerca de los partos prematuros para un 28%. No se encontraron estudios que nos permitieran realizar comparaciones al respecto

Al evaluar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes fumadores antes y después de la estrategia de intervención, se observó que antes de la intervención solo 4 fumadores tenían un nivel de conocimiento alto representando un 16 %, 12 un nivel medio, representando un 48% y 9 un nivel bajo para un 36%. Después de la intervención se evidenció un aumento positivo en el conocimiento de los adolescentes fumadores con un nivel de conocimiento alto: 12, para un 48 %, un nivel medio 11, para un 44 %, y un nivel bajo: 2 para un 8 %. Izquierdo (2015) obtuvo resultados similares a los nuestros. En nuestro municipio la autora Gallego (2014) y Fernández (2017) obtuvieron resultados similares.

Si se lograra reducir en magnitud importante el tabaquismo, podrían evitarse 15083 muertes en Cuba; de ellas 6 318 por cáncer, 6 288 por enfermedades cardiovasculares y 2 477 por bronquitis crónica y enfisema, causas de muerte entre las principales, en la población adulta cubana, calculando con base en los resultados presentados. Esto es posible lograrlo, pues se cuenta en el país con la disposición de las autoridades administrativas-políticas y la disposición de más de la mitad de los fumadores para dejar de fumar. Consideramos que el estudio resultó un impacto al elevar los conocimientos sobre los efectos nocivos del tabaquismo y disminuir de manera significativa la prevalencia del hábito de fumar entre los adolescentes estudiados, lográndose el objetivo principal.

Lo cual demuestra que a pesar de que solo 3 adolescentes abandonaron el hábito se pudo constatar la actitud positiva de los adolescentes ante la necesidad de disminuir el consumo de cigarrillos para prevenir complicaciones a su salud, la de su familia y personas que les rodean, demostrando que se pueden obtener logros si la constancia es el factor que caracteriza el accionar diario del médico y la enfermera de la familia para lograr una mejor calidad de vida de esta población. Estos 3 adolescentes junto a 2

adolescentes más que aunque no abandonaron el hábito de fumar si disminuyeron la cantidad de cigarrillos consumidos por día y desean una ayuda para abandonar este dañino hábito que tantas consecuencias trae para la salud tanto del individuo fumador como del que lo rodea, los logré incorporara la consulta de deshabituación tabáquica, apoyándome en un grupo multidisciplinario (enfermeras, psicólogo, rehabilitador, promotores de salud) que trabajan en mi comunidad.

Dejar de fumar constituye probablemente la determinación aislada más importante que un fumador pueda tomar a lo largo de su vida para mejorar su salud, esta y otras intervenciones educativas como las de Izquierdo (2015), Gallego (2014) y Fernández (2017) que han aportados resultados alentadores en cuanto a la tasa de dejación del hábito, pero se ha demostrado que muy pocos sujetos logran dejar de fumar en un solo intento y que este empeño requiere de más acciones educativas.

CONCLUSIONES

En el estudio predominó el hábito de fumar en adolescentes de 16 a 19 años, del sexo masculino, con secundaria terminada y adolescentes que conviven con adultos fumadores. Predominaron las familias moderadamente funcionales. Se logró elevar el nivel de conocimiento de los adolescentes fumadores sobre los daños que provoca a la salud el hábito de fumar. Se modificaron conductas en los adolescentes con respecto al hábito de fumar, logrando una alta representación de adolescentes que disminuyeran el hábito de fumar y tres lo abandonaran.

Predominó el hábito de fumar en adolescentes de 16 a 19 años, representando el 48 % de la muestra estudiada, siendo un 60% del sexo masculino, se evidenció un predominio de la Secundaria terminada con un 52 % y que conviven con adultos fumadores un 32%. Predominaron las familias moderadamente funcionales en un 44%.

Predominaron los fumadores varones entre 16 y 19 años y que conviven con adultos fumadores. Se logró elevar el nivel de conocimiento de los adolescentes fumadores, sobre los daños que provoca a la salud el hábito de fumar. Se modificaron conductas en los adolescentes con respecto al hábito de fumar, logrando una alta representación que disminuyeran el hábito de fumar y tres lo abandonaran.

REFERENCIAS

Ariza, C., Nebot, M., Villalbí, J. R., Díez, E., Tomás, Z. y Valmayor, S. (2015). *Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona*. GacSanit.

Álvarez, R. (2015). *Temas de Medicina General Integral*: vol.II Cap. 43. La Habana: Ciencias Médicas.

Bonet, M. y Varona, P. (2014). *III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no trasmisibles*. Cuba 2010-2011. La Habana: Ciencias Médicas. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/indice_p.htm

Fernández, A. (2017). *Estrategia de intervención educativa en fumadores del CMF Vedado 5, septiembre 2014 a julio 2016* (tesis diploma inédita). Universidad de Ciencias Médicas, Policlínico Docente Mario Pozo Ochoa, Las Tunas.

Gallego, Y. (2014). *Intervención educativa en adolescentes fumadores de la comunidad de Paso Pata. Municipio Jesús Menéndez, 2013* (tesis de diploma inédita). Universidad de Ciencias Médicas, Policlínico Docente Mario Pozo Ochoa, Las Tunas.

Izquierdo, R. (2015). *El Tabaquismo y su prevención educativa en la población de un consultorio médico del Policlínico universitario "Hermanos Cruz"*. Pinar del Río, julio-agosto.

Martín, M. Á., Echevarría, E., Sánchez, C. M., Hernández, M. I., Triana, M. y Hernández, O. A. (2015). *Comportamiento del tabaquismo en los adolescentes del Reparto Fructuoso Rodríguez, Cárdenas*. *Rev médica electrónica, 37*(6): [aprox.9p.]. Recuperado de http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1432

Montano, J. A. y Prieto, V. I. (2014). Factores de riesgo y enfoque preventivo [Internet]. En: R. Álvarez. *Medicina General Integral. Salud y Medicina*. Cap.43. vol. II. (p.369-76). La Habana: Ciencias Médicas. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo2_3raedicion/cap43.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). *Iniciativa librarse del tabaco. Juventud libre de tabaco Informe de un Grupo Científico de la OMS.* Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/tobacco/wntd/2008/es

Paterno, C. A. (2014). Factores de riesgo coronario en la adolescencia. Estudio FRICELA. *Revista Española de Cardiología*. Recuperado de http://www.revespcardiol.org/es/factores-riesgo-coronario-adolescencia-estudio/articulo/13047009

Quinzán, A. M., Solano, Y., López, A. C., Pérez, L. A. y Ramón, R. (2015). Prevalencia del tabaquismo en adolescentes de la Secundaria Básica "Argenis Burgos". *MEDISAN, 19*(10). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001000008&lng=es

Rojas, M. (2015). Encuesta mundial sobre tabaquismo en la juventud. *Boletín Epidemiológico/OPS*, 22.

Suárez, N. (2016). El Consumo de productos manufacturados del tabaco en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública, 32*(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-346620060002&lng=es&nrm=iso

CARACTERIZACIÓN DEL ASMA BRONQUIAL EN LOS ADULTOS ASMÁTICOS DE UN CONSULTORIO MÉDICO DEL ÁREA DE SALUD DE VÁZQUEZ

CHARACTERIZATION OF THE BRONCHIAL ASTHMA IN THE ASTHMATIC ADULTS OF MEDICAL DISPENSARY OF THE AREA OF HEALTH OF VAZQUEZ

Yuliet Rodríguez Feria

Keila Margarita Almaguer Peña juanpablo@ltu.sld.cu

Diana Pupo Pérez

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de caracterizar los pacientes asmáticos adultos del CMF 11 del Área de Vázquez, de septiembre a diciembre del 2018. La población estuvo constituida por los 79 pacientes asmáticos mayores de 20 años, la muestra coincide con el total de población. Se aplicó una encuesta donde se incluyeron variables de interés determinando las características de los pacientes asmáticos. El análisis de los resultados se realizó mediante el método estadístico del porciento. En esta comunidad predominan los pacientes con Asma Bronquial Ligera Persistente, del sexo masculino, entre los 25 y 59 años de edad. Más de la mitad de los pacientes poseen ocupaciones con uno o varios riesgos, con APF de asma bronquial y alergia, expuestos a la contaminación ambiental (humo), con la presencia de animales domésticos. El mayor porcentaje se encuentran bajo la influencia del estrés. No es habitual el tratamiento combinado con MNT.

PALABRAS CLAVES: Asma bronquial, adulto, factores desencadenantes.

ABSTRACT

It carried out a descriptive study with the objective to characterize the asthmatic adult patients of the CMF 11 of the area of Vazquez, of September to December of the 2018. The population was constituted for the 79 patient asthmatic 20-years elders, the sample coincides with the total of population. Applied an inquiry in which it is included variable of interest by deciding the characteristics of the asthmatic patiens. The analysis of the results was carried out by means of the statistical method of the by the hundreds. In this community they predominate the patients with bronchial light persistent asthma, of the masculine sex, between the 25 and 59 years of age. More than the half of the patients they possess occupations with one or several risks, with pathological antecedents familiars of bronchial asthma and allergy, exposed to the environmental contamination (smoke), with the presence of domestic animals. The bigger percentage it finds below the influence of the stress. It is not habitual the combined treatment with MNT.

KEY WORDS: Bronchial asthma, adult, triggers factors.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no constituyen un problema nuevo, surgieron junto con la propia humanidad. La trascendencia social que tienen estas enfermedades debido a su morbilidad y su mortalidad, su larga duración, el elevado número de incapacidades que originan y la carga económica que representan para la sociedad, tanto desde el punto

de vista laboral como de los costos derivados de su asistencia, han colocado a los sistemas de salud ante un nuevo reto para lo que necesitan una visión nueva dada por la reorientación de las prioridades y la creación de estrategias y de nuevos enfoques de enfrentamiento (World Health Organization, 2016).

Las enfermedades respiratorias crónicas representan un importante problema de salud en las sociedades occidentales, por su morbimortalidad y por ser una causa muy relevante de ingresos hospitalarios y consultas en Atención Primaria, entre las más frecuentes se encuentra el Asma Bronqual (MINSAP, 2014).

Desde la antigüedad (460-130 a.n.e.) el asma requirió de atención médica. Hipócrates, Galeno y Areteo de Capadocia la consideraban una enfermedad de origen sobrenatural o un castigo divino, por lo que la mayor parte de las recetas y remedios empleados en aquella época se acompañaron de sacrificios, exorcismos y oraciones. Como afección inflamatoria no fue reconocida hasta 1960, cuando los medicamentos antiinflamatorios comenzaron a ser utilizados. Entre las enfermedades crónicas no trasmisibles esta afección es reconocida como la “epidemia del siglo XXI”.

A escala mundial resulta de gran interés por su complejidad en cuanto a la carencia de un agente causal único, su predisposición familiar poligénica, la intermitencia de su sintomatología clínica altamente relacionada con el ambiente, las variadas actividades desarrolladas por los pacientes, la necesidad de un examen de laboratorio que permita confirmar su presencia (estándar dorado), así como la complejidad y duración del tratamiento (Márquez Chacón, Collado Llópiz, Sagaró del Campo, Sánchez Silot y Estrada Pereira, 2017)

El asma bronquial (AB) es una enfermedad crónica respiratoria, inflamatoria de origen multifactorial, se caracteriza por hiperactividad bronquial. Esta inflamación causa episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, especialmente durante la noche. Estos síntomas se asocian habitualmente a un grado variable de obstrucción de las vías aéreas que es con frecuencia reversible, ya sea de forma espontánea o mediante tratamiento (World Health Organization, 2016).

La Organización Mundial de Alergia estima que el asma afecta aproximadamente a 300 millones de personas en todo el año (MINSAP, 2014). Se pronostica que para el 2025 esta cifra se multiplique entre 45 y 59 %, lo que representaría aproximadamente 100 millones más de individuos con la enfermedad. Las tasas de prevalencia varían notoriamente entre los diferentes países y localidades, con aumento marcado en EE.UU., Inglaterra, Alemania, Nueva Zelanda y Australia (Márquez Chacón y otros, 2017)

En los Estados Unidos se calcula que el asma bronquial afecta entre el 4-5 % de la población, aunque otros autores revelan que puede llegar hasta el 14.8 %. En España entre el 5 y 15 % de la población padece la enfermedad (World Health Organization, 2016).

Latinoamérica tiene una de las prevalencias más elevadas del mundo, en Colombia en la población general es de 8.1, a 13 %, en Brasil llega al 25 % por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ratifica que constituye un problema de salud pública. Por otra parte, en Uruguay se comunica una prevalencia acumulada de 24.6 % y actual entre 15.7 % - 18.7 % en menores de 15 años. En Cuba la prevalencia

aceptada es de 8.3 % en la población general (mayor en los niños que en adultos) con una mortalidad de 3,5 por 100 000 habitantes (Masoli, Denise, Shaun y Richard, 2016).

Como vemos Cuba no está ajena de esta realidad, pues presenta una alta morbilidad y elevado costo socioeconómico, estadística que la ubica como uno de los países con más prevalencia de esa enfermedad, atribuible a factores ambientales y hereditarios; con una tasa de 93,8 por cada 1000 habitantes, la prevalencia es de 8,6 % en adultos y de 14 % en menores de 15 años, 11 ligeramente superior en el sexo femenino y en individuos de zonas urbanas (Márquez Chacón y otros, 2017)

El asma es una enfermedad psicosomática que reduce la calidad de vida de quien la padece y tiene el riesgo de progresar en intensidad hasta producir daño e incapacidad permanente. Su prevalencia e incluso su mortalidad están aumentando en todo el mundo por causas aún desconocidas. Por todo ello, es muy importante su diagnóstico temprano y el inicio de medidas de tratamiento adecuadas, basadas en el tipo y nivel de severidad que presenta cada paciente, para poder brindar el mejor pronóstico posible y calidad de vida. Esta enfermedad afecta a todos los grupos de edades y constituye el objetivo de diversas intervenciones clínicas y de salud pública.

El Programa Nacional de Prevención de las enfermedades alérgicas y asma bronquial, de referencia obligada para los médicos de la familia, es reevaluado periódicamente, con el propósito de identificar aciertos y desaciertos, y hacerlo más útil y dinámico, mediante las necesarias transformaciones que deben ser conocidas por los profesionales del primer nivel de atención. Estos constituyen la puerta de entrada de muchos enfermos, y ocupan un lugar privilegiado en el manejo efectivo de la problemática del comportamiento del asma, pues conocen al paciente, su entorno social, laboral y familiar, lo cual les permite un seguimiento con los recursos disponibles para su tratamiento integral y ejecutar acciones de salud, de forma tal que puedan mitigarse las manifestaciones de esta enfermedad y con ello disminuir la carga discapacitante asociada a ella y los años de vida potencialmente perdidos.

El desarrollo de nuestros profesionales, a partir de la identificación de las necesidades de aprendizaje, es indispensable para garantizar la calidad de los programas de superación profesional en cualquiera de sus variantes (De la Vega Pazitková, Pérez Martínez, Castillo Iriarte y Fabré Ortiz, 2015).

En el Área de Salud de Vázquez hasta diciembre del año 2018, existían un total de 1228 pacientes asmáticos dispensarizados. En el CMF # 11 de un total de población de 637, 111 de ellos son asmáticos.

La educación para la salud es un pilar fundamental en el tratamiento del paciente con asma ya que reduce el riesgo de padecer una exacerbación, aumenta su calidad de vida y disminuye los costes sanitarios. El objetivo es proporcionar al paciente los conocimientos y las habilidades necesarios para mejorar su autocuidado y para conseguir una mayor adherencia al tratamiento y un mejor control de la enfermedad (Llauger Rosselló, Brau Tarrida y Simonet Aineto, 2016).

La creciente complejidad de esta afección en la población adulta obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de promoción y educación dirigidas a prevenir su aparición, además de detectar precozmente diversos factores de riesgo que favorecen su presencia. Este trabajo se realiza con la finalidad de caracterizar la enfermedad en el

adulto, para conocer su comportamiento en la comunidad y poder trasmitir al paciente el conocimiento adecuado sobre las características de la enfermedad con la que conviven, sus numerosos factores de riesgo, sus complicaciones y educarlos en mantener un estilo de vida favorable que les permita proteger su salud.

Metodología empleada

Se realizó un estudio descriptivo en los adultos asmáticos del CMF # 11 del Área de Salud de Vázquez, en el período comprendido de septiembre a diciembre del 2018. La población estuvo constituida por los 79 pacientes asmáticos mayores de 20 años, la muestra coincide con el total de población.

Para dar salida a este objetivo se recopilaron datos del total de pacientes asmáticos adultos del CMF # 11, su distribución según edad, sexo, ocupación, antecedentes patológicos familiares y clasificación de la enfermedad, para lo cual nos apoyamos en la información recepcionada en las Historias de Salud Familiar y las Historias Clínicas Individuales de cada uno de los pacientes, además de los datos obtenidos mediante la aplicación de una encuesta.

Para el procesamiento y análisis de los datos se empleó la estadística descriptiva utilizando como medidas de resumen fundamentales las frecuencias absoluta y relativa. Los datos se presentaron en tablas de distribución de frecuencias para su mejor ilustración y comprensión.

Los resultados obtenidos se describieron e interpretaron empleando la literatura internacional actualizada para su discusión, lo que permitió arribar a conclusiones y emitir recomendaciones.

Es una enfermedad compleja, multifactorial ya que está determinada por la interacción entre una heterogeneidad genética y factores ambientales que regulan la expresión de sus manifestaciones físicas, químicas y fisiológicas, es decir, su fenotipo, el cual es influenciado por eventos precoces en la vida, tales como la intensidad y duración de la exposición a alérgenos (especialmente el dermatophagoides), la dieta, las infecciones respiratorias y la presencia o ausencia de factores protectores que estimulan las poblaciones linfocitarias (Venero-Fernandez, 2016).

Tabla # 1. Distribución de los pacientes estudiados por edad y sexo.

Distribución de pacientes según:	Calificación	No	%
Edad en años	20 – 24	16	20.25
	25 – 59	41	51.89
	60 – 64	5	6.32
	65 y más	17	21.51
Total		**79**	**100**

Sexo	Femenino	35	44.30
	Masculino	44	55.69
Total		**79**	**100**

Fuente: Historias de salud familiar.

En la tabla 1 se muestra el total de pacientes asmáticos que pertenecen al CMF # 11 y su distribución según la edad. Podemos apreciar que de 79 pacientes asmáticos, predominó el grupo de 25-59 años para un 51.89 %, resultando más de la mitad. El grupo de menor incidencia fue el de 60 a 64 años, con un 6.32 %. De un total de 79 pacientes asmáticos, 44 resultaron ser hombres para un 55.69 %, lo que nos lleva a analizar que más de la mitad de los pacientes asmáticos de esta comunidad son masculinos.

Tabla # 2. Distribución de los pacientes estudiados según factores de riesgo.

Factores de riesgo	Clasificación	No	%
Antecedentes Patológicos Familiares de AB y alergia	Con antecedentes	51	64.55
	Sin antecedentes	28	35.44
Antecedentes Personales de Tabaquismo	Con antecedentes	39	49.36
	Sin antecedentes	40	50.63
Ocupación con niveles de riesgo	Ocupación con riesgo	34	43.03
	Ocupación sin riesgo	45	56.96
Clasificación de la enfermedad	-I. Severa Persistente	5	6.32
	-II.Moderada Persistente	2	2.53
	-III.Ligera Persistente	9	11.39
	-IV.Ligera Intermitente	63	79.74
Exposición a contaminación ambiental	-Expuestos	59	74.68
	-No expuestos	20	25.31
Exposición a agentes alérgenos	-Expuestos	59	74.68

	-No expuestos	20	25.31
Presencia de animales domésticos en el hogar	-Expuestos	58	73.41
	-No expuestos	21	26.58
Valoración psicológica por estrés	-Manifiesta	43	54.43
	-No manifiesta	36	45.56
Uso del tratamiento médico	-Uso de tratamiento convencional	52	65.82
	-Uso de tratamiento combinado con MNT	27	34.17

Fuente: Historias de Salud Familiar y Encuesta

En la tabla 2 observamos que más de la mitad de los pacientes, 51 para un 64.55 %, presentan antecedentes familiares de asma o alergia. No existe una diferencia importante entre los pacientes asmáticos fumadores y los no fumadores, 39 para un 49.36%; y los que nunca han fumado, 40 para un 50.63%, lo que nos demuestra que en ellos el tabaquismo no es un factor determinante. El 43.03% de los pacientes trabaja bajo condiciones de riesgo como: polvo, cemento, humo, humedad. Muchos de estos pacientes laboran en la construcción, en almacenes, cocinas y comedores de escuelas, en limpieza utilizando limpiadores aromáticos y desinfectantes. Varias de las mujeres han cocinado en algún momento con carbón o leña y algunas lo hacen a diario.

Según su clasificación, queda demostrado que el mayor número de pacientes padece de Asma ligera intermitente, 63 para un 79.74% y les sigue los pacientes con Asma ligera persistente para un 11.39 %. Se encuentran expuestos a la contaminación ambiental 53 pacientes para un 74.68 %. Para la mayoría, el medio aparece como una causa importante de la morbilidad y mortalidad por asma bronquial. En esta comunidad no existe conciencia de los riesgos que ocasiona la contaminación ambiental.

El 74.68% de ellos se encuentra expuesta a agentes alérgenos. Existe un 73.41 % de asmáticos que conviven con animales domésticos (perros, gatos, conejos o curieles en el hogar por lo que están expuestos a alérgenos inhalantes como son el pelo y caspa de estos animales. Los alimentos que predominan habitualmente como el huevo, el pescado, el chocolate (alérgenos ingestantes), también se incluyen.

A través de una Escala de Autovaloración de Estrés realizada por una Licenciada en Psicología, obtuvimos que, de los 79 pacientes, 43 de ellos sufren de estrés para un 54.43%. En una revisión exhaustiva de la Historia Clínica de cada paciente comprobamos que no es habitual el uso del tratamiento combinado con MNT, solo 27 asmáticos para un 34.17 % han sido tratados utilizando este método. El tratamiento del asma con la medicina alternativa crece considerablemente. El uso de la MNT se ha convertido en un método eficaz y sus técnicas se han tomado como una forma más de tratar al paciente asmático.

La falta de éxito de las terapias actuales del asma ha resultado en elevado el número de pacientes que buscan aproximaciones a la medicina complementaria y alternativa para tratar su padecimiento. Como consecuencia, la búsqueda de efectividad de bajo riesgo, sin terapias con fármacos que proporcionen tratamiento adjunto, valioso o alternativo en el tratamiento del asma, es clínicamente atractiva y relevante. Existe gran interés en la medicina alternativa y complementaria, y su participación en el tratamiento del asma crece a una tasa significativa. En Cuba, la MNT no se utiliza como un procedimiento adicional o alternativo; sino que se considera como una verdadera disciplina científica que puede ser aplicada por médico o enfermeras, ya que su aprendizaje es de relativa facilidad (Harrison, 2014).

Nuestra investigación coincide con otros autores en que el efecto nocivo de la tenencia de animales domésticos puede exponer a los pacientes a un flujo de alérgenos intenso como el pelo y la caspa de los animales, que se han considerado elementos alergénicos importantes no solo como factor incitante, sino también como agente etiológico de la inflamación (Márquez Chacón y otros, 2017).

CONCLUSIONES

Lograremos un mayor control del asma bronquial si como médicos conocemos las características de la enfermedad y su comportamiento en los pacientes asmáticos de nuestra comunidad. En el estudio conocimos que predominan los pacientes con Asma Bronquial Ligera Intermitente. Los pacientes asmáticos se encuentran en su mayoría entre los 25-59 años de edad. La enfermedad prevalece en el sexo masculino. El 56.96% de los pacientes tienen ocupaciones con uno o varios riesgos. El mayor porcentaje de pacientes cuenta con Antecedentes Patológicos Familiares de asma bronquial y alergia. El 74.68% de los pacientes se encuentran expuestos a la contaminación ambiental, principalmente a los alérgenos inhalantes como el humo. Es habitual la presencia de animales domésticos en los hogares, a pesar de que uno o varios de sus miembros sean asmáticos. El 54.43% de estos pacientes se encuentran bajo la influencia del estrés. No es habitual el uso del tratamiento combinado con Medicina Natural y Tradicional.

REFERENCIAS

De la Vega Pazitková, T., Pérez Martínez, V. T., Castillo Iriarte, L. y Fabré Ortiz, D. (2015). Necesidades de aprendizaje sobre el asma bronquial de los especialistas de Medicina General Integral. *Educ Med Super, 29*(4), 706-717. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000400005&lng=es

Harrison (2014). *Principios de Medicina Interna*. 19a edición [internet]. McGraw-Hill. Harrison online en español. Recuperado de http://www.harrisonmedicina.com/content.aspx?aID=83920&searchStr=asma#83920

Llauger Rosselló, M. Brau Tarrida, A. y Simonet Aineto, P. (2016). *Patología respiratoria*. Elsevier España, S.L.U.

Márquez Chacón, A., Collado Llópiz, K., Sagaró del Campo, N., Sánchez Silot, C. y Estrada Pereira, G. A. (2017). Manifestaciones clínicas en pacientes con asma persistente. *MEDISAN, 21*(7). Recuperado de http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1613

Masoli, M. Denise, F. Shaun, H. y Richard, B. (2016). *Global Burden of Asthma(TM). Gin Asthma J.* Recuperado de http://www.ginasthma.com-/download.asp?intId=29.pdf

MINSAP (2014). *Estadísticas de Asma ofrecidos por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cuba* (INHEM). Recuperado de http://files.sld.cu/alergia/files/2014/06/microsoft-word-datos-de-asma-2014.pdf

MINSAP (2018). *Anuario Estadístico de Salud*. Cuba. MINSAP. La Habana. Recuperado de http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf

Venero-Fernandez, SJ. (2016). *Estadísticas de Asma. Informe Comision Nacional de Asma*. MINSAP, Cuba. Recuperado de http://instituciones.sld.cu/inhem/asma.2016/

World Health Organization (2016). *Bronchial asthma: scope of the problem. WHO Genève*. Recuperado de http://www.who.int/entity/respiratory-/asthma/scope/en/index.html

FACTORES ASOCIADOS A LA FARINGITIS CRÓNICA. LAS TUNAS NOVIEMBRE 2016 - ENERO 2019

CORRELATED FACTORS THE CHRONIC PHARYNGITIS.THE TUNAS NOVIEMBRE 2016 - JANUARY 2019

Yunia Ferrás Pozo fashion67@nauta.cu

Gerardo Jorge Rondón Rodríguez gerardojorger@ltu.sld.cu

Luraizy Rodríguez Ochoa luraizy.rodriguez@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal a pacientes con faringitis crónica atendidos por el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Docente ¨Dr. Ernesto Guevara De La Serna¨ de Las Tunas, durante el periodo comprendido entre noviembre de 2016 a enero de 2019, con el objetivo de determinar los factores asociados a la enfermedad. El universo de estudio estuvo conformado por todos los pacientes que fueron atendido en consultas de Otorrinolaringología. La muestra fue de 123 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Obteniéndose como resultados, el predominiodel sexo femenino y el grupo etario de 45 a 49 años,los síntomas más frecuentes fueron el ardory sequedadfaríngea. Los factores asociados más frecuentes fueron los trastornos alérgicos y el reflujo gastroesofágico. Los pacientes fumadores y expuestos a irritantes fueron los más susceptibles de padecer la enfermedad. El ardor, sequedad e hiperemia mucosa fueron los síntomas y signos predominantes.

PALABRAS CLAVES: Faringitis crónica, factores asociados.

ABSTRACT

A descriptive transverse study to patients with chronic pharyngitis taken care of by Otorrinolaringología's service of the Hospital General Docente came true. Ernesto Guevara De The Serna of The Prickly Pears during the period understood between november 2016 to january 2019, for the sake of determining correlated factors, the disease. The universe of study was shaped for all of the patients that were attended in Otorrinolaringología's consultations. The sign belonged to 123 patients that fulfilled the criteria of inclusion. Being like results, the predominance of the female sex and the group etario of 45 to 49 years, the most frequent symptoms were the ardor and pharyngal dryness. The factors once more were associated frequent the allergic upsets and the reflux were gastroesofagic. The patient smokers and the most susceptible to suffer the disease were to irritants exposed. Ardor, dryness and hiperemia mucous they were symptoms and prevailing signs.

KEY WORDS: Chronic pharyngitis, correlated factors.

INTRODUCCIÓN

La faringitis crónica se define como una enfermedad por exclusión. Los propios pacientes la describen como una sensación de cuerpo extraño, de flema, como de carraspera, que ya presentan desde hace tiempo. Según el aspecto del epitelio de la parte posterior de la faringe se diferencian tres tipos: simple cuando produce dolor, carraspeo, tos o sensación de cuerpo extraño o de presencia de secreciones en la

faringe; granulosa cuando presenta un epitelio inflamado o engrosado; o atrófica (Ballenger, 1987).

La faringitis crónica respiratoria: se origina como consecuencia de una obstrucción de la nariz, por un ambiente seco y polvoriento, por fumar tabaco o a causa de otros exponentes fisicoquímicos, como puede ser los gases tóxicos o las radiaciones de la atmósfera.

Faringitis crónica digestiva: esta se produce por ingestión de alcohol y por alimentos picantes, calientes o por la irritación de los jugos gástricos (una de las causas más frecuentes de faringitis crónica).

Faringitis crónica alérgica: su origen está en enfermedades alérgicas (rinitis alérgica).

Faringitis crónica metabólica: los responsables de esta faringitis son cambios hormonales o metabólicos del organismo (Ballenger, 1987).

Esta afección representa una de las enfermedades que más provoca asistencia a consultas médicas y ausencia laboral entre la población adulta de cualquier país. The National Ambulatory Medical Care Survey estima alrededor de 18 millones de pacientes buscan tratamiento médico por dolor de garganta anualmente en los Estados Unidos. A nivel mundial más de 11 millones de pacientes anualmente acuden a las consultas médicas por crisis de faringitis crónica agudizada constituyendo la causa más frecuente de ausencia al trabajo. El dolor de garganta constituye la condición más evidente según un estudio realizado en Escocia refiere que el 31% de los pacientes afectados han tenido por lo menos una crisis en el último año (Burdi 1967).

En Cuba existen pocos trabajos que nos hablen de faringitis crónica de forma general y relacionen la incidencia y prevalencia de la misma. En la provincia de Las Tunas, la faringitis crónica constituye una causa frecuente de asistencia a cuerpo de guardia de otorrinolaringología del hospital provincial y también de seguimiento en consultas externas en los policlínicos de las áreas de salud (Salkind, 2010).

Teniendo en cuenta el elevado número de pacientes que acuden a la consulta de otorrinolaringología con faringitis crónica y que, en nuestro medio, no se reportan estudios fundamentados que muestren lo referente a este problema de salud, nos motivamos a realizar una investigación al respecto con la intención de disminuir su frecuencia y determinar los factores asociados a la enfermedad.

Al analizar el cuadro #1 donde se realizó la distribución según factores asociados o antecedentes patológicos personales, observamos que predominaron los pacientes con antecedentes de alergias en 94 pacientes para un 76.4%, seguido del reflujo gastroesofágico con 72 para un 58.5% nos llama la atención que los pacientes con antecedentes de alcoholismo solo representaron un 11%.

Dentro de los cuadros de agudizaciones de la faringitis, muchos estudios aseguran la causa viral con un 80 %, la bacteriana 10 % y dentro de las causas no infecciosas se destacan otras condiciones tales como: alergias, el reflujo gastroesofágico, secreción postnasal secundaria a la rinitis de cualquier causa, el catarro persistente y el hábito de fumar (Mainie, 2016).

El reflujo faringolaríngeo es definido como el movimiento retrógrado del contenido gástrico a la laringe, faringe y tracto digestivo superior. No es más que el paso de contenido gástrico por encima del esfínter esofágico inferior, en ausencia de náuseas, vómitos o eructos. En determinadas situaciones se puede considerar como fisiológico, como ocurre tras las comidas u su duración es breve (Patterson, 2017).

La mucosa por encima de esfínter esofágico inferior no está lo suficientemente preparada para defenderse frente al ácido, ni alcalinos ni pepsina. La mucosa de hipofaringe es especialmente susceptible frente a poca cantidad de dicho material y con poco tiempo de exposición. Patología con una alta incidencia, responsable de casi el 70% de las afecciones benignas de garganta que cursan con sensación de cuerpo extraño en la garganta, sequedad, carraspera y en ocasiones cambios en el timbre de la voz (Patterson, 2017).

Las desviaciones septales es uno de los factores que con más frecuencia aparecen en nuestro trabajo. Coincidiendo con otros estudios. La desviación de tabique implica que una fosa nasal se encuentre parcialmente obstruida por la proyección del tabique, con importantes implicaciones en la reparación nasal. Realmente no siempre existe una correlación entre nariz derecha con tabique derecho, ya que en ocasiones puede que la nariz esté derecha vista desde el exterior, aunque el septum se encuentre desviado. Sin embargo, cuando la nariz esta torcida vista desde el exterior seguramente todo el septum se encuentra desviado. Se produce como consecuencia de una importante obstrucción nasal, mantenida durante largos periodos de tiempo, de manera que el paciente se ve obligado a respirar por la boca durante el sueño (Alvarez, 2007).

Otro de los factores asociados son las gastritis esto se explica por el mismo mecanismo del reflujo gastroesofágico que se incluye dentro de esta enfermedad (Faringitis crónica, 2019).

Cuadro #1: Distribución según factores asociados. Las Tunas 2019.

Enfermedad	Número de casos	%
Alergia	94	76.4
Reflujo gastroesofágico	72	58.5
Gastritis	32	26.0
Sinusitis	27	21.9
Desviaciones septales	26	21.1
Parasitismo intestinal	23	18.6
Amigdalitis crónica	19	15.4
Bronquiectasia pulmonar	15	12.1
Alcoholismo	11	8.9
Ulcera péptica	9	7.3

Al analizar el cuadro #2 donde se realiza la distribución según hábito tóxico, observamos que la mayor cantidad fumaban 84 para 68.3% del total de pacientes estudiados.

Al respecto; Abreu, enfatiza que “los cigarrillos aportan gran cantidad de componentes nocivos por cada bocanada de humo que se da”. Si nos centramos en uno de estos elementos, alquitrán, por ejemplo, podemos afirmar que dicha sustancia irrita la garganta del fumador de forma inmediata; cuando a estos se suman otros factores como bajas temperaturas, contaminación y que en fiestas pasadas canto, gritó, bebió alcohol, explicando el aumento de casos de agudización de la faringitis crónica (Abreu, 2011).

Además, otro químico del tabaco, la nicotina, tiene cierto efecto que nadie o casi nadie tiene en cuenta; relaja el musculo que existe en la unión entre el esófago y estómago, favoreciendo el reflujo gastroesofágico. La situación se agrava cuando la persona ingirió alcohol o comida abundante pues, además de irritar la garganta promueve el aumento de secreción ácida en el estómago (Alfaro, 2007).

En cuanto a los hábitos tóxicos y como factor asociado a la faringitis crónica en el adulto poco se ha estudiado; pero la mayoría de la literatura revisada coincide en que el hábito de fumar condiciona la aparición de la agudización de la faringitis (Genotipe and Smoking, 2013).

Cuadro # 2: Hábitos tóxicos. Las Tunas 2019.

Hábitos tóxicos	**Número de casos**	**%**
Hábito de fumar	84	68.3
Ingestión de alcohol	29	23.6

Al analizar el cuadro # 3 donde se realiza la distribución de los síntomas más frecuentes, observamos que 93 presentaban sensación de ardor para un 75.6%

Otros autores plantean que las agudizaciones se acompañan de inflamación, dolor de garganta, dolor a la deglución y sensación de quemazón (Esperanza Olcina, 2009).

Los propios pacientes la describen como una sensación de cuerpo extraño, de flema, como de carraspera, que ya presentan desde hace tiempo. Según el aspecto del epitelio de la parte posterior de la faringe se diferencian tres tipos: simple cuando produce dolor, carraspeo, tos o sensación de cuerpo extraño o de presencia de secreciones en la faringe; granulosa cuando presenta un epitelio inflamado o engrosado; o atrófica (O´Seaghdha, 2017).

Cuadro # 3: Distribución según síntomas. Las Tunas 2019.

Síntomas	**# de casos**	**%**
Sensación de ardor	93	75.6
Sequedad	84	68.2

Cosquilleo	76	61.7
Flema espesa	72	58.5
Carraspeo	69	56.0

Al analizar el cuadro #4 donde se realiza la distribución de los signos 84 presentaban hiperemia de la mucosa faríngea para un 68.2% del total de los pacientes estudiados.

En la literatura revisada se plantea el estado de hiperemia de la mucosa como el signo más destacado independientemente del tipo de faringitis crónica. En nuestro estudio la mayoría de los pacientes eran portador de una faringitis crónica hipertrófica lo que justifica la presencia de granulaciones y los cordones posteriores, lo que coincide con la mayoría de la literatura revisada (Traverso Fernández, 2016; Oliva González, 2017).

Cuadro # 4: Distribución según signos. Las Tunas 2019.

Signos	# de casos	%
Hiperemia de la mucosa	84	68.2
Granulaciones faríngeas	76	61.7
Cordones posteriores engrosados	59	47.9
Pared faríngea posterior lisa y brillante	44	35.7

CONCLUSIONES

En nuestra investigación pudimos observar la alta morbilidad de pacientes que acuden a nuestra consulta con Faringitis crónica lo que nos motivó a determinar los factores asociados a esta; entre los cuales se destacaron los trastornos alérgicos y el reflujo gastroesofágico. El hábito de fumar fue el hábito tóxico más frecuente. Los síntomas y signos que mayormente se observaron fueron la sensación de ardor, sequedad y la hiperemia mucosa.

REFERENCIAS

Abreu, M. y Caiaffa, W. (2011). Influncia do entorno familiar e do grupo social no tabagismo entre jovens brasileiros de 15 a 24 años. *Revista Panamericana De Salud Pública, 30*(1): 22-30. Recuperado de Academic Search Premier.

Alfaro, M. y Simi, M. (2007). Eficacia del Plan de Cinco Días para Dejar de Fumar en una ciudad de Argentina. *Revista Panamericana De Salud Pública, 21*(5): 301-306. Recuperado de Academic Search Premier.

Álvarez Urbay, M. A., Conejero Alvarez, H. F., Boudet Ávila, M., Ferrer Murgas, G. y Santana Álvarez, J. (2007). Resultados de la Terapia Neural en las Faringitis Crónicas. *AMC, 11*(2) Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000200010&lng=es.

Ballenger, J. J. (1984). *Enfermedades de la nariz, garganta y oído*. La Habana: Científico Técnica.

Burdi, A. R. y Faist, K. (1967). Morphogenesis of the palate in normal human embryos with special emphasis on the mechanisms involved. *American Journal of Anatomy,*120, pp.149-159.

Esparza Olcina, M. J. (2009). Papel de la amigdalectomía en la disminución de las faringitis recurrentes: una revisión sistemática. *Evid Pediatr 5*:75.. Database of Abstracts of Review of Effects web site (DARE). Documento número: 12009103396. Recuperado de http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12009103396

Faringitis Crónica (2016). Recuperado de http://www.clinicajuancarrero.net/index.php?option=com-docman&task=catview&gid=19&Itemid=28

Genotype and Smoking Behavior in Current Smokers Screened for Lung Cancer (2013). *Substance Use & Misuse, 48*(7): 490-494. Recuperado de Academic Search Premier.

Mainie, I., Tutulan, R., Shay, S. y otros (2016). *Acid and nono acid reflux in patients whit persistent symptoms despite acid suppressive therapy: a multicentricestudy using combined ambulatory impedance-pH monitoring*.

O'Seaghdha, M. y Wessels, M. (2013). Streptolysin O and its Co-Toxin NAD-glycohydrolase Protect Group A Streptococcus from Xenophagic Killing. *PlosPathogens, 9*(6): 1-14. Recuperado de Academic Search Premier.

Oliva González, Y., Piloto Morejón, M. e Iglesias Gómez, P. (2013). Clínica y epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años. *Rev Ciencias Médicas, 17*(1): 49-62. Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000100006&lng=es.

Patterson, R. N., Johns, B. T., Ardill, J. E., Heany, L. G. y McGravery, L. P. (2017). *Increassed tachykinin levels in introduced sptum from asthmatic and coungh patients with acid reflux,* 62;491-5.

Styn, M., Nukui, T., Romkes, M., Perkins, K., Land, S. y Weissfeld, J. (2013). CYP2A6 Genotype and Smoking Behavior in Current Smokers Screened for Lung Cancer. *Substance Use y Misuse, 48*(7): 490-494. Recuperado de Academic Search Premier.

Salkind, A. y Wright, J. (2008). Economic Burden of Adult Pharyngitis: The Payer's Perspective. *Value in Health, 11*(4): 621-627. Recuperado de Academic Search Premier.

Traverso, F., Blanco, A., Villalón, P., Beratz, N., Sáez Nieto, J. A. y Lopardo, H. (2016). Molecular characterization of invasive Streptococcus dysgalactiae subsp. equisimilis. Multicenter study: Argentina 2011-2012. *Rev. argent. Microbial. 48*(4): 279-289. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-75412016000400004&lng=es

APLICACIÓN DE LA SANGRÍA Y LA ACUPUNTURA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN EL CMF EL COROJO EN EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DEL 2017 A MAYO DEL 2019

THE APPLICATION OF THE BLOODLETTING AND THE ACUPUNCTURE IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION INTHE MEDICAL OFFICE OF FAMILYEL COROJO. SEPTEMBER 2017 TO MAY 2019

Yurilexy Ramírez Borrego yurilexyrborrego@nauta.cu

Vivian Sanchez Borges

RESUMEN

La hipertensión arterial constituye la enfermedad crónica no transmisible con mayor nivel de afectación de la calidad de vida a nivel mundial y que requiere de nuevos procederes inocuos y de fácil aplicación para su tratamiento. Se realizó un estudio caso control de corte transversal, en el período de septiembre 2017 a mayo 2019, con el objetivo de evaluar la efectividad de la sangría y acupuntura como primer proceder en pacientes con hipertensión arterial en el consultorio El Corojo del municipio Jobabo, provincia Las Tunas.El universo estuvo constituido por 94pacientes dispensarizados como hipertensos, seleccionando una muestra de 40 pacientes que acudieron al consultorio con tensión arterial altateniendo en cuentalos criterios establecidos para el estudio. La muestra se separó en dos grupos A y B a partes iguales, el primero con tratamiento con acupuntura y sangría y el segundo con tratamiento farmacológico estándar.Esta información se recogió en la historia clínica según los objetivos del estudio, los datos fueron procesados y plasmados en cuadros estadísticos para mejor interpretación de los resultados.Esta investigación permitió demostrar la efectividad de los procederes chinos tradicionales en el control de la hipertensión arterial, obteniéndose resultados satisfactorios en un 80% de los pacientes tratados con acupuntura y sangría comparado con el 90% alcanzado con la terapéutica convencional. En la comparación en cuanto a sexo, edades y comorbilidades presentes los resultados fueronequiparables en ambos grupos de estudio. El porciento de reacciones adversas apreciadas fue bajo.

PALABRAS CLAVES: Hipertensión arterial, sangría, acupuntura.

ABSTRACT

Arterial hypertension is the chronic non-communicable disease with the highest level of impairment of quality of life worldwide and which requires new, safe and easily applicable procedures for its treatment. A cross-sectional case-control study was carried out from September 2017 to May 2019 with the objective of evaluating the effectiveness of bleeding and acupuncture as the first procedure in patients with hypertension in the El Corojo clinic in the municipality of Jobabo, province of Las Tunas. 94 patients were dispensed as hypertensive, selecting a sample of 40 patients who came to the clinic with high blood pressure taking into account the criteria established for the study. This information was collected in the clinical history according to the objectives of the study, the data were processed and reflected in statistical tables for better interpretation of the results, this research allowed demonstrating the effectiveness of traditional Chinese procedures in the control of arterial hypertension, obtaining satisfactory results in 80% of patients treated with acupuncture and bleeding compared with 90% achieved with conventional therapy.

In the comparison in terms of sex, ages and comorbidities present, the results were comparable in both study groups. The percentage of observed adverse reactions was low.

KEY WORDS: Hypertension, bleeding, acupuncture.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una elevación crónica de la presión arterial sistólica y/o diastólica y constituye, con toda probabilidad, la enfermedad crónica más frecuente. Existen muchos estados patológicos relacionados con el desarrollo que ha alcanzado la sociedad y dentro de ellos sobresale la hipertensión arterial.

Esta entidad es uno de los factores más importantes, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo para el desarrollo de afecciones cardio y cerebrovasculares y es, en nuestros días, uno de los mayores focos de atención por parte de las estructuras sanitarias de todos los países desarrollados, así lo describe Miller (2006).

La hipertensión arterial es el mayor factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y es responsable de 9,4 millones de muertes anuales en el mundo, precisó un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Esta enfermedad asintomática afecta a uno de cada tres adultos, la Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente el 40 % de los adultos mayores de 25 años de edad en el mundo tiene la presión elevada.

En Cuba, la prevalencia es del 30% en zonas urbanas y 15% en las rurales. A finales de 2004, estaban dispensarizados como hipertensos el 23,9% de la población adulta mayor de 15 años, con un subregistro aproximado de un 10% de individuos hipertensos sin diagnosticar. En el 2006 incremento al 24,3% y en el 2010 se dispensariza un 25,6 % de la población. Así se presenta en el Anuario Estadístico de Cuba en 2010.

Semejante comportamiento se aprecia en la provincia Las Tunas, municipio Jobabo y en el área de influencia del Consultorio del Médico de Familia (CMF) El Corojo, con las peculiaridades propias del medio rural y un 21% de pobladores adultos hipertensos los cuales son objeto del estudio.

La evaluación del paciente hipertenso permite no solo precisar la probable causa de la HTA, sino además estratificar su riesgo según los niveles de tensión arterial, la presencia de otros factores de riesgo y de complicaciones o lesión en órganos diana (LOD). La detección precoz de complicaciones o LOD es imprescindible en la evaluación pre-terapéutica y en la evolución del hipertenso Pérez y cols (2008) así lo exponen.

Ya evaluado el paciente, la decisión terapéutica será combinar modificaciones del estilo de vida, el tratamiento específico de los factores de riesgo identificados, así como elegir los fármacos idóneos para lograr el control de la tensión arterial. Así lo plantea Cabreras y otros (2007).

La Medicina China Tradicional (MChT), es una medicina de más de 3000 años, estando vigente desde hace más de 2500 años en China y países asiáticos. Esta medicina ha venido tratando desde tiempos remotos todas las enfermedades, en mayor o menor medida, con sus peculiaridades y formas de diagnóstico y tratamiento. El tema ha sido estudiado por Díaz Masteralli (2005).

En países como el nuestro, se trabaja para elevar los niveles de salud de la población a través de actividades de promoción y prevención, así se vienen desarrollando diferentes acciones para promover el empleo cada vez más creciente de técnicas de la Medicina Natural y Tradicional (MNT), considerada no como una alternativa sino una forma más de curar.

La introducción consciente de la Medicina Natural y Tradicional en el sistema nacional de salud comienza en la última década del siglo XX, durante los peores años de la crisis económica. Las carencias y una directiva aprobada en la primera mitad de la década por el Ministro de las Fuerzas Armadas, que rige el desarrollo y fomento de la medicina natural y tradicional, fueron el abono para que el sistema de salud pública volviera los ojos hacia la tradición, prácticamente olvidada, de las plantas medicinales y los recursos de la medicina china, acuñadas inicialmente como medicina alternativa. Díaz Masteralli (2005) así lo documento.

La palabra Acupuntura proviene del latín *acus* que significa aguja y *puntura* punzar y consiste en la aplicación de agujas muy finas en determinados puntos de la piel para tratar enfermedades y retornar el equilibrio al cuerpo humano como un todo. Entre las agujas de acupuntura que se emplean existe un grupo específico con punta triangular que cuando se aplica, el orificio que deja en la piel no se cierra inmediatamente y puede sangrar, por lo que se utiliza para realizar sangrías, otro proceder de antiquísima evolución con gran aplicabilidad al tratamiento de la hipertensión arterial.

Por la alta incidencia y prevalencia en las consultas de cuerpo de guardia y otras unidades de asistencia de Salud Pública así como, por la necesidad de tener otras herramientas de trabajo para el control de la tensión arterial y sobre todo de las urgencias hipertensivas; siendo de vital importancia para el paciente el control de una forma segura y sin efectos secundarios y por ser poco investigada la acción de la acupuntura y la sangría en el control de la hipertensión arterial, proponemos esta investigación de la cual se pueden extraer nuevas aristas de cómo poder controlar la hipertensión arterial con métodos más naturales, con menos efectos adversos y contraindicaciones.

Aplicación de la sangría y acupuntura como primer proceder en pacientes con hipertensión arterial en el CMF El Corojo entre septiembre del 2017 a mayo del 2019

Se realizó un estudio caso control de corte transversal, durante el período comprendido de, septiembre 2017 a mayo 2019 con el objetivo de evaluar la efectividad de la sangría y acupuntura como primer proceder en pacientes con hipertensión arterial en el CMF El Corojo del municipio Jobabo, provincia Las Tunas.

En este estudio se formaron dos grupos con igual cantidad de miembros (20 pacientes en cada uno), el grupo A que recibió el tratamiento con sangría y acupuntura, y el grupo B que recibió el tratamiento farmacológico convencional, evaluando durante el estudio la respuesta individual y por grupos a la terapéutica impuesta procurando la mejora clínica de los pacientes. Se evaluó la respuesta en buena, regular y mala de acuerdo a los resultados obtenidos.

Previo al inicio del estudio se les brindó la orientación necesaria a los pacientes a estudiar sobre las características del estudio, la inocuidad de los procederes a emplear y sus derechos a abandonar el mismo si así lo deseaban. Se definió como criterio de

diagnósticopacientes con tensión arterial sistólica de 140 hasta220 mmHg y diastólica de 90 hasta160 mmHg.

Los criterios de inclusión fueron el consentimiento informado, la edad comprendida entre los 18 y 65 años y pacientes pertenecientes a ambos sexos. En cuanto a los criterios de exclusión, se descartaron las emergencias hipertensivas, inmunodeficiencias, enfermedades hemorrágicas, otras enfermedades crónicas descompensadas, caquécticos, embarazadas, ayuno prolongado, estado de ebriedad, lesiones en piel en el sitio a tratar, menstruación activa y empleo de medicamentos anticoagulantes.

Entre los criterios de salida estuvieron la solicitud voluntaria del paciente y la aparición de reacciones adversas severas y, como fracaso terapéutico se definió a los pacientes que mantuvieron cifras de tensión arterial iguales o que aumentaron con agravación o aparición de nuevos síntomas y signos después de realizar el proceder.

La sangría se realizó en el Ápex Auricular, punto Yin Tang, con empleo de agujas de extracción de sangre de punta triangular, extrayéndose 5, 10 o 15 gotas en cada oreja en dependencia del diagnóstico chino tradicional de los pacientes hipertensos en con signos de vacío, normales y repletos respectivamente.

La estimulación con acupuntura seguirá a la ejecución de la sangría con estimulación mediante el método de dispersión con agujas estériles 1 1/2 a 2 cun de largo en una serie de puntos sucesivos que incluye IG-11(Quchi), VB-20 (Fengchi), IG-4(Hegu), E-36 (Zusanli), Pc-6 (Neiguan) y H-3 (Taichung) con empleo de solo los dos iniciales o la totalidad de ellos en dependencia del descenso o persistencia de cifras elevadas de tensión arterial durante el proceder.

En el grupo B se empleó como tratamiento el Captopril en tableta de 25 mg sublingual con dosis repetida a los 45 minutos de persistir cifras elevadas y a las dos horas de evolución con cifras mantenidas empleo de la Furosemida en ámpula de 20 mg en 2 ml por vía intramuscular (IM) con posterior traslado a servicio de urgencias de Hospital local de no resolver con esta terapéutica.

En la tabla 1 se muestra la distribución por edad en los grupos creados para el estudio, se lograron cifras equitativas de pacientes a evaluar en cada uno de estos. La distribución por edades vario en los más jóvenes de acuerdo a la poca prevalencia de hipertensos en estas edades, pero con una alta resolutividad con los tratamientos impuestos en ambos grupos. El grupo de 35 a 50 años resultó el más evaluado con adecuada respuesta terapéutica con solo un 2,5% de inefectividad en el grupo A con necesidad de recurrir al tratamiento convencional. En el grupo de 51 a 65 años se constata mayor conjunto de pacientes atendidos con terapéutica convencional debido a las precauciones tenidas en cuenta a este grupo por la comorbilidad asociada y la mayor dificultad para controlar cifras tensionales elevadas. Comparando ambos grupos la respuesta predominante en ambos fue la buena, por lo que ambos métodos son adecuados para el fin propuesto.

Los trabajos de varios autores como los de Macklin sobre un programa para detener la Hipertensión Arterial (HTA) con acupuntura en el cual nos muestra un estudio randomizado y controlado con 192pacientes hipertensos sin tratamiento medicamentoso con tensiones arteriales de 140/90 mmHg hasta 179/109 mmHg realizándoles no menos de 12 aplicaciones de acupuntura con el método clásico tradicional chino y diagnóstico chino tradicional. De estos se realizaron tres grupos uno con el Diagnóstico Chino

Tradicional, otros con puntos prefijados para la Hipertensión Arterial y otro Placebo. No observándose diferencias significativas entre los grupos de acupuntura activa con y sin diagnóstico chino tradicional.

Tabla 1: Distribución de los pacientes con hipertensión arterialatendiendo a la edad y su relación con la evolución.

Edad (años)	**Grupo A**						**Grupo B**						**Total**					
	Buena		Regular		Mala		Buena		Regular		Mala		Buena		Regular		Mala	
	No	%	No.	%	No.	%	No.	%	No	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
18-34	2(10%)		0(0%)		0(0%)		4(20%)		0(0%)		0(0%)		6(15%)		0(0%)		0(0%)	
35-50	9(45%)		2(10%)		1(5%)		8(40%)		1(5%)		0(0%)		17(42,5 %)		3(7,5%)		1(2,5%)	
51-65	5(25%)		1(5%)		0(0%)		6(30%)		1(5%)		0(0%)		11(27,5%)		2(5%)		0(0%)	
Total	16		3		1		18		2		0		34		5		1	

Fuente: Historia Clínica.

En la tabla 2 se muestra la distribución de sexo entre los dos grupos mostrando que no existe diferencia significativa entre los dos grupos. Predomina la población femenina, mayoritaria en nuestra área de salud con diagnóstico de hipertensión arterial y con mayor disposición para el estudio en curso, aun así, los resultados son favorables tanto en masculinos como en féminas.

Tabla 2: Distribución de los pacientes con hipertensión arterialatendiendo al sexo y su relación con respuesta al tratamiento.

Sexo	**Grupo A**						**Grupo B**						**Total**					
	Buena		Regular		Mala		Buena		Regular		Mala		Buena		Regular		Mala	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No. %		No.	%	No.	%	No.	%
M	5(12,5%)		1(2,5%)		0(0%)		7(17,5%)		1(2,5%)		0(0%)		12(30%)		2(5%)		0(0%)	
F	11(27,5%)		2(5%)		1(2,5%)		11(27,5%)		1(2,5%)		0(0%)		22(55%)		3(7,5%)		1(2,5%)	
Total	16		3		1		18		2		0		34		5		1	

Fuente: Historia Clínica

La tabla 3 nos muestra una relación de las principales afecciones asociadas a la hipertensión arterial, en la cual se evidencia una clara respuesta al tratamiento tanto en el grupo A como en el grupo B.

En algunos pacientes existen más patologías asociadas y más posibilidades de mantener una tensión arterial difícil de tratar con cualquiera de las terapias aun así los resultados son alentadores.

Tabla 3. Distribución de los pacientes con urgencia hipertensiva atendiendo los síntomas y signos y su relación respuesta al tratamiento.

Enfermedades Crónicas Asociadas	**Grupo A**			**Grupo B**			**Total**		
	Buena	Regular	Mala	Buena	Regular	Mala	Buena	Regular	Mala
Asma Bronquial	2	0	0	1	0	0	3	0	0
Cardiopatia	1	0	0	1	0	0	2	0	0
Diabetes Mellitus	1	1	1	2	0	0	3	1	1
Hipercolesterolemia	2	0	0	1	1	0	3	1	0
Obesidad	3	1	0	2	1	0	5	2	0
Total	9	2	1	7	2	0	16	4	1

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 4 se observa la resolución o no del evento hipertensivo de ambos grupos, apreciándose discretas diferencias en la comparación de los grupos, con una resolución de un 80% en el grupo A y de un 90% en el grupo B lo cual tiene correspondencia con la bibliografía revisada. No siendo de igual forma en el grupo B, por carecer de información sobre dicho tema.

Existen varios trabajos que acreditan la efectividad de la medicina tradicional china en el tratamiento de la hipertensión arterial, podemos poner el ejemplo sobre auriculoterapia e HTA basado en el cual se realizó un estudio prospectivo y longitudinal sobre fitoterapia y auriculoterapia para el tratamiento de la hipertensión arterial en el consultorio Paraíso 1 del municipio de San Luís, provincia de Santiago de Cuba. De los 45 pacientes con dicha afección se escogió una muestra no aleatoria de 30 de ellos, cuyos datos fueron extraídos de las historias clínica individuales y a través de la encuesta que se les aplicó a los efectos. En todos los casos se excluyó cualquier otro proceder terapéutico que no estuviese basado en auriculoterapia y fitoterapia. Evolutivamente se obtuvieron resultados satisfactorios y no hubo complicaciones atribuibles al tratamiento prescrito.

Tabla 4: Distribución de los pacientes con hipertensión arterialatendiendo a la evolución al final del tratamiento.

Evolución	**Grupo A**	**Grupo B**	**Total**
Buena	16 (80%)	18 (90%)	34 (85%)

Regular	3 (15%)	2 (10%)	5 (12,5%)
Mal	1 (5%)	0 (0%)	1 (2,5%)
Total	20	20	40

Fuente: Historia Clínica

En la Tabla 5, se observaron los eventos adversos esperados, en ambos grupos, siendo más notable en el grupo A un incremento con relación al grupo B, mostrándose diferencias significativas en este sentido. No observándose eventos adversos graves en ambos grupos. Estos resultados no varían con otros resultados de otros trabajos revisados.

Tabla 5: Distribución de los pacientes con urgencia hipertensiva y su relación con la aparición de las reacciones adversas.

Reacciones Adversas	**Grupo A**		**Grupo B**		**Total**
		reacciones		**reacciones**	
Con reacción	4	Decaimiento, náuseas y mareos	2	Mareos y cefalea	56
Sin reacción	16	_	18		34
Total	20		20		40

Fuente: Historia Clínica

CONCLUSIONES

No se observaron diferencias significativas en cuanto sexo y aparición de crisis hipertensivas, existiendo equilibrio en cuanto a la cantidad de pacientes en cada grupo. No se apreciaron diferencias significativas entre ambos grupos en la resolución de las cifras de tensión arterial con disminución paulatina de la tensión arterial en ambos grupos en las diferentes etapas del estudio. Se puede afirmar con alto grado de certeza que fueron efectivos ambos tratamientos en el control de la hipertensión arterial. No hubo incremento de las reacciones adversas esperadas en general, aunque en el grupo B se constataron menos eventos adversos. No se observaron eventos adversos graves ni inesperados.

REFERENCIAS

Cabrera I. y cols (2007). *Guías de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial.* Grupo Multidisciplinario de HTA servicio de Cardiología servicio de Medicina interna Comité Fármaco terapéutico.

Chin, W. P. (2009). Probing the mystery of Chinese medicine meridian channels with special emphasis on the connective tissue interstitial fluid system, mechanotransduction, cells durotaxis and mast cell degranulation. *Chinese Medicine, 4*:10.

Díaz Mastellari, M. (2005). *La Hipertensión Arterial desde la perspectiva de laMedicina China Tradicional*. Folleto.

Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes para una epidemia y desafíos para la prevención y control (2005). *Rev. Cubana Salud Pública, 31*(4): 270-8.

Gibbs, C. R., Beevers, D. G. (1999). Lip GYH. The management of hypertensive disease in black patients. *QJ Med,* 92:187-92.

Johansen, M., Gui-Ju, Yu., Madden, T., Joseph, S. y Chiang (2001). Effect of Acupuncture on Circulating Cytokines In Healthy Subjects. *American Academy of Medical Acupuncture,* 15(2).

Liu, K., Ballew, C., Jacobs, D. R. Jr, Sidney, S., Savage, P. J., Dyer, A. y otros (2009). Ethnic differences in blood pressure, pulse rate, and related characteristics in young adults. *The Cardia Study. Hypertension. 2009; 14*:218-26.

Miller, J. M. (2006). Diabetes mellitus and hypertension in black and white populations. *South MED J., 79,* 1229-35.

Pérez, C. M. D. y otros (2008). *Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento.* La Habana: Ciencias Médicas.

Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial (1998). La Habana. MINSAP. Recuperado de http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/hta/eva-control.pdf

Treatment in African Americans: physiology is less important than sociology (2007). *ClevClin,* 71, 735-43.

White, A., Hayhoe, S., Hart, A. y Ernst, E. (2001*). Adverse events following acupuncture: prospective survey of 32 000 consultations with doctors and physiotherapists. BMJ 2001,* 323(7311):485.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER EN EDAD PEDIÁTRICA

THEORETICAL FOUNDATIONS OF THE EPIDEMILOGIC CLINICAL CHARACTERIZACION OF CANCER IN PEDIATRIC GEEZERHOOD

Yurima González Torres yury01@nauta.cu

Nurdis Serrano Velázquez asistenroro@ltu.sld.cu

Felicita Nancy Laguna felicita@ltu.sld.cu

RESUMEN

Las neoplasias en el mundo y en el país continúan siendo un problema de salud al ser consideradas la primera causa de muerte por enfermedad en niños de 5 a 15 años después de los accidentes y la segunda en el grupo de 1 a 4 años. En este trabajo de revisión se tuvieron en cuenta una serie de aspectos relacionados con estas patologías, que resultan de relevancia en los estudios relacionados con la enfermedad oncológica en edad pediátrica, lo cual servirá de base para estudios posteriores en los que los que se planificarán acciones para su pesquisaje y diagnóstico precoz.

PALABRAS CLAVES: Cáncer, clínica, epidemiología.

ABSTRACT

The neoplasms in the world and in the country continue to be a health problem as they are considered the first cause of death by disease in children from 5 to 15 years after the accidents and the second in the group of 1 to 4 years. In this review work, a series of aspects related to these pathologies were taken into account, which are of relevance in studies related to oncological disease in paediatric age, which will serve as a basis for subsequent studies in which actions will be planned for screening and early diagnosis.

KEY WORDS: Cancer, clinical, epidemiology.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es uno de los principales problemas de salud pública; a pesar de todos los avances en la investigación y el tratamiento, cada año mueren más de 6 millones de personas en todo el mundo. Esta situación es crítica, por lo que deben implementarse estrategias preventivas, de lo contrario la Organización Mundial de la Salud advierte que para el año 2025 habrá 15,5 millones de casos (Juárez, González, Mejía, Rendón, Martínez y Fajardo, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se registran 10 millones de casos de cáncer en todo el mundo y se producen 6 millones de defunciones anuales como consecuencia de la enfermedad, que en el mundo y en el país continúa siendo un problema de salud al ser considerada la primera causa de muerte por enfermedad en niños de 5 a 15 años después de los accidentes y la segunda en el grupo de 1 a 4 años. En este trabajo se analizan los factores de riesgos más importantes que pueden estar relacionados con la enfermedad oncológica en edad pediátrica.

La mayoría de los autores asignan los tumores infantiles a los factores genéticos en menor medida. Los restantes casos son originados principalmente por los agentes cancerígenos ambientales y el corto periodo de latencia se explica por sus acciones preconcepcionales, transplacentarias y postnatales sobre tejidos celulares morfológica y funcionalmente inmaduros (Tortajada, Ortega y García, 2004).

Este grupo de enfermedades tiene una amplia repercusión social debido a la elevada mortalidad y a la multiplicidad de factores que intervienen en su desarrollo, por lo que se convierte en un problema sanitario de primer orden, sobre todo porque muchas formas pueden ser prevenidas y diagnosticadas tempranamente, lo que proporciona la oportunidad de evitar algunas y otras diagnosticarlas en estadios tempranos (Lage, Caraballoso y Ascue, 1987).

Las enfermedades malignas en la infancia representan la segunda causa de muerte en países de niveles socios sanitarios avanzados a continuación de los accidentes. En las tres últimas décadas se ha logrado progresos en cuanto al tratamiento del cáncer infantil, que han sido extraordinarios, de forma que en la actualidad la probabilidad de supervivencia se sitúa muy por encima de la mitad de los casos, aunque las cifras siguen mejorando, por las connotaciones del propio diagnóstico y el tipo de tratamientos que deben ser sometidos, estos pacientes se consideran como portadores de un proceso crónico con todas sus implicaciones clínicas y sociales.

Miles de trabajos publicados, más de 500 ensayos clínicos en curso y resultados iniciales alentadores sugieren que la terapia génica podría ser la estrategia más relevante para el tratamiento del cáncer.

En la actualidad el tratamiento de la enfermedad avanzada se realiza con fines paliativos, pero en la última década se han producido algunos avances en el conocimiento de los mecanismos moleculares que subyacen en el desarrollo y la progresión del cáncer, lo que ha permitido la ejecución de nuevas intervenciones terapéuticas de anomalías moleculares específicas. Entre las numerosas clases de fármacos se encuentran los anticuerpos monoclonales, que poseen alta especificidad y baja toxicidad. La identificación de las dianas biológicas para el tratamiento del cáncer ha posibilitado el desarrollo en cuanto al uso de medicamentos, que ya han mostrado resultados que permiten vislumbrar que estos fármacos van a ocupar un lugar clave en el tratamiento no solo de la enfermedad avanzada, sino de las recurrencias.

Las tasas de mortalidad infantil por enfermedades infecciosas en nuestro país han disminuido determinando que aumente la importancia del cáncer como causa de muerte en los niños de 1 a 14 años de edad. Las enfermedades que mayor número de muertes producen en este grupo de edad son las malignas, a pesar de ser las más infrecuentes de todos los diagnósticos de cáncer. Anualmente se diagnostica un promedio de 350 nuevos casos de diferentes tipos de neoplasias malignas en niño, que ocurre en mayor medida en los primeros cinco años de la vida, pero se presenta a cualquier edad, incluso en el recién nacido.

Las neoplasias malignas más frecuentes en menores de 15 años son la leucemia, seguido de linfoma, neuroblastoma, Tumor de Wilms, retinoblastoma y los sarcomas. El linfoma no hodgkiniano de los niños es una neoplasia originada en el sistema linforreticular, de curso generalmente fatal hasta hace pocos años. Es la segunda causa

de muerte por cáncer en los niños de nuestro país con un importante número de casos nuevos en menores de 15 años de edad. Es más frecuente en el sexo masculino y en niños de 3 a 4 años de edad (Colectivo de autores, 1988).

Actualmente es cada vez mayor el número de niños con cáncer que pueden curar. Lo cual depende del diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado, dos factores imprescindibles para lograrlo.

En el mundo la mayor incidencia de cáncer infantil se encuentra en Israel y en Nigeria y la menor en Japón y la India. Según los datos del Registro Nacional de Tumores Infantiles.

En los EEUU el cáncer infantil es la segunda causa de muerte en menores de 15 años. De los niños que cada año se le diagnostica cáncer, a pesar de los continuos progresos terapéuticos, fallece un importante número de ellos. En Chile, aparece una importante cifra de casos nuevos de cáncer al año en menores de 15 años (Becker, 2003). En Cuba fallecieron 99 niños por cáncer en el año 2015 (Anuario estadístico, 2015).

En nuestro país se diagnostican anualmente 300 casos nuevos en menores de 15 años. De ellos tenemos en nuestra provincia 72 niños que tienen el diagnóstico de cáncer, y de ellos 13 pertenecen a nuestra área de salud.

El cáncer es una enfermedad que ha sido asociada a dolor y muerte. Como en cualquier paciente que sufre una enfermedad crónica, en estos enfermos, se alteran las relaciones del individuo enfermo con su medio, así como sus roles preestablecidos. Hay algunos cambios que pueden identificarse como comunes; por ejemplo, la inquietud que experimentan relacionada con su presente y su futuro, incluyendo la preocupación por la calidad de vida que podrán llevar. Por todo esto es importante el trabajo en equipo para poder abordar al paciente con cáncer de manera integral, con una visión biopsicosocial. Lo novedoso de nuestra propuesta es precisamente el hecho de llevar a cabo nuestra atención lo más tempranamente posible, cercano al diagnóstico de la enfermedad, para poder acompañar al paciente y a su familia en todo el proceso, buscando que gane en calidad de vida y apoyo, en el propio escenario donde se desarrolla la enfermedad, es decir, en la comunidad en la que vive.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomiendan un modelo emergente de lucha contra el cáncer, en aras de aprovechar al máximo los recursos limitados existentes y lograr el mayor impacto. Dirigirlos de manera acertada requiere de estudios que así lo orienten, que se hayan realizado durante largos períodos de tiempo y con distinción en los estratos de la población. En el municipio no existen tales precedentes, a pesar de que pueden constituir una importante herramienta de gestión. Surge, por tanto, la necesidad de realizar una investigación para determinar la asociación de factores de riesgo (causas) y el cáncer en los niños en la población del área de salud de Puerto Padre, en el período 2011-2016, y construir perfiles epidemiológicos de riesgo.

Por la importancia del tema, el lugar que ocupa el cáncer infantil en la mortalidad de niños mayores de un año y la necesidad de su diagnóstico precoz para poder lograr la curación, es que se decidió realizar esta revisión y describir los factores de riesgo más importantes en la edad pediátrica.

El cáncer en edad pediátrica

Son numerosos los procesos patológicos tanto benignos como malignos que pueden afectar los tejidos del cuerpo humano, el cáncer es uno de ellos [(10)]. El mismo es una enfermedad en la que una de las células del organismo se ha alterado, de tal forma que se multiplica una y otra vez hasta producir millones de células hijas igualmente alteradas (Fernández, Corona, Hernández, Espinosa, Pereira y Figueiras, 2003).

Bajo el nombre genérico de Cáncer se agrupan varios centenares de enfermedades cuyas características comunes es la proliferación celular anárquica, exagerada e irreversible y en cada una aparecen caracteres particulares de causalidad, historia natural y respuesta al tratamiento (Barroso, Rodríguez, Abena, Díaz y Arecis, 1995) Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se registran 10 millones de casos de cáncer en todo el mundo y se producen 6 millones de defunciones anuales como consecuencia de la enfermedad, que, aunque infrecuente en el mundo y en el país continúa siendo un problema de salud al ser considerada la primera causa de muerte por enfermedad en niños de cinco a 15 años después de los accidentes y la segunda en el grupo de uno a cuatro años.

En este trabajo se analizan los factores de riesgos más importantes que pueden estar relacionados con la enfermedad oncológica en edad pediátrica. La mayoría de los autores asignan del 4-10 % de los tumores infantiles a los factores genéticos y como máximo el 15%. Los restantes casos son originados principalmente por los agentes cancerígenos ambientales y el corto periodo de latencia se explica por sus acciones preconcepcionales, transplacentarias y postnatales sobre tejidos celulares morfológica y funcionalmente inmaduros (Tortajada, Ortega y García, 2004).

La etiología del cáncer es multifactorial, considerándose que es el resultado de la interacción de factores dependiente del medio ambiente con factores del hospedero. Las causas relacionadas con el medio ambiente requieren de un tiempo prolongado para ejercer su efecto cancerígeno, por lo cual se estima que no son las más determinantes en el niño pues su acción se produce en un período de cinco a 20 años sobre el hospedero, lo contrario al adulto (Longchong, 1997).

Epidemiología del cáncer en la edad pediátrica

Un estudio reveló un 1,5 / 1 de la relación niño / niña de los casos de cáncer pediátrico, haciendo una clara distinción al respecto el estudio realizado por (Juárez-Ocaña, 2004) y otros, quienes encontraron un 1,1 / 1 para niños / niñas. Otras diferencias importantes encontradas en el estudio son las relacionadas con la frecuencia de los diversos tipos de cáncer, debido a que la leucemia fue de alrededor de 24-25 % para niñas y niños respectivamente. Otro estudio evaluó la incidencia de leucemias en El Salvador y los hospitales de la Ciudad de México 1996-2000, y se encontró que México tiene una de las más altas tasas de incidencia media anual (calculada por millón de niños) en el mundo, de leucemia linfoide aguda, con una prevalencia del 44,9 %. La prevalencia encontrada para la población de Durango es del 24 % para las niñas y del 25 % para los niños, muy lejos de los reportados en otras poblaciones de América. Sin embargo, que el CEC-Durango representa solo la población del estado y no es un centro de referencia fuerte para los estados circundantes a Durango.

Una de las diferencias más importantes encontradas fue para los tumores del SNC, donde se encontró un incremento de hasta cuatro veces la prevalencia de estos tumores en los niños en relación con las niñas (24 % *vs*. 6 %) y 0,7 hombres / mujeres de prevalencia en el estudio de Juárez-Ocaña (2004). En un estudio realizado en un hospital de Karachi, en un período de 10 años, encontraron una diferencia entre 58 niños y 23 niñas para los tumores del SNC con una proporción de 2,5:1 (71,6 % para los varones frente a 28,4 % en mujeres).

Un estudio realizado en México concluye que existen diferencias en la morbilidad y la mortalidad por cáncer de acuerdo con la etapa de crecimiento y desarrollo de los individuos. La tasa de mortalidad general fue de 10 % del total de casos. La mortalidad se vio incrementada exponencialmente a medida que se incrementa la edad de los sujetos. La mayoría de las muertes correspondió a grupos entre 15 a 24 años de edad y de 45 a 64 años en los hombres, y en las mujeres de 35 a 44 años, y después de los 65 años en ambos grupos.

Si analizamos otros grupos de edad, en los lactantes y preescolares el cáncer ocupa el quinto lugar en defunciones, con el 6,1 %. En los escolares es la segunda causa con el 15,1 % y en adolescentes y adultos jóvenes la tercera con el 7,8 %.

Desde la infancia a los 64 años de edad se observó un incremento en el número de casos durante la niñez y la vida adulta, para disminuir en las etapas posteriores de la vida.

En dicho estudio realizado en México en el caso de los varones en un grupo de niños, la leucemia es el cáncer más frecuente, con el 25 %; sin embargo, a diferencia de las niñas, los tumores malignos de SNC ocupan un porcentaje importante, correspondiéndole el 24 %. La enfermedad de Hodgkin presento un porcentaje del 11 %, el cual fue semejante al determinado en las niñas. Los linfomas y el cáncer de testículo, presentaron el 7 % para cada uno. Con respecto a otro tipo de tumores, le corresponde el 26 % del total, con el porcentaje más alto del 5 % para cáncer desconocido y 5 % misceláneos; a diferencia de las niñas el osteosarcoma fue menos frecuente, con el 4 %, igual porcentaje que el observado para el tumor de Wilms y el rabdomiosarcoma; el 2 % de pacientes presentaron sarcoma de Ewing y finalmente el 2 % de los pacientes presentaron retinoblastoma.

Pero en otro grupo de niños el mayor porcentaje de cáncer en las niñas es la leucemia, con 24 % de los casos; el 14 % corresponde a osteosarcoma, y el 11 % corresponde tanto a linfomas y a enfermedad de Hodgkin; el 14 % corresponde a misceláneos y el 26 % a otros tipos de cáncer, de los cuales el mayor porcentaje corresponde a cáncer de ovario con el 8 %, 6 % a tumores del SNC, 6 % a sarcoma de Ewing, 3 % a retinoblastoma y 3 % a estómago.

Fisiopatología del cáncer en edad pediátrica

La etiología del cáncer es multifactorial, considerándose que es el resultado de la interacción de factores dependiente del medio ambiente con factores del hospedero. Las causas relacionadas con el medio ambiente requieren de un tiempo prolongado para ejercer su efecto cancerígeno, por lo cual se estiman que no son las más determinantes en el niño pues su acción se produce en un período de cinco a 20 años sobre el hospedero, lo contrario al adulto.

Aunque los factores del medio ambiente son los que menos determinan el cáncer infantil los estudios epidemiológicos han demostrado que tanto en la vida intrauterina como en la postnatal, desempeñan un importante papel ciertos factores. En algunas bibliografías también le conceden importancia al riesgo preconcepcional (Ahmed, Bhurgri, Sadiq y Shakoor, 2007).

La patología oncológica pediátrica difiere de forma significativa de la del adulto tanto en lo que respecta a los tipos tumorales, factores etiopatogénicos, enfoque del tratamiento o medidas preventivas. Predominan en el sistema hematopoyético, sistema nervioso central y tejidos de sostén, que no están tan expuestos a los agentes oncogénicos ambientales como es el caso del adulto.

Entre los factores etiopatogénicos se encuentran factores ambientales, biológicos, genéticos, existen otros factores como síndromes o anormalidades que conllevan una predisposición a los procesos malignos. Existen condiciones consideradas como pre malignas:

a) De carácter no hereditario como quemaduras, cirrosis, etc.

b) Patología crónica con posible componente hereditario como la enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, etc.

c) Entidades de carácter hereditario con alto riesgo oncológico entre las que se han descrito 141, pueden intervenir todas las modalidades de herencia.

Existe una relación entre la oncogénesis y el sistema inmune dada porque para que una célula progrese en su proceso de malignización es preciso que escape a los mecanismos de inmunovigilancia. La anulación de la inmunidad conlleva un alto riesgo de oncogénesis. La mayor incidencia de cáncer en la edad pediátrica ha sido descrita en las inmunodeficiencias específicas, sean humorales, celulares o mixtas.

El diagnóstico del cáncer infantil al igual que en los adultos se basa en el estudio anatomopatológico de las células afectadas según su localización unido a las manifestaciones clínicas presentes en cada paciente.

CONCLUSIONES

Ante la revisión anterior se concluye que las edades comprendidas entre 15 y 18 años son las de mayor incidencia, mientras aumenta la edad incrementa la cantidad. El sexo masculino es el de mayor frecuencia; destacándose en primer lugar la ingestión de medicamentos durante el embarazo seguido de la exposición a radiaciones como los factores de riesgo más influyentes y siendo la leucemia el tipo de cáncer más diagnosticado.

REFERENCIAS

Ahmed, N., Bhurgri, Y., Sadiq, S. y Shakoor, K. A. (2007). Pediatric brain tumors at a tertiary care hospital in Karachi. *Asian Pac J Cancer Prev, 3*(3):399-404.

Anuario estadístico (2015).

Barroso, M. C., Rodríguez, B. O., Abena, S. S., Díaz, S. C. y Areces, D. F. (1995). Desarrollo de la Oncología en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). *Rev Cubana Oncol,12*(2): 79-87.

Becker, A. (2003). Pronóstico de vida y secuelas del tratamiento del cáncer en los niños. *Rev Chilena Pediatr, 74*(5): 520-523.

Colectivo de autores (1988). *Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en pediatría*. La Habana: Pueblo y Educación.

Fernández Garrido, M., Corona Martínez, L. A., Hernández Rodríguez, J., Espinosa Rojas, A., Pereira Valdés, E. y Fuigueiras Ramos, B. (2003). Mortalidad por neoplasias malignas en la población adulta de la provincia de Cienfuegos durante el decenio 1988-1997. *Rev. Cubana Med,* 42.

Juárez-Ocaña, S., González-Miranda, G., Mejía-Aranguré, J. M., Rendón-Macías, M. E., Martínez-García, M. del C. y Fajardo-Gutiérrez, A. (2004). Frequency of cancer in children residing in Mexico City and treated in the hospitals of the Instituto Mexicano del Seguro Social (1996-2001). *BMC Cancer, 4*(3):50-9.

Lage, A., Caraballoso, M. y Ascue, N. (1987). Posibilidad de reducción de la mortalidad por cáncer en Cuba: Análisis para un Programa Nacional. *Rev Cubana Oncol., 3*(2): 93-98.

Longchong, R. M. (1997). Oncología Pediátrica. En: *Colección de Pediatría.* 1ra ed. Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación.

Tortajada, J. F., Ortega, J. A. y García, J. (2004). Medio ambiente y cáncer pediátrico. *Rev Española Pediatr. 61*(1), 42-50. Recuperado de http://www.doyma.es/rev/cáncer infantil

INTERVENCIÓN EDUCATIVA A PADRES DE NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS CON RIESGO DE ANEMIA

EDUCATIONAL INTERVENTION TO PARENTS OF CHILDRENS OF 1 TO 5 YEARS WITH RISK OF ANEMIA

Yusleidis Paz Pérez

Pablo Álvarez Suárez alvarezp533@gmail.com

Yanieska Cordovés Concepción

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención con el objetivo de aumentar el conocimiento de los padres de niños con riesgo de padecer anemia del Área de Vázquez, en el período comprendido de septiembre de 2018 a mayo de 2019. La población estuvo constituida por los padres de los niños de 1 a 5 años con riesgo de anemia dispensarizados, la muestra por 30 padres elegidos a través de un muestreo aleatorio simple. Se aplicó una encuesta donde se incluyeron variables de interés determinando la necesidad de aprendizaje. Se elaboró un programa de capacitación sobre el tema. El análisis de los resultados se realizó mediante el método estadístico del porciento para compararlos antes y después de la intervención. Al inicio del estudio, el conocimiento sobre la enfermedad era pobre. El programa de intervención modificó los resultados iniciales demostrando su impacto positivo y logrando el objetivo propuesto.

PALABRAS CLAVES: Intervención educativa, anemia, factores de riesgo.

ABSTRACT

It carried out a study of intervention with the objective to increase the knowledge of the parents of childrens with risk to suffer anemia of the area of Vazquez, in the period understanded of September 2018 to May 2019. The population was constituted for the parents of the childrens of 1 to 5 years with risk of dispensarizadoses anemia, the sample for huge and your elects children through a random simple sampling. Applied an inquiry in which it is included variable of interest by deciding the need of apprenticeship. Elaborated a program of training on the topic. The analysis of the results was carried out by means of the statistical method of the by the hundreds to compare the before and after the intervention. To the start-up of the study, the knowledge on the factors of risk of the illness was poor.The intervention program modified the initial results by demonstrating your positive impact and by achieving the proposed objective.

KEY WORDS: Educational intervention, anemia, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La alimentación para el hombre es una necesidad biológica que desempeña un papel fundamental en todas las etapas de su vida. Una alimentación balanceada, muy vinculada al estado sociodemográfico de la familia, contribuye a un buen desarrollo psicomotor e intelectual del individuo y evita o retrasa la aparición de enfermedades tales como afecciones carenciales específicas, entre las que se cuentan las anemias ferriprivas (Peña González, Godoy Matos, Almaguer Herrera, Corella Del Toro y Bahr Varcárcel, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la anemia como una disminución en la concentración de la hemoglobina, y ha establecido los rangos de referencia normales dependiendo de la edad y sexo (Laborí Quesada, Laborí Gallego y Velázquez Reyes, 2017).

El déficit de hierro es el trastorno nutricional más extendido y común. Se estima que el 30% de la población global sufre anemia ferropénica (cantidad inadecuada de células rojas en la sangre debido a la carencia de hierro). Richard (2016) más de 2 mil millones de personas en el mundo, más de la mitad está anémica y que la población infantil es más susceptible, por tener escasos depósitos y un crecimiento acelerado. Silva (2015) La mayor parte de los afectados viven en países en vías de desarrollo. En EE.UU., el 9% de los niños de 12-36 meses presenta déficit de hierro, y el 30% de estos niños desarrolla una anemia ferropénica (Richard, 2016).

La deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia en el niño. La mayor prevalencia de la anemia por carencia de hierro ocurre entre los 6 y 24 meses de edad, lo que coincide con el crecimiento rápido del cerebro y con una explosión de habilidades cognitivas y motoras del niño. Una deficiencia leve o poco severa en la edad preescolar, aún cuando sea corregida, reduce en forma permanente la destreza manual de los niños, limita su capacidad de concentración y debilita su capacidad de memoria. En Latinoamérica, la prevalencia de anemia y déficit de hierro es ligeramente menor a las de otras regiones en desarrollo (Picos Nordet, Santiesteban González, Cortés Santos, Morales Gómez y Acosta Alegría, 2015).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que todos los años muere aproximadamente medio millón de niños menores de cinco años de edad, y el 27 % de estas muertes se debe a enfermedades infecciosas y a trastornos nutricionales, lo que representa más de 150 mil defunciones anuales de menores de cinco años en todo el continente americano (Laborí y otros, 2017).

La anemia es una de las mayores causas de muerte en la población mundial, y constituye el problema nutricional más grave en el mundo. La anemia y la deficiencia de hierro afectan a aproximadamente 1 800 millones de personas. Según la OMS, esta deficiencia afecta, cuanto menos, al 20-25 % de todos los lactantes menores de 6 meses, al 43 % de los niños hasta 4 años, y al 37 % de los niños entre los 5 y los 12 años de edad.

En 2007, en un consenso de la OMS, se determinó que la anemia sería considerada como un indicador de deficiencia de hierro, en vez de que la deficiencia de hierro pueda ser una causa contribuyente de anemia, ya que existen estadios de leve a moderada deficiencia de hierro, en que la anemia está ausente y los tejidos ya están funcionalmente dañados, lo cual incrementa la morbilidad y la mortalidad en grupos vulnerables, retrasa el crecimiento de los niños, así como dificulta la función cognoscitiva y el desarrollo escolar.

Cuba no está excluida de tal fenómeno, por cuanto la deficiencia de hierro constituye el trastorno nutricional más común y la principal causa de anemia, que afecta entre el 40 y el 50 % de los lactantes entre 6 y 11 meses de edad. En los niños en edad preescolar estas cifras se reducen a 15 % aproximadamente, y en los escolares oscila entre 13 y 27 %. Los niños cubanos están protegidos contra 12 enfermedades infecciosas

mediante la vacunación, lo que contribuye a la prevención del desarrollo de la anemia. La leche, que se les ofrece hasta los 7 años, contiene vitamina A y, por lo tanto, la deficiencia de vitamina A no es un factor que impida la movilización del hierro de los depósitos del organismo.

Aunque en el país la anemia es fundamentalmente ligera, combatirla ha sido una prioridad para el gobierno cubano. Esta afección constituye un problema nutricional de gran magnitud. La causa principal de su aparición radica en la dieta, pues el aporte de hierro alimentario es insuficiente en cantidad y calidad, con una biodisponibilidad que no sobrepasa 5 %.

Estudios realizados en La Habana revelaron que el 45,8 % de los niños menores de un año en los que se introdujo la leche de vaca antes de los 90 días presentaron anemia, por lo cual mostró ser un factor contribuyente para el desarrollo de esta carencia. La malnutrición por deficiencia de micronutrientes causa también estragos en los niños de edad preescolar y en las mujeres embarazadas, aunque afecta a la población de todas las edades, y por tanto, a la economía familiar y la del país. (Picos Nordet y otros, 2015)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, en nuestro país presentan anemia 16% de los menores de 5 años, 35% de los niños de 6-24 meses de edad y 20% de las mujeres en edad fértil. Esta prevalencia varía en las distintas regiones, con valores considerablemente mayores en las de peores condiciones socioeconómicas. (Guía de diagnóstico y tratamiento, 2009).

En el mundo hay unos 842 millones de personas que no disponen de una alimentación suficiente para cubrir sus necesidades energéticas mínimas para llevar una vida activa y saludable, y en América Latina y el Caribe los trastornos por déficit de micronutrientes persisten, y dentro de ellos las anemias. A pesar que no se registra como motivo de consulta, contribuyen de forma directa o asociada a las principales causas de mortalidad infantil.

Las anemias pueden ser ligeras, moderadas o severas, así como de instauración aguda o crónica y en dependencia de éstas serán las manifestaciones clínicas que presenten los pacientes. No obstante, se debe destacar que, finalmente, la mayor parte de ellas evolucionan presentando cansancio, fatiga, laxitud y debilidad.

La deficiencia de hierro se ve favorecida por circunstancias propias de la edad o por factores de riesgo (depósitos escasos pre y postnatales, crecimiento acelerado, las infecciones, errores dietéticos, no lactancia materna exclusiva, no profilaxis con sales ferrosas en etapa de lactante, prematuridad, etc.) (Silva Rojas, Retureta Rodríguez y Panique Benítez, 2015).

La mayor parte del hierro (60-80 %) se encuentra en los glóbulos rojos, y solo el 0,1 % circula en el plasma, unido a la transferrina, que está aumentada en el déficit de hierro y disminuida en los procesos inflamatorios y crónicos.

El hierro corporal del recién nacido es de aproximadamente 0,5 g, mientras que en el adulto es de 5 g. Para superar esa diferencia es necesaria la absorción de una cantidad importante del mineral por día durante los primeros 15 años de vida.

El recién nacido tiene cifras de hemoglobina de 160-200 g/L, que en los dos primeros meses de vida disminuye a 110-120 g/L. El hierro que se libera del catabolismo de la

hemoglobina se deposita en el hígado, bazo y médula ósea, y es utilizado en la producción de nuevos eritrocitos. En esos primeros meses de vida, la dieta es pobre en hierro, por lo que para la síntesis de hemoglobina se utiliza el de los depósitos.

En un lactante de peso normal al nacer, los depósitos de hierro se agotarán alrededor de los 6 meses de edad. A partir de ese punto, si no se aporta suficiente hierro en la dieta, aparece la deficiencia del mineral. En los prematuros, por ejemplo, la anemia por deficiencia de hierro es casi inevitable, ya que, al ser su peso al nacer menor, también será menor la masa total de hemoglobina y la de hierro, así como la cantidad acumulada en los depósitos. A diferencia de los niños con peso normal al nacer, la anemia puede aparecer antes de los 6 meses y ser más grave.

Los requerimientos de hierro son de 1 mg/kg/día, desde los 4 meses hasta los 3 años de edad. Los depósitos de hierro en el niño de 3 años son muy escasos, por lo que su equilibrio es muy inestable.

El aumento de la práctica de la lactancia materna y la disponibilidad de fórmulas lácteas fortificadas con hierro han disminuido la anemia ferripriva en lactantes. Sin embargo, la deficiencia de hierro con o sin anemia, sigue siendo común. La poca disponibilidad y accesibilidad a los alimentos ricos en hierro y de mejor biodisponibilidad, unido a los malos hábitos dietéticos, son factores que contribuyen a ello.

La anemia es la manifestación más evidente de la deficiencia de hierro. El diagnóstico incluye la detección de microcitosis e hipocromía en la extensión de sangre periférica, la determinación de las constantes corpusculares (volumen corpuscular medio [VCM], hemoglobina corpuscular media [HCM], concentración de hemoglobina corpuscular media [CHCM] y del índice de distribución eritrocitaria). Las variables del metabolismo del hierro: hierro sérico, saturación de la transferrina y ferritina, están disminuidas y son las más importantes en el diagnóstico de la deficiencia de hierro.

El tratamiento de la anemia por déficit de hierro consiste en eliminar, si existe, la enfermedad desencadenante, y administrar sales de hierro por vía oral; pero la profilaxis es muy importante (Svarch, 2015).

La anemia por deficiencia de hierro afecta al crecimiento y al desarrollo de los niños, disminuye la resistencia a las infecciones y altera el desarrollo cognitivo y psicomotor. La clínica de la anemia ferropénica no es diferente a la del resto de las anemias, es decir, es inespecífica y se traduce fundamentalmente en fatiga, cansancio y falta de fuerzas, pero estos síntomas van a depender más de la velocidad de instauración de la anemia que de los niveles de hemoglobina.

El aporte insuficiente de hierro ocasiona una eritropoyesis inadecuada. Las causas de este padecimiento en la infancia se deben al déficit del ingreso (ingestión y absorción), aumento de las demandas y aumento de las pérdidas crónicas de sangre. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son de instalación lenta y progresiva, por ello los síntomas son bien tolerados.

A pesar de todo el esfuerzo, no se han obtenido los impactos esperados, y existen diversos factores que pueden estar incidiendo en ello y que pueden sinergizarse. Evidencias científicas nacionales muestran que la baja prevalencia de lactancia

materna, el escaso consumo de frutas y vegetales y a deficiencia vitamínica ejercen influencia en la prevalencia de la anemia en Cuba.

La anemia es un problema de salud mundial, que afecta tanto a los países desarrollados como a aquellos en desarrollo. Sus causas pueden ser multifactoriales y frecuentemente pueden coexistir varias de ellas; la principal es la baja ingestión de alimentos con fuentes adecuadas de hierro, tanto en cantidad como en calidad. En Cuba se está trabajando desde el año 1987 en el desarrollo de programas de intervención para la prevención de la anemia por deficiencia de hierro en la población, y se ha dedicado especial atención al Proyecto de Anemia en infantes hasta la edad de cinco años (Laborí y otros, 2017). Sin embargo, a pesar de ello y de los esfuerzos del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), en las últimas décadas el país ha avanzado muy poco en reducirla y continúa siendo un problema de salud grave en niños (Silva y otros, 2015).

El Área de Salud de Vázquez no escapa a este fenómeno. En el año 2018 se estudiaron un total de 661 niños de 6, 23 y 60 meses etapas consideradas de riesgo. De ellos 80 padecían anemia, por lo que se hace necesario evitar la enfermedad y lograr su diagnóstico temprano y de esta manera aplicar la terapéutica adecuada y tomar medidas preventivas con el fin de impedir el aumento de su prevalencia.

La familia juega un papel fundamental en la prevención de esta enfermedad, en garantizar estilos alimentarios y condiciones higiénico-sanitarias potenciadoras de salud. De ahí la importancia de realizar un estudio que involucre de manera activa a la familia por lo que nuestro trabajo tuvo la finalidad de aumentar el conocimiento de los padres de niños con riesgo de padecer anemia, pertenecientes a nuestra Área de Salud.

Se realizó un estudio de intervención educativa en los padres de los niños de 1 a 5 años con riesgo de anemia pertenecientes al Área de Salud de Vázquez, en el período comprendido entre septiembre de 2018 a mayo de 2019. La población estuvo constituida por los padres de los niños de 1 a 5 años con riesgo de anemia dispensarizados, la muestra por 30 padres (de 15 de los niños antes mencionados) elegidos a través de un muestreo aleatorio simple.

Estrategia docente:

1. Distribución de los niños con riesgo de anemia (hijos de los padres sujetos de estudio) según grupo de edades, sexo, raza y factores de riesgo.
2. Diagnóstico del nivel de conocimiento al inicio del estudio: se realizó una encuesta, previo consentimiento informado de ambos padres, donde se identificó su conocimiento sobre la anemia antes de la intervención.
3. Etapa de intervención educativa: se elaboró un Programa de Capacitación para los padres sobre el tema objeto de estudio en el que se realizaron diferentes actividades educativas distribuidas en varias sesiones de trabajo.
4. Evaluación del nivel de conocimiento sobre el tema después de la intervención: se aplicó nuevamente la encuesta inicial con el fin de comparar los resultados y evaluar la efectividad de la intervención educativa.

Para el procesamiento y análisis de los datos se empleó la estadística descriptiva utilizando como medidas de resumen fundamentales las frecuencias absoluta y relativa. Los datos se presentaron en tablas de distribución de frecuencias para su mejor ilustración y comprensión.

Los resultados obtenidos se describieron e interpretaron empleando la literatura internacional actualizada para su discusión, lo que permitió arribar a conclusiones y emitir recomendaciones.

En la tabla # 1 podemos observar la edad y sexo de los infantes con riesgo de anemia por grupos. Según la edad se toman muestran homogéneas para un mejor análisis, vemos que predomina el sexo masculino con 8 pacientes para un 53,33% pero sin diferencias significativas con el sexo femenino.

Tabla # 1. Edad y sexo de los infantes con riesgo de anemia por grupos.

Grupos de edades	**Femenino**		**Masculino**		**Total**	**%**
	No	**%**	**No**	**%**		
De 0 a 6 meses	2	13,33	3	20	5	33,33
De 7 a 24 meses	3	20	2	13,33	5	33,33
De 2 a 5 años	2	13,33	3	20	5	33,33
Total	**7**	**46,66**	**8**	**53,33**	**15**	**99,99**

Fuente: Historia Clínica Individual

Tabla # 2. Distribución de los infantes con riesgo de anemia por raza según grupo de edades.

Grupos de edades	**Blanca**		**Negra**		**Total**	**%**
	No	**%**	**No**	**%**		
De 0 a 6 meses	3	20	2	13,33	5	33,33
De 7 a 24 meses	3	20	2	13,33	5	33,33
De 2 a 5 años	4	26,66	1	6,66	5	33,33
Total	**10**	**66,66**	**5**	**33,33**	**15**	**99,99**

Fuente: Historia Clínica Individual

La tabla # 2 muestra la distribución de los infantes con riesgo de anemia según la raza. Se observó un predominio del color de la piel negra, pero sin significación estadística, 5 niños para un 33,33%.

En relación con las variables sociodemográficas, nuestro estudio concuerda con un estudio realizado por (Picos Nordet y otros, 2015) donde no se encontraron diferencias

significativas en el porcentaje de anemia por sexo o color de la piel, aunque hubo un ligero incremento en varones y lactantes con color de la piel negra.

En otro estudio realizado en la provincia de Mayabeque pudimos constatar que en los niños que presentaron anemia se vio un ligero predominio en el sexo masculino, 17 infantes para un 53,1% (Silva Rojas y otros, 2015).

Tabla # 3. Distribución de los infantes con riesgo de anemia según sus factores de riesgo.

Factores de riesgo	De 0 a 6 meses		De 7 a 2 meses		De 2 a 5 años	
	No	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**
Madres con anemia	4	26,66	3	20	3	20
Prematuridad	3	20	1	6,66	1	6,66
Bajo peso al nacer	-	-	1	6,66	-	-
No profilaxis con sales ferrosas en etapa de lactante	-	-	2	13,33	1	6,66
No lactancia materna exclusiva	5	33,33	3	20	3	20
Malnutrición por deficiencia de micronutrientes	1	6,66	-	-	1	6,66
Infecciones	4	26,66	3	20	2	13,33

Fuente: Historia Clínica Individual

En esta tabla se destacan principalmente los factores de riesgo presentes en los niños de 0 a 6 meses de vida. Las madres embarazadas con anemia y las infecciones, 4 para un 26,66 y, sobre todo, la no lactancia materna exclusiva, fueron las variables relacionadas con el niño que muestran una posible asociación con la enfermedad en los lactantes al sexto mes de vida; lo cual coincide con el estudio de la doctora Picos Nordet (2015), que encuentra gran prevalencia de anemia según el tipo de lactancia utilizada hasta el sexto mes (artificial).

En niños de 7 a 24 meses se muestran como factores de riesgo de relevancia las madres con anemia, la no lactancia materna exclusiva y las infecciones (3 para un 20%).

En niños de 2 a 5 años vemos las madres con anemia y la no lactancia materna exclusiva (3 para un 20%).

En el estudio realizado por la doctora Silva Rojas (2015), dentro de los factores de riesgo asociados más frecuentes en la muestra de estudio fueron: la anemia materna,

75 %; la no lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad (65,7 %) y las infecciones, 81,2 %.

La anemia es la más frecuente de las enfermedades que pueden coincidir con el embarazo o ser producidas por este, ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumenta el consumo de hierro elemental (Picos Nordet y otros, 2015).

Según informes de la OPS y otros organismos internacionales, en la región de las Américas, cada 5 gestantes, 4 padecen anemia durante el primer trimestre de la gestación, y 3 todo el tiempo del embarazo.

Aunque no todos los estudios acerca de la relación entre el estado nutricional del hierro materno y el que presenta el niño al nacimiento han llegado a la misma conclusión, es una opinión generalizada que los recién nacidos de madres con deficiencia de hierro durante la gestación, pueden desarrollar ferropenia en los meses posteriores (Picos Nordet y otros, 2015).

Tabla # 4. Nivel de conocimiento de los 30 padres acerca de las principales características de la anemia ferropénica, antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento sobre:	**Calificación**	**Antes**		**Después**	
		No	%	No	%
Definición de anemia ferropénica	Alto	6	20	24	80
	Medio	8	26,66	4	13,33
	Bajo	16	53,33	2	6,66
Total		**30**	**99,99**	**30**	**99,99**
Principales causas en los niños	Alto	5	16,66	23	76,66
	Medio	9	30	5	16,66
	Bajo	16	53,33	2	6,66
Total		**30**	**99,99**	**30**	**99,98**
Factores de riesgo	Alto	4	13,33	20	66,66
	Medio	9	30	7	23,33
	Bajo	17	56,66	3	10
Total		**30**	**99,99**	**30**	**99,99**
Consecuencias	Alto	7	23,33	26	86,66

	Medio	8	26,66	3	10
	Bajo	15	50	1	3,33
Total		**30**	**99,99**	**30**	**99,99**
Prevención	Alto	9	30	30	100
	Medio	7	23,33	-	-
	Bajo	14	46,66	-	-
Total		**30**	**100**	**30**	**100**

Fuente: Encuesta

En la tabla # 4 podemos analizar el comportamiento del nivel de conocimiento de los padres en el transcurso del estudio. En la encuesta inicial solo 6 conocían la definición de anemia ferropénica para un 20 %, 5 las principales causas en los niños para un 16,66 %, 4 los factores de riesgo para un 13,33 %, 7 las consecuencias para un 23,33 % y 9 la forma de prevenirla, lo que representa el 30%.

Al aplicar la intervención educativa se modifican estos resultados logrando cambios significativos. Los padres alcanzan un alto nivel de conocimiento en la definición de la enfermedad, 24 para un 80 %, en las principales causas en los niños 23 para un 76,66%, en los factores de riesgo 20 para un 66,66%, en las consecuencias 26 para un 86,66% y el 100 % de ellos conoce cómo prevenir la enfermedad.

CONCLUSIONES

En Cuba, se le brinda una atención excepcional a los niños, se prioriza esta etapa de la vida y es logro del Estado brindar los requerimientos nutricionales necesarios para su adecuado crecimiento y desarrollo. En nuestro estudio se observó un ligero predominio del sexo masculino y del color de la piel negra pero sin significación estadística. Los factores de riesgo más destacados para hacer posible la anemia ferropénica fueron las madres con anemia, la no lactancia materna exclusiva y las infecciones. Esto demuestra que los niños no se encuentran exentos de adquirir la enfermedad. Por otra parte el conocimiento que poseían los padres al inicio de la investigación resultó muy pobre. La aplicación de la intervención educativa permitió modificar los resultados obtenidos inicialmente, los padres mostraron el conocimiento adquirido en el cuestionario final, lográndose el cumplimiento del objetivo propuesto.

REFERENCIAS

Guía de diagnóstico y tratamiento (2009). *Anemia ferropénica*. Sociedad Argentina de Pediatría.

Laborí Quesada, P. Laborí Gallego, A. y Velázquez Reyes, M. (2017). Caracterización de pacientes en edad pediátrica con anemia ferropénica. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 42*(3). Recuperado de http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1076

Peña González, M., Godoy Matos, K., Almaguer Herrera, A., Corella Del Toro, I. y Bahr Varcárcel, P (2015). *Cambios clínicos y bioquímicos en niños menores de un año sometidos a tratamientos para la anemia ferripriva*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300004&lng=es

Picos Nordet, S., Santiesteban González, B. C., Cortés Santos, M. C., Morales Gómez, A. C. y Acosta Alegría, M. (2015). Factores de riesgo en la aparición de anemia en lactantes de 6 meses. *Rev Cubana Pediatr, 87*(4): 404-412. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000400003&lng=es

Richard Sills, N. (2016). *Tratado de Pediatría. Elsevier España, S.L.U. 20.ª Edición*.

Silva Rojas, M., Retureta Rodríguez, E. y Panique Benítez, N. (2015). *Incidencia de factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de cinco años*.

Svarch Guerchicoff, E. (2015). Anemia por deficiencia de hierro en el lactante. Instituto de Hematología e Inmunología. *Rev Cubana Pediatr,* 87(4) La Habana, Cuba.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DEL AEDES AEGYPTI. ÁREA DE SALUD "ROMÁRICO ORO PEÑA"

EVALUATION OF THE PROGRAM OF AEDES AEGYPTI´S CONTROL. HEALTH´S AREA "ROMÁRICO ORO PEÑA"

Zailin Bermúdez Domínguez yoennypg@ltu.sld.cu

Laura Ochoa Vergara love@ltu.sld.cu

Yoenny Peña García yoennypg@ltu.sld.cu

RESUMEN

El Programa Nacional para el Control de Aedes aegypti en Cuba emplea vigilancia regular, reducción de criaderos del vector, uso intensivo de larvicidas y adulticidas y campañas educativas para prevenir la formación de nuevos sitios de cría. Se realizó un estudio en sistemas y servicios de salud; para evaluar el proceso del programa de control del mosquito Aedes aegypti en el área de salud "Romárico Oro Peña", de Puerto Padre, Las Tunas en el 2018. Se seleccionó la muestra teniendo en cuenta 26 operarios, 5 jefes de brigada y 2 supervisores, los operarios fueron elegidos por un muestreo aleatorio simple. Los indicadores de proceso fueron evaluados de mal. El control del Aedes aegyti solo será eficaz si se hace con participación comunitaria e intersectorial, haciendo énfasis en la educación para la salud, así como en el control de la calidad del trabajo de los operarios de lucha antivectorial.

PALABRAS CLAVES: Vigilancia y lucha antivectorial, Aedes aegypti, programa de control, evaluación, proceso.

ABSTRACT

The National Program for the Control of Aedes aegypti in Cuba uses regular surveillance, reduction of hatcheries of the vector, intensive use of treatment to kill larvae and mature mosquitoes and educational campaigns to prevent the formation of new breeding places. It was carried out a study in systems and services of health; to evaluate the process of the program of control of the mosquito Aedes aegypti in health´s area "Romárico Oro Peña", Puerto Padre, Las Tunas in 2018. The sample was selected having in bill 26 operatives, 5 brigade bosses and 2 supervisors, the operatives were chosen by a simple random sampling. The process indicators were evaluated of bad. The control of the Aedes aegyti alone will be effective if one makes with community and inter sectors participation, making emphasis in the education for the health, as well as in the control of the quality of the work of the operatives of fight against vector.

KEY WORDS: Surveillance and fight against vector, Aedes aegypti, control program, evaluation, process.

INTRODUCCIÓN

Toledo Curbelo (2004) define que la evaluación de tecnologías de salud es: el proceso para determinar y aplicar criterios y normas con la finalidad de realizar un juicio sobre los diferentes componentes del conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, así como los sistemas organizativos con los que se presta asistencia sanitaria. El evaluar implica en general medir,

dimensionar lo que ya existe, compararlo con lo que desearíamos o deberíamos encontrar y averiguar de qué manera podríamos acortar las eventuales distancias entre la realidad y el deseo (u obligación), todo encaminado a garantizar accesibilidad, equitatividad y calidad, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la satisfacción del usuario en la atención médica. Comprende un conjunto de actividades que tienen por objetivo determinar el valor de un programa, intervención o proyecto específico. Por lo tanto, significa poder relacionar directamente un producto o resultado especifico con una intervención en particular.

El proceso es la dimensión de la calidad que reúne información sobre el funcionamiento de la prestación que brindan los profesionales de la salud y la interacción de las actividades de apoyo diagnóstico, lo que obliga al evaluador a conocer los mecanismos de funcionamiento de los servicios, soportes administrativos y en especial a los cuidados de la atención médica, reflejado en las interacciones entre los profesionales y sus pacientes. Es decir aborda los servicios producidos y utilizados, puede referirse a: aspectos técnicos definidos o normados por los profesionales; nivel organizacional, procesos organizativos implantados; y a la calidad de la atención a los pacientes, todo esto ha sido planteado por Bayarre Vea (2006).

Ramos Domínguez (2011) plantea que el mosquito Aedes (Stegomyia) aegypti Linnaeus 1762 es reconocido como el artrópodo más importante en la transmisión de los virus responsables del Dengue y la Fiebre amarilla urbana en humanos. Este vector presenta fuerte asociación con las viviendas humanas, así como un alto grado de susceptibilidad para infectarse con diversos virus. Su característica antropofílica y su capacidad de tomar más de una alimentación sanguínea durante su ciclo gonotrófico incrementan dramáticamente su capacidad vectorial.

Las enfermedades transmitidas por Aedes aegypti, causan grandes impactos en la salud pública, considerándose que la sexta parte de la humanidad se ve afectada por una o más enfermedades de transmisión vectorial y están distribuidas en áreas urbanas de Asia, el Pacífico, África, América Latina y el Caribe. Su localización está relacionada con la distribución geográfica de su principal vector, el Aedes aegypti Linneaus, esto ha sido referido en el manual de normas del MINSAP-DNVLA (2012).

El Programa Nacional para el Control de Aedes aegypti en Cuba se inició después de la epidemia de dengue ocurrida en 1981. El programa emplea vigilancia regular, reducción de criaderos del vector, uso intensivo de larvicidas y adulticidas y campañas educativas para prevenir la formación de nuevos sitios de cría. Aunque con las actividades del programa se ha logrado controlar este vector en muchas áreas del país, las poblaciones de Aedes aegypti siguen incrementándose en ambientes urbanos. Por lo que permanece el riesgo potencial de ocurrencia de brotes y epidemias de dengue, los que han ocurrido intermitentemente en Cuba desde 2001 hasta la actualidad. También se han diagnosticado casos de chikungunya importados y casos autóctonos de Zika, según lo referido en el manual de normas del MINSAP-DNVLA (2012) y Noriega Bravo (2012).

En el año 2017 en la provincia de las Tunas se acumularon 3886 focos de Aedes aegypti. De los municipios: Las Tunas (3123 focos- 80.4%) del total provincial, Manatí 251, Puerto Padre 250, Menéndez 4, Majibacoa 227, Jobabo 27, Colombia 5 y Amancio 5.

En el municipio de Puerto Padre en el año 2017 se reportaron 250 focos de Aedes aegypti en los Consejos Populares 1,2,3,5,9,11 y13, de ellos 10 en larvitrampas, 78 en tanques bajos, 3 en tanques elevados, 12 en cisternas, 37 en artificiales destruibles, 48 en artificiales no destruibles, 4 en evacuación de residuales,31 en otros depósitos de ellos 8naturales y de ellos19 adultos, con menor comportamiento en relación al período del 2016 que fue de 264 focos. Se incrementa el comportamiento al realizar estudio comparativo, el índice casa del 2017 fue de 0.1. De los 250 focos, 225 fueron del área intensiva del área Romárico Oro.

Se realizó esta investigación para evaluar el proceso del programa de control del mosquito Aedes aegypti en los consejos populares urbanos del área de salud Romárico Oro Peña, municipio Puerto Padre, provincia Las Tunas durante el año 2018.

Indicadores del programa de control del aedes aegypti. Área de Salud "Romárico Oro Peña"

En la tabla 1 analizamos el estado de cumplimiento de los indicadores del programa donde se evaluaron de mal, 3 de ellos, los que más incidieron fueron el índice de Breteau y el índice de vivienda.

Los indicadores medibles del programa de Vigilancia y Lucha Antivectorial (VLA) según la OMS ha tenido un deterioro en los últimos años porque ha faltado concientización entre otros aspectos según plantean Ochoa Ortega (2015) y Placeres Hernández (2016), en el análisis de esta investigación se demostró que en el área de salud "Romárico Oro Peña" los indicadores no están acorde a las exigencia del programa nacional ya que este exige disminuir el índice de infestación a niveles que no constituya riesgo de trasmisión de en enfermedades.

Tabla 1. Cumplimiento de los indicadores del proceso del programa de control en los consejos populares urbanos. Área de Salud "Romárico Oro Peña", Puerto Padre, 2018.

Indicadores	Propósito	Estado de cumplimiento	Evaluación
Índice de focalidad	0.05	0.61	Mal
Índice de vivienda	0.05	0.67	Mal
Índice de Breteau	Igual o mayor al índice casa	0.74	Mal
Decretos ley	1x100	1x105	Bien

Fuente: Departamento de estadística de Vigilancia y Lucha Antivectorial. CMHEM Puerto Padre.

En el estudio realizado por Arnold Domínguez (2012) los indicadores del proceso se subdividieron en: a) organización y ejecución del mando en cada área de salud y b) ejecución del tratamiento focal, control de la calidad contra Aedes y acciones sobre el resto de los vectores. Los criterios del inciso a fueron evaluados de aceptables, excepto la puntualidad y la asistencia al pase de revista de los operarios evaluados (93,3 y 98 % respectivamente); esto estuvo dado porque la mayoría de los incumplidores eran

exreclusos con inadecuada conducta social. Los criterios del inciso b fueron evaluados de aceptables.

Indicadores de Calidad

Al evaluar los indicadores establecidos en el programa para el pase de revista fueron evaluados de mal los aspectos relacionados con la asistencia, puntualidad, y el porte y aspecto.

En la investigación evaluativa realizada por Arnold Domínguez (2012) la dimensión proceso fue evaluada de inadecuada al no cumplirse a la vez ambos estándares establecidos para los criterios esenciales y no esenciales (85,71 y 57,14 %). Solo se cumplió el de los no esenciales. Es de tenerse en cuenta que aunque no sean esenciales, solo el incremento de la suma de estos dificulta el funcionamiento del programa en esta dimensión.

La promoción de salud es la herramienta más importante en el trabajo preventivo y de profilaxis pues va dirigida hacia el logro de cambios de estilos de vida en aras de lograr una conducta responsable para la salud en general, Macías Llanes (2012), Castrillón Castro (2017). En este proceso ha de tenerse en cuenta el control estricto de estándares de calidad, al respecto se plantea que:

> El control de la calidad incluye la garantía de la calidad y su evaluación. Debe ser jerarquizado por el primer nivel de cada institución. Actualmente, se concibe como un proceso integral donde se evalúan los resultados y se verifica el proceso. (Vivas Bombino, 2017, p. 54).

Al evaluar los indicadores de calidad de la inspección, la educación sanitaria y la técnica de la inspección fueron las que mayor porcentaje de mal obtuvieron en la evaluación.

De hecho, evaluar, controlar y exigir que los procesos realizados en la actividad de vigilancia y lucha antivectorial tengan la oportunidad y la calidad necesaria es responsabilidad de los diferentes grupos de control de la calidad, según refiere Ferreira (2016).

González Valdés (2016) plantea que la brigada de control de focos es una herramienta de control como función inherente al proceso de dirección, el cual tiene 2 aspectos básicos, la evaluación y la mejora del proceso gestión de la lucha antivectorial. De la misma manera la dirección del área debe tener control directo sobre la brigada para garantizar su correcto desempeño y lograr la disminución de los índices de infestación por el mosquito Aedes aegypti.

Además, según González Valdés (2016) la evaluación es un proceso que consiste en determinar y aplicar criterios y normas, con la finalidad de emitir un juicio sobre los diferentes componentes de lo que se desea evaluar para sustentar una decisión. Este juicio es de gran valor y se basa en el análisis de las condiciones existentes, de los procesos de trabajo, los resultados obtenidos en relación con condiciones ideales y los resultados perseguidos.

Al evaluar los indicadores de calidad de la reinspección, los mayores porcientos corresponden a evaluaciones de mala calidad de los mismos en la presentación y saludo, técnica de la inspección, educación sanitaria y despedida. En cuanto a los indicadores de calidad del muestreo tanto los del municipio como los del área de salud fueron

evaluados de Bien. En la evaluación realizada de los indicadores de calidad del focal destructivo los mayores porcientos corresponden a evaluaciones mala calidad en la realización de técnicas de educación sanitaria, técnica de la inspección y despedida. En cuanto a los indicadores de calidad del tratamiento adulticida, los mayores porcientos corresponden a evaluaciones de mala calidad en la educación sanitaria, mantener la vivienda cerrada por 45 minutos y en la encuesta de cadáveres.

González Valdés (2016) y Vivas Bombino (2017) han planteado en sus trabajos que a pesar de existir materiales educativos para la prevención y tratamiento del Aedes aegypti y realizar la actividad educativa, los mismos no fueron utilizados por la brigada.

Macías Llanes (2012) ha planteado que la integración e integralidad necesarias para hacer sostenibles las acciones en la lucha contra el Aedes aegypti, requieren entre otros, calidad en la totalidad de las actividades que se coordinan, ejecutan y controlan en el área de salud. Dada la relación existente entre la formulación de objetivos, el control y mejora del desempeño, quienes tienen ese encargo deben asumir una postura crítica frente al control de la calidad, de manera que redunde en un desempeño efectivo globalmente, y que contribuya además, a definir una posición acertada frente a propuestas de solución a los problemas.

Al realizar el análisis del estado de satisfacción de los moradores aunque predominan los satisfechos con el 80% respondiendo positivamente con el trabajo de los obreros de vigilancia y lucha antivectorial la evaluación fue mal al ser menor del 90%.

Por otra parte, en el programa de lucha antivectorial se plantea que la calidad es responsabilidad de la cadena de dirección de las áreas de salud del departamento de lucha antivectorial y de los grupos de control de la calidad a nivel central, de provincia y municipio; sin embargo, no se tiene en cuenta la responsabilidad del vicedirector de Higiene y Epidemiología, así como del director del área de salud en la evaluación de la calidad del trabajo de este departamento y en el seguimiento de sus acciones y resultados, temática que ha sido tratada por varios autores como Arnold Domínguez (2012) y Macías Llanes (2012).

CONCLUSIONES

El control del Aedes aegypti solo será eficaz si se hace con participación comunitaria e intersectorial, haciendo énfasis en la educación para la salud, así como en el control de la calidad del trabajo de los operarios de lucha antivectorial, donde su seguimiento y evaluación debe realizarse conjuntamente por el biólogo, jefe de departamento, vicedirector de Higiene y Epidemiología, así como el director del área de salud, teniendo en cuenta factores cognoscitivos y conductuales.

REFERENCIAS

Arnold Domínguez, Y. (2012). Evaluación de la vigilancia y la lucha antivectorial en el policlínico "Tomás Romay", del municipio La Habana Vieja, 2009. *Rev Cubana Hig Epidemiol;* *50*(2):222-30. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000200011&lng=es

Bayarre Vea, H., Pérez Piñero, J., Castañeda Abascal, I. y Ranero Aparicio, V. (2006). *La Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS).* Material Docente Especialidad en Bioestadística. Clasificación de las dimensiones de calidad con enfoque sistémico.

Castrillón Castro, A., Santa Gil, V., Loaiza Giraldo, D., Ortiz Garcés, D. J. y Aragon Múnera, V. (2017). Relación entre conocimientos, hábitos y participación comunitaria frente a la transmisión del dengue y chikungunya. *Revista CES Salud Pública, 8*(1):70–81. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=126780438&lang=es&site=ehost-live

Ferreira, M., Días, L., Rodovalho, C., Lima, J. y González, N. (2016). Perfil de susceptibilidad a Temefos en poblaciones de Aedes aegypti (Díptera: Culicidae) de Ciudad del Este-Alto Paraná, Paraguay. *Mem. Nst. Investig. Cienc. Sal; 14*(2):98-105. Recuperado de http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n2/v14n2a72.pdf

González Valdés, L. M., Casanova Moreno, M. C, Álvarez Alonso, I., Godoy del Llano, A. y Rodríguez Hernández, N. (2016). Efectividad de la intervención intensiva contra el Aedes aegypti. Municipio Pinar del Río. 2016. *Rev Ciencias Médicas, 20*(4):6-25. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script-=sci_arttext&pid=S1561-31942016000400004&lng=es

Macías Llanes, M. E., Díaz Campos, N. y Bujardón Mendoza, A. (2012). Fundamentos para el estudio de la respuesta social al Programa de control de vectores del Aedes aegypti en el municipio de Camagüey. *Rev Hum Med, 12*(2): Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_-arttext&pid=S172781202012000200001&lng=es

MINSAP-Dirección Nacional de Vigilancia y lucha antivectorial (DNVLA) (2012). Procesos en vigilancia y lucha antivectorial. En: *Manual de normas y procedimientos técnicos vigilancia y lucha Antivectorial,* p. 142-74. La Habana: MINSAP.

Noriega Bravo, V. M. (2012). La actividad de control en la lucha contra el Aedes aegypti en el nivel primario de atención. *Rev Cubana Med Gen Integr, 28*(1), 93-9.

Ochoa Ortega, M. R., Casanova Moreno M. C. y Díaz Domínguez, M. A. (2015). Análisis sobre el dengue, su agente transmisor y estrategias de prevención y control. *Rev Arch Med Camagüey, 19*(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v19n2/amc130215.pdf

Placeres Hernández, J. (2016). Reducir las poblaciones del mosquito aedes aegypti; estrategia para evitar tres enfermedades virales que incrementan su incidencia. *Rev Méd Electrón, 38*(2). Recuperado de http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1730

Ramos Domínguez, B. N. (2011). *Control de calidad de la atención de salud,* 2 ed, pp.1-172. La Habana: Ciencias Médicas.

Toledo Curbelo, G. J. (2004). *Fundamentos de Salud Pública 1.* La Habana: Ciencias Médicas.

Vivas Bombino, L. y González Tapia, M. (2017). A propósito del artículo Reducir las poblaciones del mosquito aedes aegypti; estrategia para evitar tres enfermedades virales que incrementan su incidencia. *Rev Méd Electrón, 39*(3). Recuperado de http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1900/3467

ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PACIENTES EN ESTADO DE COMA

COGNITIVE STIMULATION IN PATIENT IN STATE OF COMA

Zuleyka Sarais Rodríguez García zuleykarg@nauta.com.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo, para evaluar la efectividad de la estimulación cognitiva en los pacientes en estado de coma ingresados en UCI e UCIM del Hospital General Docente " Dr. Ernesto Guevara de la Serna", de Las Tunas, en el periodo comprendido de abril, 2017 hasta abril, 2018. La muestra no probabilística, por asignación, quedó conformada por 76 pacientes en estado de coma que recibieron estimulación cognitiva. Se analizaron las variables: edad, sexo, severidad de la lesión según Escala de Glasgow, complicaciones y evolución del estado de conciencia después de aplicado el tratamiento rehabilitador. A cada paciente se le aplicó previamente la escala de Glasgow para el coma, luego un programa de estimulación sensorial, donde también siempre que fue posible participaron los familiares y/o cuidadores, se orientó a cerca de su situación, fecha, lugar, estado actual, historia de lo que le ha pasado, familia, sus terapeutas, y después de aplicada la estimulación cognitiva se realizó la escala de recuperación del coma revisado.

PALABRAS CLAVES: Conciencia, corteza cerebral, estado vegetativo persistente, sistema reticular activador ascendente.

ABSTRACT

Is made an descriptive and prospective study, to evaluate the effectiveness of cognitive stimulation in patients in state of coma in the unit of intensive care and the unit of intermediate care in Ernest Guevara teaching hospital, in the period understood betwen april 2017 to april 2018. The simple not probabilistic for allocation was constituited by 76 patients in state of coma that received cognitive stimulation. Is analysed the variables: age, sex, complications more frecuently, severity of the lesion acording to Glasgow Scale, and the evolution of the state of concience after applied Rehabilitation treatment. To each patient is him applied previously the Scale of Glasgow for the coma, them a program of sensory stimulation; where also whenever was posible participated the family. Is oriented about the situation, date, place, state current, history, family and physiotherapists and after applied the cognitive stimulation is made coma Recovery Scale Revised.

KEY WORDS: Concience, bark brain, state vegetative persistent, system reticulated ascending.

INTRODUCCIÓN

La conciencia es la función que permite al ser humano darse cuenta de sí mismo y del mundo en que vive. La misma depende de la interacción entre la corteza cerebral, el tallo encefálico y el tálamo. Cuando alguno de estos sistemas se desconecta de los otros, la conciencia se ve afectada de acuerdo a lo planteado por James Bernart (2018).

Dentro de las alteraciones de la conciencia podemos citar: el coma, estado vegetativo (EV), estado de mínima conciencia (EMC) y deterioro cognitivo. El coma es un estado de no respuesta en el que el paciente yace con los ojos cerrados, no se despierta, no

presenta respuestas psicológicamente comprensibles a las estimulaciones externas ni a las necesidades internas, no emite palabras comprensibles, no efectúa movimientos dirigidos de modo preciso hacia una estimulación nociceptiva ni tiene ciclos sueño-vigilia.

“Estos enfermos no están inconscientes ni en coma en el sentido usual de la palabra, están despiertos sin conciencia” (Salas Rubio, Tablada Jodelín, Curbelo Machado, 2011, p. 17)

El coma puede estar producido por daño estructural como resultado de un traumatismo craneal, edema, inflamación, isquemia o una lesión con efecto de masa o por efectos tóxicos y metabólicos difusos sobre las neuronas cerebrales. Las encefalopatías metabólicas y tóxicas afectan de forma difusa a todas las neuronas cerebrales, particularmente a las neuronas corticales y talámicas metabólicamente sensibles (James Bernart, 2018).

Estos trastornos acarrean cambios físicos, cognitivos, emocionales y de comportamiento en la persona afectada que, a su vez, repercuten en la familia y el entorno, por lo que la evaluación y el tratamiento de rehabilitación son fundamentales para contribuir a optimizar el proceso de recuperación (Bruna y Roig, 2011)

Aspectos históricos

La conciencia y la pérdida o alteración de la misma, a causa de una lesión cerebral según Ferri Joan Campos y Noe Enrique (2011), ha acaparado la literatura médica, filosófica y legal desde hace siglos. De acuerdo a la tradición sumeria, hace unos 3000 años AC, los estadios de coma, tal y como se conciben actualmente, se debían al efecto del espíritu *alû.* En una sociedad guerrera como la mesopotámica las descripciones de casos de traumatismos y sus consecuencias neurológicas son frecuentes en los textos a bajo relieve de la época. Lamentablemente los avances médicos de la época no permitían una supervivencia lo suficientemente prolongada y no es hasta finales del siglo XIX en que se dispone de la primera referencia en la literatura médica sobre estados prolongados de alteración de la conciencia.

Para referirse a la historia del EVP como alteración de la conciencia, analicemos cómo la propia integración de ésta ha tenido múltiples explicaciones y ha sufrido cambios desde siglos pasados. En 1886 Víctor Horsley, filósofo y primer neurocirujano de Inglaterra, aseguró que el nivel de conciencia se relacionaba con la integridad y funcionalidad de la corteza cerebral y estableció que el neopallidum diferenciaba al hombre de los animales inferiores. Durante la segunda mitad del siglo XIX se desarrollaron importantes obras sobre las funciones corticales y la conciencia, etapa conocida como “periodo de oro de la fisiología cortical” y sus investigadores como “localizacionistas”.

Casi un siglo después, en 1937, Teodoro Bremen, fisiólogo belga, demostró en modelos experimentales que los mecanismos de alerta y despertar tenían sus bases anatómicas en el sistema reticular activador ascendente (SRAA), argumentos respaldados por otros como Giuseppe Moruzzi y Horace Magoun en 1949 y ratificados por el propio Magoun al año siguiente. Pocos años después, en 1966, Plum y Posner distinguieron que la capacidad para la conciencia depende de la integridad de los mecanismos fisiológicos que tienen su origen en el SRAA. Sin embargo, desde 1940 Ernst Kretschmer, neurólogo y psiquiatra alemán, antecedió que, según los resultados de sus investigaciones, la corteza no era necesaria para que aparecieran la alerta y los ciclos sueño–vigilia.

Basados en las opiniones de la época, diferentes estudiosos según los autores Tablada Jodelín y Curbelo Machado (2011).

En 1899 Rosenblat describe el extraño estado “entre el adormecimiento y el estado de vigilia” en el que se mantuvo durante ocho meses una joven acróbata tras permanecer dos semanas en coma por un traumatismo. A partir de 1940, aparecen en la literatura algunas descripciones de casos aislados con estados prolongados de pérdida de conciencia después de traumatismos craneoencefálicos preferentemente.

Comportamiento epidemiológico de las alteraciones de conciencia

En Estados Unidos se estima que de 10 000 a 25 000 adultos y de 4 000 a 10 000 niños sufren un EVP. El Profesor Salas Rubio (2011), en una casuística del Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luis Díaz Soto” de Ciudad de La Habana, correspondiente a enfermos con trauma craneoencefálico (TCE), demostró un 3.1% de EVP. Felipe Morán, dos años después, en la propia institución encontró que había ascendido a 6.25%. López Jiménez, en Las Tunas, encontró un 6.12% (López Jiménez H 2011). Otro estudio reciente, realizado por Lacerda Gallardo en Morón, demostró un 4.44%, en pacientes con TCE graves a los cuales se les realizó craniectomía descompresiva precoz.

¿En qué consiste la terapia de estimulación cognitiva?

Se define, como un proceso de enseñanza que dirige a las áreas del funcionamiento neuropsicológico involucradas en el aprendizaje y el funcionamiento básico cotidiano. Es una estrategia terapéutica encaminada a mejorar o restaurar las habilidades personales en áreas que requieran atención, recuerdo, organización, razonamiento.

La Fisioterapia es una profesión de amplia utilidad en el ámbito del cuidado crítico. Diversas patologías y sus situaciones clínicas asociadas, requieren la intervención del fisioterapeuta como parte del equipo interdisciplinario que tiene, como objetivo último, egresar al paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con mínima o ninguna limitación y en las mejores condiciones alcanzables de funcionalidad, para que el reintegro del sujeto a sus actividades y su participación en diferentes contextos sociales, sean similares a las que poseía antes del evento que lo condujo a la UCI, y que probablemente generó un impacto significativo en su historia y proyecto de vida y en el de su entorno familiar (Naranjo Aguilar, 2010).

El periodo de rehabilitación comprende desde el momento de la instauración del daño cerebral (DC) hasta el momento en el que las secuelas quedan estabilizadas y no se producen mejoras funcionales. A partir de ese momento la persona con DC entra en la fase de estabilización o de secuelas definitivas. El periodo de rehabilitación no es igual en todos los individuos con daño cerebral, es generalmente más largo en los que han sufrido un TCE severo (12-18 meses) que aquellos individuos que han sufrido un ictus (6-8 meses). Estos períodos de tiempo son aproximativos, pueden en unas ocasiones alargarse y en otras acortarse siempre hay que tener en cuenta la evolución particular de cada caso; finaliza cuando se dejan de producir cambios funcionales. Distinguimos a lo largo del periodo de rehabilitación varias fases:

- Fase aguda: Es el momento más próximo a la instauración del daño cerebral. Generalmente la persona está hospitalizada en unidades de cuidados intensivos. Es una fase en la que existe un importante riesgo vital y en la que

pueden aparecer complicaciones graves. El objetivo fundamental en esta fase es la estabilización clínica y el tratamiento y prevención de complicaciones.

- Fase subaguda: En esta fase la persona en estado de coma se encuentra ya estabilizada. Durante este periodo, además de procurar los cuidados médicos y de enfermería encaminados a la prevención y tratamiento de complicaciones, se inicia el periodo de rehabilitación multidisciplinar e intensiva. Intervienen los diferentes miembros del equipo rehabilitador: médico rehabilitador, enfermería de rehabilitación, fisioterapeutas, psicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, trabajador social y médicos consultores de diferentes especialidades (Neurología, Psiquiatría, Oftalmología, ORL, Neurocirugía y Cirugía ortopédica).

  El objetivo fundamental en esta fase es el de procurar el máximo nivel de autonomía y alcanzar el grado de estabilización clínica suficiente para poder acometer el programa de rehabilitación de forma ambulatoria, y finalizar de esta forma el periodo de hospitalización. En la fisioterapia se busca una buena organización sensorio/motriz para lograr que la persona maneje su cuerpo y el ambiente que lo rodea de manera útil y creativa. La estimulación sensorial y la actividad motora nos ayudan en la terapia a moldear neuronas y las interconexiones, las cuales ayudan a formar los procesos sensoriales y motores que permanecerán relativamente estables durante la vida del ser humano (Quemada, 2007).

En la provincia de Las Tunas no se ha descrito con anterioridad el uso ni la efectividad de la estimulación cognitiva en los pacientes en estado de coma en la UCI y UCIM, por lo cual nos motivamos a la realización de este trabajo

En el estudio realizado en la provincia de Las Tunas, el mayor número de casos en estado de coma fueron masculinos (cuadro 1) para un 53%, predominando los pacientes con 60 años y más en cuanto a la edad mostrado en el cuadro 2.

Cuadro 1. Distribución de los pacientes en estado de coma según sexo.

Sexo	No.	%
Masculino	42	55,3
Femenino	34	44,7
Total	**76**	**100**

Cuadro 2. Distribución de los pacientes en estado de coma según grupo de edades.

Grupo de edades	No.	%
19-29 años	11	14,5
30-39 años	7	9,2

40-49 años	9	11,8
50-59 años	14	18,4
60 y más años	35	46,1

En cuanto a la severidad de la lesión cerebral según la escala de Glasgow, representada en el cuadro 3, se pudo apreciar que el coma superficial o leve se presentó en el 35,5% de los casos, el coma moderado en el 34,2% y el coma profundo en el 30,3%

Cuadro 3. Clasificación de la severidad de la lesión cerebral según escala de Glasgow.

Escala de Glasgow	No.	%
Coma leve	27	35,5
Coma moderado	26	34,2
Coma severo	**23**	**30,3**

La complicación más frecuente que presentaron los pacientes en coma, representado en el cuadro 4, fue la desnutrición con un 78,9%.

Cuadro 4. Complicaciones más frecuentes

Complicaciones	No.	%
Ulceras por presión	43	56,6
Tromboembolismo pulmonar	27	35,5
Retracciones musculotendinosas	57	75,0
Desnutrición	60	78,9
Infecciones	41	53,9

Al estudiar la evolución del estado de conciencia después de aplicado el programa de estimulación cognitiva que se muestra en el cuadro 5, se pudo observar que el mayor número lo tuvo la recuperación cognitiva en 17 pacientes (22,4%), progresaron a un estado de conciencia mínima 30 pacientes (39,5%), entre ambos criterios. se apreció que 47 pacientes tuvieron una evolución satisfactoria (61,9%), demostrándose la efectividad del programa de estimulación cognitiva implementado.

Cuadro 5. Evolución clínica del estado de conciencia después de la estimulación cognitiva.

Estados de conciencia	No.	%
EVP	19	25,0
Estado de mínima conciencia	30	39,5
Deterioro cognitivo	10	13,2
Recuperación cognitiva	17	22,4

Al revisar los resultados de otros autores, encontramos que, en países como México, hay mayor incidencia de pacientes del sexo masculino afectados por alteraciones de la conciencia (Ontiveros, 2014, p. 211). Al igual que lo encontrado en la revista El defensor del pueblo donde el sexo determina la incidencia de daño cerebral sobre todo lo que respecta a los jóvenes, donde los varones llegan a triplicar en número en lesiones a las mujeres (Bascones Serrano, 2006, pp. 45-78).

En España se estima que se producen cada año unos 2500 casos nuevos de traumatismo craneoencefálico grave, los que generan una discapacidad grave de 20 casos por millón de habitantes. El 58% de estos traumatismos craneoencefálicos se producen en menores de 25 años como consecuencia de un accidente de tráfico. La mayor parte de estos casos graves son personas muy jóvenes (con edades inferiores a los 30 años), con una esperanza media de vida de unos 35 años y casi todos en edad laboral o al finalizar sus estudios (Ávila y Pajares, 2013, pp. 145-165).

Según algunos autores se estima que el estado de coma por trauma craneoencefálico constituye la primera causa de muerte y es el primer productor de discapacidad a nivel mundial. 1,2 millones de personas fallecen anualmente a causa de esta entidad, de hecho en México es la primera causa de muerte (Ontiveros, 2014, p. 211).

En estudios realizado por Naranjo Aguilar se encontró que las complicaciones más frecuentes fueron las retracciones musculotendinosas, con una incidencia de hasta un 84%. Hay múltiples, en primer lugar, el desequilibrio muscular con paresia de los antagonistas y la espasticidad. Las infecciones más comunes son las respiratorias más destacadas la neumonía por aspiración y las complicaciones derivadas de la traqueostomía (Berrouet Mejía, 2017, p. 71).

Kotz y cols, siguieron longitudinalmente una muestra de 36 pacientes, 11 de ellos en EV y 25 en EMC admitidos a un programa de rehabilitación cognitiva, aproximadamente 1 mes después de la lesión. En términos globales, el 72% de la muestra (45% de los pacientes en EV y 80% en EMC) superó el EMC, 9 semanas después de la lesión. En este mismo estudio 4 de los 11 en EV Y 17 EMC recuperaron la orientación y 1 de los 11 en EV y 9 de los 25 en EMC lograron la independencia en las actividades de la vida diaria (Campos y Noe, 2011, pp. 18-159).

CONCLUSIONES

En la incidencia de los pacientes afectados de coma, de etiología diversa, donde la severidad de la lesión según la escala de Glasgow no fue sustancial, predominó el sexo masculino.

Entre los grupos de edades más afectados fueron los comprendidos por individuos de la tercera edad o en edades cercanas a la misma y se apreció en esta investigación que, el estado de coma se incrementó aparejado al envejecimiento, debido a las peculiaridades vasculares patológicas del cerebro en estas etapas de la vida, donde las causas del estado de coma que predominaron fueron las encefalopatías hipóxicas, metabólicas y la enfermedad cerebrovascular.

En los pacientes estudiados hubo un número elevado de complicaciones que las mismas pudieron ser evitables, como la desnutrición y las relacionadas directamente con el encamamiento con medidas de rehabilitación, dieta adecuada y cuidados higiénicos.

Después de aplicado el programa de estimulación cognitiva se apreció que más de la mitad de los casos manifestó una evolución clínica satisfactoria de su estado de conciencia, así se demostró la efectividad del programa implementado.

REFERENCIAS

Ávila, G. y Pajares, S. (2013). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con daño cerebral adquirido*. Imverso, pp: 145-165.

Berrouet Mejía, M. C., Pino Ramos, N. E., Castro Botero, M., Gómez Calzada, U. E. (2017). *Alteración del estado de conciencia en el paciente intoxicado.* Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123860037&lang=es&site=ehost-live

Bascones Serrano, L. M. (2006). *Daño Cerebral Sobrevenido en España. Acercamiento Epidemiológico y Situación Sociosanitaria, Defensor de Pueblo.* Recuperado de https://www.defensordelpueblo.es/.../2006-01-Informe-sobre-daño-cerebral-sobreveni...

Campos, F. J. y Noe, E. (2011). *Daño Cerebral adquirido: Síndrome de vigilia sin respuesta y de Mínima conciencia,* pp 18-159.

Ferri, J. (2015). *Neuropsicología de los estados alterados de conciencia* (tesis inédita). Valencia España. Universidad de Valencia.

Naranjo Aguilar, J. (2010). *Intervenciones de la Rehabilitación en trauma craneoencefálico, consenso disciplinar.*1ra ed. Agencia de información. Barcelona, pp: 32-42. Recuperado de http://www.agreecollaboration.org

López Jiménez, H. (2010). *Impacto de la Craniectomía descompresiva precoz en los resultados del tratamiento del trauma craneoencefálico grave*. Trabajo presentado en el I Simposio Nacional de Trauma Craneoencefálico. Morón, Ciego de Ávila.

Ontiveros, Á., Preciado, A. K., Matute, E., López-Cruz, M. y López-Elizalde, R. (2014). Factores pronósticos de recuperación y reinserción laboral en adultos con traumatismo craneoencefálico. *Revista Mexicana de Neurociencia, 15*(4):211–7. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=97746880&lang=es&site=ehost-live

Bruna, O. y Roig, T. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica, intervención y práctica, 3ra edic.* España: Elsevier.

Quemada I. (2007). *Modelo de atención a personas con Daño Cerebral,* 1ra.ed. Imserso. Madrid España.

Salas Rubio, Tablada Jodelín, R. y Curbelo Machado, C. (2011), Estado vegetativo persistente: un reto para las neurociencias contemporáneas. *Rev. Cubana de Neurol y Neuroc,* 1(1): 44-51.

CARACTERIZACIÓN DE LOS RIESGOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN EL CONSULTORIO MÉDICO DE FAMILIA DE LA YAYA

CHARACTERIZATION OF THE RISKS OF THE PREGNANCY IN THE ADOLESCESCIA IN THE CLINIC PRESCRIBES OF FAMILY OF THE YAYA

Zurisaday González Almaguer zuri9306@nauta.cu

Michel Zayas Reyes

RESUMEN

El embarazo en adolescentes: es aquella condición de gestación que ocurre en mujeres hasta los 19 años entendiéndose comoel tiempo transcurrido desde la menarca, mientras la adolescente es aún dependiente del núcleo familiar de origen. El objetivo de este trabajo es caracterizar los factores de riesgo del embarazo en adolescentesen el Consultorio Médico Familia de La Yaya, Policlínico Mario Pozo, Jesús Menéndez, Las Tunas. Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, desde enero del2018 a abril del 2019. El universo estuvo constituido por 123 adolescentes, la muestra por 66 que cumplieron con los criterios de inclusión. Seutilizó como medidas de frecuencias el (porcentaje). Prevaleció la edad15 a 19 años, el nivel de preuniversitario sin terminar, el estado civil las solteras, el método anticonceptivo más utilizado el condón. El nivel de conocimiento de las sobre la edad óptima para concebir e interrumpirun embarazofue bajo. En la caracterización a la familia existió falta de conocimiento sobre los riesgos y complicaciones del embarazo. La falta de conocimiento por parte de la familia y adolescentes son factores que incidieron en el alto índice de embarazo en esta etapa de la vida por lo nuestra labor está dada en disminuir el problema implementando estrategias educativas.

PALABRAS CLAVES: Adolescencia, embarazo, factores de riesgo.

ABSTRACT

Teenage pregnancy: is that gestational condition that occurs in women up to the age of 19, understood as the time that has elapsed since menarche, while the teenager is still dependent on the family nucleus of origin. The objective of this work is to characterize the risk factors of pregnancy in adolescents in the Family Medical Clinic of La Yaya, Policlinico Mario Pozo, Jesús Menéndez, Las Tunas. A descriptive observational cross-sectional study was conducted from January 2018 to April 2019. The universe consisted of 123 adolescents, the sample of 66 that met the inclusion criteria. The (percentage) was used as frequency measures. The age of 15 to 19 years prevailed, the level of unfinished pre-university, the marital status of single women, the contraceptive method most used the condom. The level of knowledge about the optimal age for conceiving and terminating a pregnancy was low. In the characterization of the family there was a lack of knowledge about the risks and complications of pregnancy. The lack of knowledge on the part of the family and adolescents are factors that influenced the high rate of pregnancy in this stage of life, so our work is given in diminishing the problem by implementing educational strategies.

KEY WORDS: Adolescence, pregnancy, risk factors.

INTRODUCCIÓN

Rodríguez, Hernández y Ojeda (2012) abordaron en su estudio que la adolescencia fue considerada por un largo tiempo solo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin que se le dedicara mayor atención, sin embargo, en la actualidad, el criterio predominante es que la adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa, que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural.

Varios autores hacen referencia que la adolescencia, comprende tres etapas, las cuales gozan de características diferentes en cada uno de ellas y que se presentan de distintas maneras de enfrentar la sexualidad y el embarazo como crisis, estas etapas son: adolescencia temprana de 10 a 14 años, media de 15 a 16 años y la tardía de 17 a 19 años de edad. Analizadas por Vega, Icaza, Becerril y Ávila (2016).

En el estudio realizado por Malán (2016) aparecen cambios endócrinos y morfológicos producidos por un proceso de reestructuración orgánica que compromete el aparecimiento de los caracteres sexuales secundarios, aparición de la primera menstruación (menarquia) en la mujer, la producción inicial de espermatozoides (espermaquia) en el hombre, simultáneamente nacen nuevas formas de relacionarse con los adultos, intereses nuevos, cambios de conducta y actitud ante la vida. Guevara (2013) agrega que el embarazo en adolescentes: es aquella condición de gestación que ocurre en mujeres hasta los 19 años de edad independiente de la edad ginecológica, entendiéndose por tal, al tiempo transcurrido desde la menarca, mientras la adolescente es aún dependiente del núcleo familiar de origen.

Además incluye, Guevara (2013), que la fertilidad en los adolescentes aparece aproximadamente a los seis o siete años antes de ser emocionalmente maduros, y en la actualidad se desarrollan en una cultura donde los compañeros, la televisión, cine, internet y la música emiten mensajes manifiestos con contenido sexual que son comunes y aceptados, sumado a esto la desinformación sobre educación y comportamiento sexual, en el hogar, la escuela y la comunidad, la poca información sobre sexualidad reciben los adolescentes es transmitida por personas poco informadas en el tema.

El Informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2014) ofrece quecada año dan a luz 16 millones de adolescentes, en edades englobadas entre los 15 y 19 años y aproximadamente un millón de estos partos son de menores de 15 años de edad, y asevera que mayoritariamente ocurre en países en vías de desarrollo. En estas adolescentes las complicaciones durante el embarazo y el parto constituyen la segunda causa de defunción, además los recién nacidos de estas madres enfrentan un riesgo considerablemente superior de fallecer en comparación con los nacidos de mujeres comprendidas entre 20 a 24 años de edad.

A nivel mundial estudios que se realizaron por Gómez y Montoya (2012), se refieren a otros aspectos, que el embarazo en adolescentes favorece como son la perpetuación del ciclo de la pobreza que incluye detener los logros académicos, ocupacionales y aspectos socioeconómicos.También es un factor que contribuye a la mortalidad materna, interfiere en el buen desarrollo del niño ya que mencionan que niños criados por madres adolescentes se exponen más al abuso físico o sexual y presentan a futuro problemas en su comportamiento.

Almeida (2016), en su estudio explica que en Cuba se desarrollan programas y acciones mancomunadas por diferentes instancias dirigidos a evaluar los niveles de salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre las que se destacan: el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), el Centro Nacional de Educación Sexual, el Ministerio de Educación (MINED) y el Ministerio de Educación Superior (MES) con la labor extensionista de las universidades.

En la provincia de Las Tunas el índice de embarazo en adolescencia se registró en un 49,6%, en el municipio de Jesús Menéndez en el 2018 se captaron 313 embarazadas y de ellas un total de 110 fueron adolescentes para un 35,1 % y en el 2019 hasta la fecha se han captado 254 y de ellas 76 fueron adolescentes para 28 % y en el CMF 49 de la Yaya constituye el móvil fundamental para realizar una investigación con adolescentes y familias, al no escapar de esta problemática.

Caracterización epidemiológica de las adolescentes

En el presente estudio, al evaluar la distribución de adolescentes según la edad encontramos que predominó el grupode 15 a 19 años con 39 para el (59,1%), (de ellas se encontraban embarazadas 21 para un 53,8 %), seguido por el de10 a 14 con 27 para un (40,9 %), en este grupo no hubo ningún caso de embarazo.Estudio realizado porOrtiz, (2015) informa que las adolescentes entre 15 a 19 años fueron las que más incidieron en embarazarse, coincidiendo con los de nuestro trabajodonde la edad obtenida fue la de15 a 19 años (adolescencia tardía).

En Cuba los demógrafos han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad, y señalan que las mujeres paren en edades cada vez más tempranas. En nuestro país el 50 % de los adolescentes de entre 15 y 19 años tienen vida sexual activa. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10 % anual de mujer con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25 % de los adolescentes dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales.

Este inicio de las relaciones sexuales ocurre cada vez a edades más tempranas, y nuestro país no escapa a esta situación, de ahí la importancia de que los adolescentes, tanto hembras como varones, estén bien informados sobre el tema, y educarlos en valores que refuercen el amor y el respeto en las relaciones de pareja, y que la decisión de comenzar su vida sexual sea siempre sobre esa base (Ortiz, 2015).

Al explorar en las adolescentes su escolaridad se descubrió que existepredominio del nivel preuniversitario sin terminarcon un 28,8 %, seguido de la secundaria terminada y preuniversitaria terminada ambos con 12 alcanzando 18,2 %. En todas las adolescentes, la mayor incidencia estriba en las que cursan el nivel preuniversitario sin terminar.

Existe evidencia de que el embarazo temprano se asocia al término de escolaridad y con una situación menos ventajosa en procesos 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**.**

Al establecer una comparación con otros estudios se pudo evidenciar que Gálvez, Rodríguez, Lugones y Altunaga (2017) exponen en sus resultados la distribución de

gestantes según escolaridad con predominio de las adolescentes con nivel secundario en un 57,8% (26 embarazadas), seguido de las de nivel preuniversitario que alcanzaron 20 % (9 embarazadas).

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 (UNICEF, 2014). Los resultados confirman lo planteado, pues la mayoría de ellas se encontraban con un nivel escolar entre la primaria y la secundaria y con situaciones económicas desfavorables, como pudo verse en los resultados (Gálvez y otros 2017).

Categoría ocupacional

En la categoría ocupacional encontramos que el número más representativo lo reportaron las adolescentes vinculadas al estudio con el 40,9% y a continuación las trabajadoras, para el 36,4%.

Podemos plantear que no se puede olvidar que cada una de estas secuelas individuales provocadas por un embarazo precoz 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.

Estudios realizado por Cortés, Chacón, Álvarez, y Sotonavarro (2015) refieren, 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 yestabilidad financiera, así como tener hijas que se embaracen durante la adolescencia, constituyendo un alto costo directo o indirecto para la sociedad.

Estado civil

En el estado civil se registróque existe un predominio en las solteras con un 54,5%seguida por la unión estable 25,8%. Se expresa el comportamiento de la distribución del estado civil al prevalecer en sentido general, las adolescentes sin pareja.

Al comparar estos resultados con los aportados por Gálvez y otros (2017) no coinciden al encontrarse que en su estudio la distribución de gestantes adolescentes según el estado civil se registra un predominio en las relaciones con pareja, la unión estable con (18 embarazadas; 90 %) y en la relación sin pareja. Esto nos permite evaluar que no todos los adolescentes poseen conocimientos de la utilización de estos métodos para prevenir o evitar un embarazo.

Métodos planificación familiar

El uso de métodos anticonceptivos suele ser resultado de condiciones económicas, culturales, de la escasa oferta de opciones entre distintos métodos o bien de información insuficiente al respecto. Al analizar la utilización de métodos anticonceptivos (encontramos que 44% de las adolescentes usan como métodos anticonceptivos el

condón; seguido por un 25,8 % que toman pastilla y el 9% no utilizan ninguno por ser vírgenes.

Utilización de métodos anticonceptivos

Utiliza métodos anticonceptivos ¿Cuáles?	No.	%
Condón	**29**	**44,0**
Pastillas	17	25,8
DIU	14	21,2
Ninguno	6	9,0
Total	66	100

Fuente: Encuesta

Al caracterizar la utilización de métodos anticonceptivos con los obtenidos por Gálvez y otros (2017) encontramos en este caso que no existe correspondencia al incidir las adolescentes embarazadas que no usan métodos anticonceptivos con 66,7 % (30 casos) y sin embargo, solo 33,3 % (15 casos) lo utilizan evaluar sus resultados refirieronque no todas los adolescentes poseen conocimientos de la utilización de estos métodos para prevenir o evitar un embarazo.

Conocimientos de los métodos de planificación familiar y edad óptima para concebir un embarazo e interrupción del embarazo

El nivel de conocimiento que inicialmente tenían las adolescentes fuebajo, solo el 42,4 % conocía de los métodos de planificación familiar y su utilización, el 92,4% no conocían la edad óptima para concebir un embarazo e interrupción del embarazo. De los métodos anticonceptivos, solo el 16,7% tenían conocimientos adecuados. Después de ofrecer orientaciones al respecto se logró cambiar estos resultados en un conocimiento adecuados. Resultados similares fueron obtenidos por Fleites, Álvarez, González y Díaz, 2015), al exponer que inicialmente alcanzaron el 42,4 % y después lo incrementaron con un 97 %.

Al caracterizar los conocimientos sobre las etapas de la adolescencia e inicio de primeras relaciones sexuales tenían un 9,1% de conocimiento. Al relacionarlas con otras investigaciones hubo correspondencia al referirse que al ser aplicado el segundo cuestionario se exploraba, en la edad óptima para una mujer asumir el embarazo, fue bajo y luego de recibir orientaciones al respecto 46 adolescentes cambiaron su opinión considerando que la edad ideal para concebir un hijo es la comprendida entre los 21-30 años, ya que es esta, la edad en las que lasféminas desde el punto de vista fisiológico tienen la total maduración física y psíquica para concebir un embarazo (Gálvez y otros, 2017)

Conocimientos sobre riesgos y complicaciones del embarazo

Al indagar en el conocimiento sobre los riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescenciase comportó en un 9,1 %. Al relacionar con otros estudios se comprobó similar resultado, al plantearse que no tenía conocimientos adecuados sobre las complicaciones del embarazo y luego fueron adecuados (Fleites y otros, 2015).

Se puede observar que el conocimiento de la familia respecto a las etapas de la de la adolescencia e inicio de primeras relaciones sexuales y sobre edad óptima para concebir un embarazo e interrupción del embarazo, en ambas se tenía un 32 % de conocimiento, lo que demuestra que cuando la familia no orienta adecuadamente a sus hijas repercute en que puedan las adolescentes embararse.

La caracterización del conocimientosobre los métodos de planificación familiar y su utilización se registró en un 72,7%. En los riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia se recogió un 50 %. En lo concerniente a que la madre conversa con su hija sobre la sexualidad solo lo hacían el 37,9%. Del conocimientode cuando su hija comenzó la primera relación sexual el 45,4% conocían, las madres refieren que aún tienen adolescentes que son vírgenes.

En la identificación general a la familia se mostró que solo un el 25,8% tenía conocimiento suficiente acerca de los riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia**,** lo que nos demuestra que la falta de conocimiento por parte de la familia y adolescentes son factores que inciden en el alto índice de embarazo en esta etapa de la vida.Es necesario promover la intervención de la familia en el desarrollo de los adolescentes, mediante la vinculación de los padres en actividades que mejoren la comunicación con sus hijos, desde el CMF como en los hogares.

Desarrollar actividades educativas sobre el embarazo en la adolescencia en la comunidad, involucrando al grupo de trabajo comunitario, con un lenguaje claro, comprensible y directo, buscando las técnicas educativas más apropiadas para cada etapa de la adolescencia.

CONCLUSIONES

En la caracterización realizada a las adolescentes prevaleció el grupo de edades de quince a diecinueve años, el nivel preuniversitario sin terminar, la ocupación las vinculadas al estudio y el estado civil las solteras. De los métodos anticonceptivos utilizados con mayor frecuencia fue el condón. El nivel de conocimiento sobre la edad óptima para concebir un embarazo e interrupción del embarazo fue bajo.

La caracterización a la familia mostró conocimientos insuficientes acerca de los riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia. Por lo que se puede concluir que la falta de conocimientos por parte de la familia y adolescentes son factores que inciden en el alto índice de embarazo en esta etapa de la vida. Lo que nos llama modificar conductas para disminuir el embarazo a temprana a edad proponiendo actividades educativas involucrando a participar a la comunidad y la familia.

REFERENCIAS

Cortés, A., Chacón, D., Álvarez, A. G. y Sotonavarro, Y. (2015). Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 31(3): Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000300012&lng=es

Fleites, N., Álvarez, Y., González, I. A. y Díaz, J. (2015). Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. Consejo Popular San Francisco. Venezuela. *Medisur*, *13*(2):1-17.

Gálvez, F., Rodríguez, B. A., Lugones, M. y Altunaga, M. (2017). Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana ObstetGinecol*, *43*(3):15-27. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300003&lng=es

Gómez, C. y Montoya, L. (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño. *Revista Salud Pública*. Recuperado de http://search.proquest.com/health/docview/1677205693/46592B9CA2314A4EPQ/4?accountid=36724

Guevara, W. O. (2013). *Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores psicosociales asociado*s (tesis de especialidad inédita). Ecuador, Universidad de Cuenca. Recuperado de http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4006/1/MEDGO15.pdf

Malán, C. D. (2016). *Propuesta de intervención educativa sobre el embarazo en adolescentes, colegio Aurelio Guerrero, Archidona. 2015 – 2016* (Proyecto de Investigación para la obtención del grado de Especialista en medicina familiar y comunitaria). Riobamba – Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Ortiz, R. C., Bañuelos, A. F., Serrano, R. F., Mejía, M. L. y Laureano, J. (2015). Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México. *Rev Cubana ObstetGinecol*, 41(4). Recuperado de www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/

Quintero, P. P. (2016). Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la Adolescencia en el Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga. *Rev Cubana ObstetGinecol*, *42*(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu

Rodríguez, Y., Hernández, Y. y Ojeda, N. (2012). Factores epidemiológicos del embarazo en la adolescencia. *Medicentro Electrón*, 16(4). Recuperado de http://medicentro.vcl.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202012/v16n4a12/factores.htm

UNICEF (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes, una aproximación a factores culturales, sociales y emocionales a partir de in estudio en seis países de la región*. Recuperado de http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf

Vega, G., Icaza, T. de, Becerril, A. y Ávila, J. (2016). Resultados perinatales de hijos de madres adolescentes: comparados con hijos de madres no adolescentes en un Hospital de Segundo Nivel en México" *EuropeanScientificJournal*, 12, 25-34.

PREVALENCIA DE INFERTILIDAD Y FACTORES DE RIESGO EN PAREJAS EN EDAD FÉRTIL EN EL MUNICIPIO LAS TUNAS

PREVALENCE OF INFERTILITY AND RISK FACTORS IN COUPLES OF CHILDBEARING AGE IN THE MUNICIPALITY OF LAS TUNAS

Raquel María Bori Palma rbori85@nauta.cu

Yendris Velázquez Perez

Odalis Nerelis Fonseca Ochoa

RESUMEN

El objetivo del trabajo es determinar la prevalencia de infertilidad y los factores de riesgo en parejas en edad fértil en el periodo comprendido de enero 2017 a noviembre del 2018**.** Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal donde el universo estuvo integrado por 55 parejas que asistieron a la consulta de infertilidad municipal del policlínico Guillermo Tejas. Fueron utilizados métodos empíricos y estadísticos. La información se obtuvo mediante la revisión de las historias clínicas y las encuestas aplicadas previo consentimiento informado. Se evidenció que la infertilidad es más frecuente en las edades comprendidas entre 31 y 35 años en el sexo masculino y entre 26 y 30 años en el sexo femenino. El 45.7% de las parejas estudiadas llevaban menos de 3 años buscando embarazo. La infertilidad secundaria en estrecha relación con el número de abortos previos fue un resultado significativo.

PALABRAS CLAVES: infertilidad primaria, etiología, entidad clínica, prevalencia, edad fértil.

ABSTRACT

The objectiv determine the prevalence of infertility and risk factors in couples of childbearing age in the period from January 2017 to November 2018.The universe was composed of 55 couples who attended the municipal infertility consultation of the Guillermo Tejas polyclinic. A cross-sectional descriptive observational study was conducted to empirical and statistical methods were used. The information was obtained by reviewing the medical records and the surveys applied with prior informed consent. It was evident that infertility is more frequent in the ages between 31 and 35 years in the male sex and between 26 and 30 years in the female sex. 45.7% of the couples studied had been seeking pregnancy for less than 3 years.

KEY WORDS: primary infertility, etiology, clinical entity, prevalence, fertile age.

INTRODUCCIÓN

Concebir es una cuestión de suma importancia desde los orígenes mismos de la humanidad. Se trata este tema desde las primeras civilizaciones como la egipcia, la mesopotámica, la hindú y la hebrea, así como en libros sagrados como la Biblia y el Corán. En la antigua Grecia y también en Roma se invocaban numerosos dioses para aumentar la fertilidad, tal es el caso de Afrodita (Venus), Príapo y Dionisio (Baco). (Apperley JF; Reddy N) (Boivin J, Bunting L:et all) De maneras muy variadas, el hombre tiene conciencia de que su única posibilidad de proyectarse más allá de su propia realidad, es a través de la reproducción. Esta característica inherente a los seres vivos adquiere especial importancia desde el primer instante en que éste toma conocimiento

de ser un participante activo en el proceso generativo de la vida humana. Así nace su preocupación por la fecundidad y concentra parte de sus esfuerzos científicos en estudiar esa materia. En la especie humana la fecundidad es el resultado de la interacción entre una variable biológica expresada a través de una cascada de reacciones celulares que se ponen en marcha con el coito y una variable de tiempo manifestada por el número de veces en una unidad de tiempo, por ejemplo, un año, en que la pareja tiene relaciones coitales. (Apperley JF; Reddy N)

Si 100 parejas normales tienen relaciones sexuales en el período fértil, sólo 30 se embarazan clínicamente en el primer mes, 12.5 en el segundo, 13 al tercer mes y así sucesivamente hasta llegar a 86 al término del primer año de exposición. Análisis químicos efectuados en muestras de sangre obtenidas de las 100 mujeres expuestas a embarazo durante el primer mes demuestra que en 68 de ellas hubo un óvulo fecundado que se implantó en el útero de su madre y se perdió antes de ser reconocido como un embarazo clínico. (Valencia Madera, I)

No es posible estudiar biológicamente el número de fecundaciones espontáneas que ocurren en parejas normales expuestas a embarazo, sin embargo, modelos matemáticos sugieren que este evento ocurre espontáneamente en un 80% de los ciclos de mujeres menores de 35 años que tienen relaciones sexuales no protegidas durante su período fértil. Se concluye por Álvarez que la aparente ineficiencia reproductiva se debe a una alta tasa de pérdidas reproductivas ocultas que operan en forma implacable como mecanismo de selección natural. Así, aún en mujeres muy jóvenes, no más de un 20% de los óvulos fecundados espontáneamente en la trompa de Falopio llegarán a ser un hombre o una mujer.

La importancia de la infertilidad como problema de salud puede ser analizada desde distintos puntos de vista. Las parejas infértiles con frecuencia requieren numerosos exámenes clínicos y de laboratorio, a veces sofisticados, durante un período de meses. La probabilidad de hallar una causa tratable es variable, pero raramente es alta. La infertilidad de la pareja es reconocida como un problema médico-social de la salud reproductiva en el nivel mundial. (Valencia Madera, I)

Diversos factores emergentes se señalan como fundamentales en este incremento: la influencia ambiental, nuevas enfermedades de transmisión sexual, la disminución de la fertilidad masculina, las tendencias de posponer los embarazos para edades más avanzadas, los cambios en la orientación sexual, entre los principales. Estos varían de un país a otro y entre grupos de un mismo país debido a las condiciones de vida, alimentación, atención sanitaria, educación, herencia genética y uso de medicamentos. (Usandizaga.) (Aller J. Pagés G; Álvarez J. C).

Con el siguiente estudio se propuso como objetivo determinar la prevalencia de infertilidad y los factores de riesgo en parejas en edad fértil en el periodo comprendido de enero 2017 a noviembre del 2018**.** Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal donde el universo estuvo integrado por 55 parejas que asistieron a la consulta de infertilidad municipal del policlínico Guillermo Tejas, y se realizó un muestreo aleatorio simple donde se obtuvieron 35 parejas con este diagnóstico, lo que representa el 63,6% del universo.

Tabla 1: Distribución de los pacientes según la edad y el sexo.

Edad en años	femenino	%	masculino	%	total	%
≤ 20	4	5,7	0	0	4	5,7
21-25	8	11,4	5	7,1	13	18,5
26-30	10	14,3	10	14,3	20	28,6
31-35	8	11,4	11	15,7	19	27,1
≥ 36	5	7,1	9	12,9	14	20
Total	35	50	35	50	70	100

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta de infertilidad municipal de policlínico Guillermo Tejas.

De acuerdo a la distribución por edad y sexo se determinó que en el sexo masculino el mayor porcentaje de infertilidad estuvo representado en las edades comprendidas entre 31 y 35 años. En el caso del sexo femenino el mayor porcentaje estuvo representado en las edades comprendidas entre 26 y 30 años. Se comparó este resultado con un estudio realizado en matanzas en 2016 donde se evidenció mayor porcentaje de infertilidad en el sexo masculino y en la edad mayor de 30 años, lo que coincide con nuestro estudio. Las investigaciones de Hugo Fernández en el artículo citado se observó un predominio del grupo de mujeres comprendidas entre 25 y 30 años. Según cita Urrelles Carrera muchas parejas posponen su matrimonio a edades más avanzadas y además postergan la maternidad para edades en las que es más fácil concebir. Esto constituye un fenómeno a nivel mundial.

Resultados similares a los obtenidos en este estudio se recoge en el trabajo de investigación de la doctora Rojas Montoya y colaboradores ya citados, se observó que el grupo etario más frecuente fue el comprendido entre 31 y 35 años (39%) mientras que entre 21 y 25 años representó el 3% y las mayores de 36 años el 5%.

Tabla 2: Años intentando concebir el embarazo.

Tiempo en años	No.	%
≤ 3años	16	45,7
3-6 años	7	20
≥ 6años	12	34,3
Total	35	100

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta de infertilidad municipal de policlínico Guillermo Tejas.

Teniendo en cuenta los años de matrimonio de la pareja intentando el embarazo se comprobó que el 45,7% de los casos llevaba menos de tres años de espera. Pero otro porciento nada despreciable (34,3%) lo ocupaban los que llevaban más de 6 años de matrimonio. Alicia Hernández en el artículo Caracterización de la mujer infértil resultado de un estudio estandarizado en 1999, La Habana demostró que el 19% de las parejas llevaban menos de 3 años buscando embarazo luego de la utilización de dispositivos intrauterinos en la mujer y el 11% luego de la utilización de contraceptivos hormonales y el 80% otros métodos.

En el manual AMIR 2008 el dispositivo intrauterino previene mejor el embarazo normal que el ectópico por lo que la frecuencia relativa de este último aumenta. El estudio realizado en Cienfuegos hace alusión a un gran número de parejas (49%) con fertilidad demorada tras el uso prolongado por el uso de anticonceptivos orales, pero todas con menos de 3 años de unión consensual de matrimonios buscando embarazo, esta condición guarda relación con las situaciones socioeconómicas, la inestabilidad del matrimonio, el cambio frecuente de pareja sexual y en ocasiones la inexperiencia para formar un proyecto de vida.

Tabla 3 Distribución de las pacientes según historia obstétrica

HOA	NO	%
Sin embarazos anteriores	15	42,9
Partos	8	26,5
Abortos	12	30,5
Total	35	100

Fuentes: Recogida de las historias clínicas de las pacientes que asistieron a consulta de infertilidad municipal del Policlínico Guillermo Tejas.

Entre las parejas estudiadas se corroboró que 15 de ellas nunca habían quedado embarazada representando el 42,9% tratándose de casos típicos de infertilidad primaria y el 57.1% restante pertenecieron a infertilidad secundaria. Esto es ligeramente superior a lo reportado por Serpa y colaboradores quienes encontraron 52 % de casos de infertilidad secundaria. (34)

Estos resultados fueron muy variables incluso dentro del propio territorio nacional pues según estudio publicado sobre el tema realizado en el Hospital Militar Dr. Luis Díaz Soto la infertilidad secundaria osciló entre el 73 y el 78% de los casos.

Entre las 20 parejas restantes, la mitad había estado embarazada en una ocasión para un 28,6% y otro por ciento igual por más de una ocasión. Por otro lado 6 parejas ya tenían un hijo y una de las parejas estudiadas poseía más de uno, tratándose estos casos de infertilidad secundaria. De las 20 gestaciones en total en ocho parejas terminaron en abortos, incluso en siete parejas esto fue por más de una ocasión representando el 42,9%. Al comparar este estudio con el realizado en matanzas en

2016 donde en las parejas atendidas la infertilidad secundaria representó el 69% podemos concluir que es mayor que en nuestro estudio.

Según Hugo Fernández en el artículo caracterización de la infertilidad en el municipio Pinar del Río en el año 2017 la infertilidad secundaria ocupó el 64% según Sánchez Carral en el artículo Estudio Básico de la esterilidad realizado en Madrid España en el 2016, la infertilidad secundaria representó el 69.2% del total de parejas estudiadas.

Tabla 4: Causas de infertilidad según factor etiológico en la pareja.

Causas		No.	%
Femenino	Síndrome de ovarios poliquísticos.	7	20
	Síndrome de flujo vaginal	7	20
	Obstrucción tubárica bilateral	9	25,7
	Desconocidas	5	14,3
	Hiperprolactinemia	5	14,3
	Anovulación	1	2,3
	Hipotiroidismo	1	2,3
Masculino	Varicocele	4	11,4
	Oligoastenozoospernia	3	8,6
	Disfunción eréctil y eyaculación temprana	1	2,9
	Desconocido	27	77,1

Fuentes: Recogida de las historias clínicas de las pacientes que asistieron a consulta de infertilidad municipal del Policlínico Guillermo Tejas.

Los resultados observados en la tabla 4 se corresponden con el número de parejas estudiadas donde se aprecia que el 25,7% de las causas de infertilidad femenina fueron las afecciones tubáricas y el 20% el SOP y SFV.

En el artículo la Influencia de Infertilidad por factor femenino en el logro del embarazo en casos tratados en el Hospital Víctor Lazarte se expresa que la causa más frecuente de infertilidad por factor femenino fueron las afecciones de las trompas (28,19%) factor ovárico (24,6%) y factor uterino (20,26%).

Según el criterio de Ortiz Rodríguez y colaboradores las infecciones genitales en la mujer conducen a enfermedad inflamatoria pélvica que ocasiona daños a las trompas de Falopio, al útero y tejidos circundantes.

También se aprecia en la tabla que dentro de la etiología masculina las causas desconocidas representaron el 77,1% en este sentido nuestro estudio no coincide con otras investigaciones sin embargo como se ve reflejado el varicocele representó el 11,4% este último coincide con un estudio realizado por Serk Lee, donde se expone que entre las principales causas de infertilidad masculina se encuentra el varicocele entidad que representa el 15% de la población masculina, es diagnosticada en el 40% de los hombre con infertilidad primaria y el 75 al 85% con infertilidad secundaria.

Según el tratado de ginecología y obstetricia González Merlo J, el 25 al 45% aproximadamente de los varones estériles padecen varicocele en la vena espermática interna izquierda.

CONCLUSIONES

La prevalencia fue de un 10% en la población estudiada, las edades comprendidas entre 26 y 35 años fueron los grupos etáreos más afectados. La infertilidad secundaria con predominio del componente masculino de etiología desconocida fue lo más significativo encontrado en las parejas estudiadas. Factores de riesgo como antecedentes de abortos previos, las relaciones sexuales desprotegidas, así como la historia previa de dos o más parejas sexuales fueron los resultados más significativos para el sexo femenino en el estudio, lo cual se relaciona con la principal causa encontrada que fue la tubárica. En los hombres, más de un hábito tóxico, el número de parejas sexuales mayor de cinco, el no uso de métodos de anticonceptivos de barrera fueron los factores de riesgo que más predominaron. En ambos sexos la obesidad fue la enfermedad que mostró mayor asociación con la infertilidad en el estudio realizado.

REFERENCIAS

Apperley JF; Reddy N: (2015) *Mechanism and management of treatment-related gonadal failure in recipients of high dose chemoradiotherapy*. *Blood Rev.* 9 (2). 93-116 http://scielo.sld-cu/img/revistas/enf/vol29n2/t0402212

Arteaga García; A. (2008)´´*La infertilidad en un área de salud del municipio Cerro*. Revista Cubana Medicina General Integral. ´´ octubre-diciembre. 2008; 24(4): www.fertilab.net/descargable/publicacions/infertilidad/ fertilab

Aller J. Pagés G; Álvarez J. C: *(2014)´´Historia y epidemiología*. ´´ En Libro de fertilidad´06; 13 mayo 2014. p. 161.

Abehsera Bensabat, M y otros: *´´Fundamentos de Obstetricia´´ (SEGO)* Cap. 14*;* pp 103-110. I.S.B.N.: 978-84-690-5397-3 http://scielo.sld-cu/img/revistas/enf/vol29n2/t0402212

Adams J, Polson DW, Franks S. (1986)´´*Prevalence of polycystic ovaries in women with anovulation and idiopathic hirsutism. ´´* Br Med J (Clin Res Ed). 1986;293: 355-359.

Boivin J, Bunting L:et all. (2007)´´*International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care*. ´´ Oxford J Medicine Human Reproduction.; 22(6). www.fertilab.net/descargable/publicacions/infertilidad/ fertilab

Doblado Donis NI, De la Rosa Batista I, Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev. Cubana Obstet Ginecol. Ciudad de la Habana jul.-sep 2010;3(36).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011&lng=es. Consultado mayo, 2013.

Oliva ´´*Problemas de la reproducción: Infertilidad*. (2001)´´ Ginecología. 29 dic 2001. pp 1.

Ortiz Rodríguez CE, Hechavarría Calderón CE, Ley Ng M, Álvarez Medina G, Hernández Ortiz Y. Estudio de Chlamydia trachomatis, Ureaplasmaurealyticum y Mycoplasmahominis en pacientes infértiles y abortadoras habituales. Rev Cubana Obstet Ginecol (Ciudad de laHabana). Oct.-dic. 2010 [citado12may2012];36(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400011

Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil; (2007) La Habana. Cuba. Ministerio de Salud Pública feb 2007. p.1-2.

Padrón R, S: (2006)´´*Epidemiología de la infertilidad en Cuba.*´´ Revista Cubana Obstetricia y Ginecología: 1996; 6 (3): 80-84. Calero JL, Santana F. ´´*La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de v* http://www.monografias.com/trabajos95/infertilidad-factor-.Consultado en enero 2017.*arones de parejas infértiles*. ´´ Revista Cubana de Endocrinología. 2006; 17(1).

Rodríguez Morales, Altunaga Palacio M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Rev Cubana ObstetGinecol. Ciudad de la Habana ene.-mar 2010;1(36). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000100006&lng=es.Consultado abril, 2016.

Rojas Montoya Nely, Roxana Cabezas, MuñicoRocio. La Influencia de infertilidad porfactor femenino en el logro de embarazo en casos tratados en el Hospital Victor LazarteEchegayay en el período 2010-2011. Hospital Victor LazarteEchegaray. Disponibleen: http://www.monografias.com/trabajos95/infertilidad-factor-.Consultado en enero 2017.

Serk Lee H, Tae Seo J. Advances in Surgical Treatment of Male Infertility. World J MensHealth World J Mens Health. Aug 2012;30(2):108–113. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3623518 . Consultado enero, 2015.

Usandizaga. (2009) ´´*Esterilidad e Infertilidad. En Ginecología y Obstetricia*; ´´ 2 feb . p. 9 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152011000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Consultado febrero 12, 2015.

OSTEOSARCOMA EN EDAD PEDIÁTRICA

PEDIATRIC OSTEOSARCOMA

Annaliet Lozada González

Victor Antonio Leyva Barly

RESUMEN

Los tumores óseos son lesiones observadas con relativa frecuencia en esqueletos inmaduros. Los de la infancia corresponden al osteosarcoma, que es una enfermedad que se presenta principalmente en niños y adolescentes. Este tumor constituye el 20 % de las neoplasias primarias malignas que afectan el esqueleto humano y varias investigaciones demuestran que tiene mayor prevalencia en el sexo masculino. Es precisamente la incidencia de estas lesiones, aunque raras en las edades pediátricas, lo que nos motivó a realizar este una revisión bibliográfica entre diciembre del 2018 y febrero del 2019 con el objetivo de describir como se manifiesta esta enfermedad en los niños y adolescentes, además del diagnóstico y el tratamiento. Se utilizaron los métodos de análisis síntesis, inducción deducción e histórico lógico. El osteosarcoma constituye una enfermedad realmente prevaleciente en la edad pediátrica.

PALABRAS CLAVES: Tumores óseos en la infancia, osteosarcoma, esqueleto inmaduro.

ABSTRACT

Bone tumors are lesions seen relatively frequently in immature skeletons. Childhood tumors correspond to osteosarcoma, which is a disease that occurs mainly in children and adolescents. This tumor accounts for 20% of primary malignancies affecting the human skeleton and several studies show that it is more prevalent in males. It is precisely the incidence of these lesions, although rare in paediatric ages, that motivated us to carry out this bibliographic review between December 2018 and February 2019 with the aim of describing how this disease manifests itself in children and adolescents, in addition to diagnosis and treatment. Methods of synthesis, induction, deduction and logical history analysis were used. Osteosarcoma is a disease that really prevails in pediatric age.

KEY WORDS: Childhood bone tumors, osteosarcoma, immature skeleton.

INTRODUCCIÓN

Los humanos han sufrido de tumores por cientos de años lo cual se ha demostrado a través de los estudios paleopatológicos en esqueletos pertenecientes a la edad de piedra. Los expertos han llegado a identificar muchos de los tumores que se detectan hoy en día en huesos de hombres pertenecientes a la antigüedad.

Los tumores óseos son lesiones observadas con relativa frecuencia en esqueletos inmaduros. Afortunadamente una gran cantidad de estas lesiones son de carácter benigno, pero sin embargo los tumores malignos, aunque en menor frecuencia se presentan generalmente de una forma agresiva muchos de ellos, causando la muerte del enfermo (Dorfman y Czerniak,1998; Álvarez, García y Casanova, 2017).

Los tumores óseos de la infancia corresponden a osteosarcoma, enfermedad que se presenta principalmente en niños y adolescentes, siendo raro en menores de 7 años y compromete huesos largos: fémur, tibia (Jofre y otros, 2007).

El osteosarcoma tiene una prevalencia anual de 600 a 800 pacientes en los EUA. Este tumor constituye el 20 % de las neoplasias primarias malignas que afectan el esqueleto humano. La supervivencia actual de los pacientes con osteosarcoma sin metástasis es del 70 al 80 % a los cinco años (López y Rodríguez, 2002; Temple y Clohisy, 2002).

Hasta los inicios del siglo XX, cualquier tumor que causaba aumento de la densidad ósea era llamado osteosarcoma. No es hasta el año 1926 que Ernest Codman define claramente el término osteosarcoma desde el punto de vista clínico, radiológico e histológico. En el año 1951 Geschickter y Coreland describieron el osteosarcoma paraostal, estos autores, además, publicaron hallazgos radiológicos e histológicos que identificaban diferencias en cuanto al pronóstico de cada tipo de tumor (Álvarez, Casanova, Baesso, García y Rodríguez, 2002).

El osteosarcoma se caracteriza histológicamente por formación de tejido osteoide, infiltrante, donde la lesión primaria y sus metástasis pueden potencialmente captar el radiofármaco y así aparecer focos hipercaptantes en tejidos blandos adyacentes al foco primario y/o órganos a distancia, principalmente pulmón (Álvarez, Casanova, Baesso, García y Rodríguez, 2002).

Existen diferentes tipos de osteosarcoma, de ellos el osteosarcoma intramedular convencional es el más frecuente representando un 90 %. Este tipo de lesión comienza en el canal medular y, en ocasiones, penetra la corteza e invade los tejidos blandos vecinos. Cerca del 85 % de los pacientes son menores de 30 años y su incidencia es extremadamente rara en niños menores de diez años. La localización más frecuente es la región distal del fémur, la cual representa un tercio de los afectados (Álvarez, Casanova, Baesso, García y Rodríguez, 2002).

Afecta en menos del 10% de los casos a la región de cabeza y cuello, más comúnmente a la mandíbula y el hueso maxilar. El osteosarcoma de cabeza y cuello (OCC) se comporta en forma diferente de aquel que se origina en las extremidades en cuanto a que tiende a metastizar rápidamente, menos a los pulmones y otros sitios, pero tiene una alta letalidad asociada a enfermedad local que es difícil de controlar. La cirugía resectiva radical ha sido el tratamiento de elección para cualquier intento curativo de la enfermedad, ya que hasta ahora ningún tratamiento adyuvante ha sido validado por medio de estudios clínicos randomizados (Las Heras y otros, 2011).

El diagnóstico de tumor óseo maligno en ocasiones demora debido a lo inespecífico de sus síntomas en las etapas iniciales.

Aunque algunos autores defienden con fuerza la quimioterapia preoperatoria otros la condenan por las siguientes desventajas: mayor volumen tumoral, los clones resistentes metastatizan, el retardo de la cirugía aumenta la probabilidad de metástasis, trauma psíquico al tener el tumor y riesgo de crecimiento tumoral. Basados en estos elementos la mayoría de las veces se realizó la amputación o desarticulación radical seguida de quimioterapia (Álvarez, Casanova, Baesso, García y Rodríguez, 2002).

Tumores óseos primaros

Los tumores óseos primarios pueden ser benignos o malignos, estos últimos con menor incidencia. Sin embargo, el osteosarcoma es el tumor maligno más frecuente en niños y adolescentes.

La incidencia de los sarcomas primarios óseos y de partes blandas es bastante baja, con excepción del osteosarcoma, el condrosarcoma y el tumor de Ewing, pero estos representan el grupo de neoplasias más importantes entre los pacientes menores de 20 años.

El osteosarcoma puede presentarse a cualquier edad, pero el 75 % ocurre en pacientes entre 12 y 25 años. Tiene mayor prevalencia en el sexo masculino de 1.3 a 1 lo que se atribuye según diferentes autores a que el varón presenta un período de crecimiento óseo más prolongado (Dorfman y Czerniak,1998; Aquevenque, 2003).

La localización del osteosarcoma es generalmente metafisiaria en el 90 % de los pacientes, aunque en ocasiones es diafisiaria. Las zonas distales del fémur, proximal de la tibia y proximal del húmero son las más encontradas y representan un 50 al 60 % (Aquevenque, 2003; Bacci, Ferrari, Lari, Mercuri y Donati, 2002).

La presencia de dolor y aumento de volumen constituyen los síntomas más encontrados. La presentación en forma de fractura patológica es muy rara en este tipo de tumor. Primeramente, el dolor se presenta de forma intermitente pero gradualmente se convierte en severo y constante. Desde el punto de vista práctico es muy común que el paciente refiera un trauma previo sobre todo en aquellos tumores localizados alrededor de la rodilla (Álvarez, García y Casanova, 2017; Foukas, Deshmukh, Grimer, Mangham y Mangos, 2002).

Desde el punto de vista imagenológico en la radiografía convencional se observa lesión tumoral metafisiaria que se extendió a la epífisis y al canal medular. El efecto del tumor en el hueso puede ser osteolítico, blástico o más comúnmente mixto. Aunque se observan todas las reacciones periosticas la forma en triángulo de Codman es la más encontrada, el número de triángulos de Codman está directamente relacionado con el grado de malignidad. Desde el punto de vista gammagráfico se observa una gran acumulo de radiofármaco relacionado con la producción marcada de tejido osteoide, además la gammagrafía permite detectar las metástasis de salto descritas por Enneking en el sitio primario del tumor, así como otras metástasis asintomáticas. La resonancia magnética nuclear es un medio diagnóstico muy útil en este tumor ya que permite delimitar la verdadera extensión en el canal medular, grado de penetración en el paquete neurovascular y otros tejidos blandos (Dorfman y Czerniak,1998; Hsu, Wang, Huang y Chen, 2005).

El osteosarcoma clásico desde el punto de vista histológico puede ser osteoblástico, condroblástico y fibroblástico, el primero constituye el más frecuente y representa la mitad de los mismos (Dorfman y Czerniak,1998; Álvarez, García y Casanova, 2017).

Existen avances en el tratamiento de estos enfermos que antiguamente eran solamente tratados con cirugía y se obtenía un índice de supervivencia del 25%. Estos resultados claramente sugieren la presencia de micrometastasis en el pulmón, imposibles de detectar al examen macroscópico, de allí la importancia de la quimioterapia para

eliminar estas micrometastasis (Álvarez, García y Casanova, 2017; Casas y Healy, 2005).

Todo paciente con el diagnóstico de osteosarcoma es generalmente sometido a un régimen de quimioterapia preoperatoria que tiene ventajas porque es precoz para las micrometastasis, disminuye los clones resistentes, reduce el volumen tumoral y aumenta la probabilidad de conservación del miembro afecto en caso de ser indicada una cirugía de salvamento, permite diseñar la endoprótesis, disminuye el spray tumoral transoperatorio y evaluar la sensibilidad del tratamiento (Álvarez, García y Casanova, 2017; Jofre y otros, 2007).

El tratamiento quirúrgico es la piedra angular en los pacientes afectados por este tumor. De forma general el tumor debe ser extirpado a través de una zona de seguridad, que se describe por Enneking como resección amplia, este proceder se logra mediante amputación, desarticulación o cirugía de salvamento (Álvarez, García y Casanova, 2017).

Con la introducción de la quimioterapia preoperatoria, la cirugía de salvamento es una variedad quirúrgica preferida por muchos cirujanos ortopédicos, aunque en la actualidad no se encuentra ninguna diferencia significativa en pacientes tratados por cirugía de salvamento y amputación con respecto al tiempo de supervivencia (Las Heras y otros, 2011; DiCaprio y Friedlaender, 2003).

La cirugía de salvamento está contraindicada en los pacientes donde la afectación de las estructuras neurovasculares son mayores por el tumor, la realización de un bypass vascular no es factible, la fractura patológica con hematoma se extiende más allá de los bordes compartimentales, la realización inapropiada de biopsia o complicaciones debido a la misma, la infección severa del campo quirúrgico, en los pacientes esqueléticamente inmaduros con discrepancia de miembro predecible mayor de 8cm, en la participación extensiva de músculos y otros tejidos blandos y en la respuesta pobre a la quimioterapia preoperatoria. Además, este proceder está asociado a otras técnicas quirúrgicas como uso de endoprotesis, artrodesis, alargamientos óseos, rotanioplastia entre otros procederes que dependen del grado de entrenamiento del grupo de cirujanos (Hillmann, Hoffmann y Gosheger, 1999; Mittermayer, Windhager, Dominicus, Krepler y Schwameis, 2002).

Existe una variedad de indicadores con respecto al pronóstico como el grado de necrosis tumoral después de la quimioterapia, el grado de invasión a las partes blandas, las determinaciones genéticas y muy actualmente un estudio realizado en el Instituto Rizzoli de Italia demuestra la diferencia significativa con respecto a la supervivencia relacionado con la determinación de la enzima lactato deshidrogenasa en el momento del diagnóstico del tumor, según sus resultados el 60 % de los enfermos que presentó esta enzima en niveles normales tuvieron un buen pronóstico, sin embargo en el grupo de pacientes con elevación de esta enzima sólo un 39.5 % mostró buen pronóstico, este estudio demuestra claramente la importancia de esta enzima como factor pronóstico (Dorfman y Czerniak,1998; Li, Yang y Tsauo, 2005).

Aproximadamente un 15 % de los enfermos con osteosarcoma clásico se presentan con metástasis en el momento del diagnóstico con mayor prevalencia en el pulmón, muchas de las cuales son imposibles de detectar al examen radiológico macroscópico del tórax,

la presencia de las mismas ensombrece de forma muy significativa el pronóstico del enfermo (Álvarez, García y Casanova, 2017; Wicart, Mascard, Missenard y Dubousset, 2002).

Las autopsias demuestran que aproximadamente en el 20% de los pacientes que fallecen por neoplasias, el pulmón es el único asiento de focos tumorales detectables. La incidencia de metástasis pulmonares clínicamente confinadas al pulmón depende del origen del tumor primario y alcanzan el 50 a 80 % en el caso de los osteosarcomas. La muestra se considera representativa ya que de un 10 a 20 % de los osteosarcomas presentan metástasis pulmonares (Collado, González, Paredes, De los Santos y Céspedes, 2007).

Diagnóstico del osteosarcoma

Los primeros pasos para establecer un diagnóstico suelen comprender una exploración física, un análisis de la historia clínica y análisis de laboratorio.

Es posible que el médico solicite una o más de las siguientes pruebas de diagnóstico por imágenes para localizar el cáncer y determinar si se ha diseminado (*Osteosarcoma: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico)*:

- Radiografía
- Tomografía computarizada (TC)
- Resonancia magnética (RM)
- Tomografía por emisión de positrones (TEP)
- Gammagrafía ósea

Biopsia:

El médico puede sugerir un procedimiento para extraer una muestra de tejido (biopsia) del tumor para realizar un análisis de laboratorio. El análisis puede revelar si el tejido es canceroso y, en caso de que lo sea, qué tipo de cáncer es. El análisis también revela el grado del cáncer, lo que ayuda a los médicos a comprender qué tan agresivo puede ser.

Algunos tipos de procedimientos de biopsia que se utilizan para diagnosticar el osteosarcoma comprenden los siguientes:

- Biopsia con aguja. El médico introduce una aguja delgada a través de la piel y la dirige al interior del tumor. La aguja se utiliza para extraer pequeños fragmentos de tejido del tumor.
- Biopsia quirúrgica. El médico realiza una incisión a través de la piel y extrae el tumor entero (biopsia por escisión) o una parte del tumor (biopsia por incisión).

Determinar el tipo de biopsia necesaria y los datos particulares sobre cómo debería realizarse requiere una planificación cuidadosa por parte del equipo médico. Los médicos realizan la biopsia de manera tal que no interfiera en una cirugía futura para extirpar el cáncer.

Después del diagnóstico, es necesario determinar la extensión (estadio) del cáncer, es decir, si se diseminó y qué tan lejos llegó. El osteosarcoma localizado no se diseminó más allá del lugar donde se originó o los tejidos cercanos. El osteosarcoma metastásico se diseminó a otras zonas del cuerpo. El estadio del cáncer y otros factores ayudan a guiar las opciones de tratamiento.

Estadificación del osteosarcoma

Una vez sospechado un osteosarcoma, debe de realizarse una estadificación. Hay tres preguntas básicas que han de ser respondidas en esta fase (*Osteosarcoma. Diagnóstico y tratamiento*):

1. ¿Cómo es de agresivo el tumor (¿Cuál es su grado?)
2. ¿Cuánto se extiende?
3. ¿Se ha diseminado?

El grado hace referencia a la apariencia de agresividad biológica que muestra el tumor. Se basa en rasgos histológicos valorados en la toma biópsica. La mayor parte de los osteosarcomas son considerados de alto grado (de alta malignidad). La extensión se refiere a si el tumor ha crecido o no más allá de su compartimento de origen (en el caso del osteosarcoma, si ha erosionado y traspasado el hueso alcanzando las partes blandas adyacentes o no). La diseminación de cualquier tumor a otro lugar del organismo se denomina metástasis (*Osteosarcoma. Diagnóstico y tratamiento).*

El estudio mediante RMN de la totalidad del hueso afecto es necesario no sólo para evaluar la extensión de la lesión primaria sino también para buscar metástasis ocultas, que pueden no ser vistas en el escáner óseo. Estas últimas son focos metastásicos en el interior (o a distancia) del hueso de origen y aparecen en menos del 5% de los osteosarcomas. Su presencia confiere un peor pronóstico pese a los continuos avances en la terapia adyuvante (*Osteosarcoma. Diagnóstico y tratamiento).*

Los pacientes con enfermedad metastásica tienen generalmente un pronóstico peor que aquéllos sin metástasis detectables en el momento del diagnóstico. Es comúnmente aceptado que alrededor del 80% de los pacientes con osteosarcoma de alto grado tienen micrometástasis en el momento del diagnóstico, aunque no existen pruebas analíticas de sangre disponibles para la detección de este tipo de enfermedad metastática. En el estadiaje, el término metástasis hace referencia a aquéllas que pueden ser detectadas mediante técnicas de imagen (menos del 20% de los pacientes con osteosarcoma). Los lugares más frecuentes de diseminación del osteosarcoma son el pulmón y el hueso. Por tanto, la radiografía y el TAC de tórax y el escáner óseo son esenciales en el proceso de estadificación (*Osteosarcoma: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico*).

Las técnicas "abiertas" hacen referencia a la cirugía, que se realiza en el quirófano. Estas proporcionan la mayor cantidad de tejido a evaluar por el patólogo, aunque frecuentemente no son necesarias, puesto que habitualmente puede realizarse una biopsia con aguja de la masa de partes blandas. Para que esta técnica sea útil es necesario contar con un patólogo experimentado en la evaluación de material obtenido mediante biopsia con aguja. Una vez elegida esta técnica diagnóstica, es el radiólogo el que, bajo control de imagen guiado con TC, la lleva a cabo. La colocación de la aguja

puede ser dirigida por el cirujano, que además realizará la extirpación definitiva cirugía conservadora de la articulación (*Tratamiemto de Osteosarcoma, complicaciones y pronóstico).*

Una vez realizada la evaluación patológica y asignada el grado histológico, toda la información es integrada a fin de definir la "personalidad" del tumor. Uno de los sistemas más habituales y sencillos utilizados en la oncología músculo-esquelética es la de Enneking y otros (1986, 1980); (ver Tabla 1) (*Osteosarcoma. Diagnóstico y tratamiento).*

Tratamiento del osteosarcoma

En los últimos treinta años hemos asistido a un enorme progreso en el tratamiento del osteosarcoma. El reconocimiento de la importancia de la terapia multimodal sumado a los avances en las técnicas de imagen es en gran medida, responsable de ello. No sólo se han conseguido mejorías drásticas en la supervivencia, sino también en la habilidad para llevar a cabo de forma segura procedimientos de conservación de la extremidad en la mayoría de los pacientes con osteosarcoma (*Osteosarcoma: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico).*

El tratamiento estándar de los pacientes con osteosarcoma convencional incluye una combinación de quimioterapia y cirugía. Existe cierta controversia acerca de la duración de la quimioterapia y de la idoneidad de su aplicación, después (adyuvante) o antes de la cirugía. La segunda de ellas es denominada quimioterapia "neoadyuvante". En lo que sí existe consenso general es en que tanto la cirugía como la quimioterapia por sí solas son insuficientes para el tratamiento del osteosarcoma clásico de alto grado (*Osteosarcoma: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico).*

En el caso de variantes de superficie de bajo grado, la cirugía por sí sola puede ser curativa. Aunque la quimioterapia puede estar indicada en lesiones de grado intermedio, no está claro que sea una indicación universal y su aplicación debe basarse en la valoración individual de cada caso.

Quimioterapia:

El osteosarcoma debe de ser considerado una enfermedad sistémica. Se estima que aproximadamente el 80% de los pacientes tienen enfermedad micrometastásica en el momento del diagnóstico, a pesar de que sólo en un 10-20% de los casos ésta puede ser inicialmente detectada con técnicas de imagen convencionales. En este hecho se sustenta la utilización de quimioterapia sistémica. Se ha demostrado que la quimioterapia, cuando se combina con la cirugía, produce un claro beneficio en los casos de osteosarcoma. Los mejores resultados en cuanto a supervivencia se evidencian en pacientes con enfermedad no metastásica (*Osteosarcoma. Diagnóstico y tratamiento).*

Una vez que se ha producido diseminación "detectable", el tratamiento se hace mucho más dificultoso y los resultados son menos predecibles, si bien con quimioterapia agresiva y cirugía aún es posible obtener periodos de supervivencia prolongada en cerca del 50% de los casos (*Tratamiemto de Osteosarcoma, complicaciones y pronóstico).*

Esta modalidad terapéutica es, en la actualidad, la predominante en la mayoría de los centros. A pesar de que la administración de neoadyuvancia retrasa la cirugía aproximadamente 3 meses, tiene ciertas ventajas. Así, permite la valoración del grado de necrosis tumoral (muerte de las células neoplásicas) en el momento de la resección. Esto ofrece una valiosa información sobre el comportamiento de un tumor en particular (*Osteosarcoma: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico).*

Tradicionalmente la quimioterapia se administraba tras la cirugía. Con el surgimiento de los procedimientos de conservación del miembro utilizando prótesis metálicas (cuya producción lleva semanas), algunos centros comenzaron a dar quimioterapia previa a la cirugía, en un esfuerzo por comenzar el tratamiento lo antes posible. Esto llevó a considerar la terapia neoadyuvante con cirugía posterior como sistema de tratamiento preferible (*Osteosarcoma. Diagnóstico y tratamiento).*

Otra ventaja de la quimioterapia preoperatoria es que muchos tumores experimentarán una "consolidación" o "condensación" o incluso "encogerán", haciendo más factible y segura la resección quirúrgica. La quimioterapia preoperatoria, aunque por las razones previamente citadas se considera de ayuda, no ha demostrado ser capaz de mejorar la supervivencia global libre de complicaciones en los pacientes con osteosarcoma, tal y como se creía inicialmente (*Osteosarcoma. Diagnóstico y tratamiento).*

Los protocolos habituales para el osteosarcoma incluyen fármacos como la doxorrubicina, metotrexate en alta dosis, cis-platino e ifosfamida. Efectos secundarios como la toxicidad cardíaca o la supresión de la medula ósea pueden requerir el reajuste o incluso la suspensión del régimen suministrado (*Osteosarcoma. Diagnóstico y tratamiento).*

Cirugía:

El osteosarcoma es una enfermedad quirúrgica. Una vez detectado, el tumor debe de ser extirpado si se busca garantizar la curación. Con mayor frecuencia, esto se realiza tras un periodo de quimioterapia. El principal objetivo de la cirugía es extirpar el tumor de manera completa y segura. Históricamente, la mayoría de los pacientes eran sometidos a una amputación. En los últimos 30 años, los procedimientos conservadores de la extremidad se han convertido en el estándar, principalmente debido a los avances concomitantes en quimioterapia y en sofisticadas técnicas de imagen. Estos avances han hecho posible la preservación del miembro incluso tras una fractura patológica, que previamente era una indicación absoluta de amputación. Las técnicas de preservación de la extremidad pueden ofrecer en la actualidad tasas de control local y supervivencia a largo plazo equivalentes a las de la amputación (*Osteosarcoma: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico).*

Si el tumor puede extirparse de forma segura, conservando simultáneamente la extremidad viable, la técnica de conservación de la extremidad puede ser la apropiada. Si existe afectación de grandes vasos o nervios, o en caso de que la extirpación completa del tumor conlleve una pérdida significativa de función, la amputación puede ser una mejor elección. Otros factores como la edad del paciente, el nivel de funcionalidad deseado, preferencias estéticas y el pronóstico a largo plazo deben ser tenidos también en cuenta. Durante el proceso, un diálogo entre el paciente, los familiares de éste y el equipo médico-sanitario es de absoluta necesidad a la hora de

elegir la vía quirúrgica a practicar (*Osteosarcoma: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico).*

La cirugía requiere gran cantidad de planificación y evaluación preoperatoria. El paciente es estadificado de nuevo (tal y como se describe anteriormente) antes de la cirugía a fin de determinar qué cambios han tenido lugar en respuesta a la terapia sistémica. Habitualmente se realizan radiografías convencionales y una RMN de la lesión primaria además de un escáner corporal completo y un TAC de tórax. Estos nuevos estudios dan con frecuencia la información óptima para la planificación quirúrgica, y ayudan además a detectar y/o evaluar la presencia de cualquier otra nueva lesión o la existencia de metástasis. Debe tomarse tan pronto como sea factible una decisión sobre la cirugía recomendable, especialmente si va a realizarse preservación de la extremidad, puesto que las técnicas de reconstrucción pueden tardar semanas en planificarse (*Osteosarcoma: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico; Osteosarcoma. Diagnóstico y tratamiento; Tratamiemto de Osteosarcoma, complicaciones y pronóstico).*

Los procedimientos quirúrgicos se incluyen en tres categorías básicas: amputación, preservación de la extremidad y plastia-rotación. La amputación incluye la extirpación de la articulación con un margen de seguridad entre el extremo de la porción del miembro conservado y el tumor (ver resección "amplia" o "radical" en la Tabla 2) (*Osteosarcoma: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico).*

El pronóstico funcional tras la amputación es variable y depende de varios factores. En amputaciones de la extremidad superior, los resultados tienden a ser mejores en pacientes más jóvenes con la articulación del codo intacta. Las amputaciones de la extremidad inferior son más complejas. En un estudio se encontró que la percepción de los pacientes con amputación de la extremidad mostraba una fuerte correlación con la comodidad del muñón, el estado de la extremidad contralateral, el ajuste y función del dispositivo protésico, la percepción de cómo otros ven a los pacientes con amputaciones y de la capacidad para practicar ejercicio (*Osteosarcoma. Diagnóstico y tratamiento).*

Aunque inicialmente es más barata, a largo plazo la amputación puede ser más cara que la preservación del miembro con endoprótesis debido al coste de las prótesis y a la necesidad de su sustitución periódica. La mayor ventaja de la amputación es quizá que es una única intervención asociada con pocas complicaciones globales. Los amputados tienen además mayor libertad para la práctica continuada de deportes porque no deben preocuparse por complicaciones asociadas a las prótesis o injertos asociadas a preservación del miembro como aflojamiento o fractura (*Tratamiemto de Osteosarcoma, complicaciones y pronóstico).*

La preservación de la extremidad consiste en extirpar el tumor con un ribete de tejido circundante sano preservando entre tanto el aporte vascular y nervioso al miembro (ver "resección amplia" en la tabla 2). Una vez extirpado el tumor, el defecto esquelético debe ser reconstruido. Algunos defectos pueden ser extensos, alcanzando tamaños de 15-20 cm y requiriendo reconstrucciones complejas. Como opciones se incluyen las prótesis metálicas, los aloinjertos de hueso (de cadáver), el hueso vascularizado obtenido del propio paciente o recolocación del hueso resecado tras esterilización en

una autoclave. La elección debe de tener en consideración la localización y el tamaño del defecto, el pronóstico funcional que se espera y los deseos del paciente y/o de su familia. En la actualidad, las reconstrucciones endoprostéticas, con aloinjerto o combinadas (endoprótesis-aloinjerto) son las más frecuentemente realizadas (*Tratamiemto de Osteosarcoma, complicaciones y pronóstico).*

En las series previamente citadas, un 16% de los pacientes con aloinjertos osteoarticulares en la rodilla y el 20% de los de la cadera requirieron sustitución completa de la articulación una media de 5 años después de la implantación. Aspectos adicionales del uso de aloinjertos voluminosos son la transmisión de enfermedades y la respuesta inmunológica al material extraño. Aunque el "rechazo" tal y como se conoce en otros órganos trasplantados no sucede, la reacción inmunológica puede impedir la cicatrización del injerto retrasando su integración. Las restricciones por tamaño pueden ser también limitantes, particularmente en pacientes más pequeños o jóvenes, ya que los donantes son habitualmente adultos (*Osteosarcoma: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico; Osteosarcoma. Diagnóstico y tratamiento; Tratamiemto de Osteosarcoma, complicaciones y pronóstico).*

La plastia-rotación es una técnica intermedia entre la amputación y la preservación del miembro usado más frecuentemente en osteosarcomas del fémur distal. En esencia es una amputación intercalada en la que se conservan las estructuras neurovasculares y la porción distal del miembro (pierna), reconectándolas a la porción proximal (fémur proximal y cadera) tras extirpar el tumor. El segmento distal se gira 180 grados para que la articulación del tobillo funcione como la articulación de una rodilla, convirtiendo una amputación sobre la rodilla en una amputación bajo la rodilla a fin de posibilitar al máximo el uso de una prótesis (*Osteosarcoma. Diagnóstico y tratamiento).*

En pacientes con esqueleto inmaduro deben de considerarse ciertos aspectos particulares, puesto que el crecimiento continuado de la extremidad no afecta puede generar problemas adicionales y requerir múltiples operaciones ulteriores. Esto es especialmente exagerado en tumores originados en torno a la rodilla, ya que sus placas de crecimiento proporcionan el 70% de la longitud total de la extremidad. Puede incluso ser necesario el bloqueo de la placa de crecimiento contralateral o el alargamiento de la extremidad ipsilateral para equilibrar las diferencias de longitud de los miembros. Para conseguir la igualdad de longitud de las extremidades se están empleando, cada vez con más frecuencia, endoprótesis modulables y expandibles.

Estos implantes utilizan ejes lisos no cementados que se fijan a través de la placa de crecimiento conservada a fin de permitir que continúe, al menos en parte, su desarrollo. Alcanzada la madurez esquelética, con frecuencia es necesaria la reevaluación para colocar una prótesis más "permanente", con todos los riesgos asociados que conlleva, como se expuso previamente. Los riesgos son similares a los de otros procedimientos de conservación del miembro, siendo el aflojamiento y la infección los más frecuentes. A pesar de la necesidad potencial de realizar múltiples procedimientos, los resultados funcionales y la satisfacción global de los pacientes parecen ser aceptables (*Osteosarcoma. Diagnóstico y tratamiento).*

Pronóstico, supervivencia y Síndrome del Miembro Fantasma en pacientes con osteosarcoma

Pronóstico:

Con los regímenes de tratamiento habitual, los pacientes con osteosarcoma sin metástasis detectables tienen tasas de supervivencia que se aproximan al 70%. Los factores que parecen tener un impacto pronóstico negativo son la localización (las axiales tienen peor comportamiento), un mayor tamaño tumoral, una pobre respuesta a la quimioterapia y la presencia de enfermedad metastásica. La más consistente y clínicamente relevante de éstas es la presencia de metástasis detectables. Los pacientes que se presentan con lesiones pulmonares resecables tienen una supervivencia del 30-50%. Aquéllos con metástasis pulmonares irresecables, lesiones que no responden a la quimioterapia o con lesiones óseas múltiples tienen un comportamiento mucho peor, independientemente del tratamiento (*Tratamiemto de Osteosarcoma, complicaciones y pronóstico).*

Supervivencia:

Una vez completado el tratamiento, se requiere un cuidadoso seguimiento para detectar signos de recidiva, metástasis y complicaciones relacionadas con el tratamiento. Esto incluye un cuidadoso examen físico, radiografías del lugar primario de origen, estudios de imagen periódicos del tórax, escáner óseo y pruebas de laboratorio. Esta evaluación es realizada de manera periódica frecuente en el post-operatorio inmediato y con mayores intervalos en el tiempo en tanto en cuanto el paciente permanezca libre de enfermedad. Si se detecta una recidiva, debe garantizarse la realización adicional de cirugía y quimioterapia. En ella son aplicables los mismos principios que en la enfermedad primaria, aunque las tasas de supervivencia a largo plazo son inferiores. Algunos datos sugieren que los pacientes con recaída temprana (menos de un año después de concluido el tratamiento) tienen un pronóstico peor que aquéllos que recaen más tardíamente (*Tratamiemto de Osteosarcoma, complicaciones y pronóstico).*

Síndrome del miembro fantasma:

Por otro lado, luego de un tratamiento invasivo para el tratamiento del osteosarcoma, amputación específicamente, varios pacientes tratados presentaron síndrome del miembro fantasma, que en muchos casos dio al traste con la recuperación. Debido a esto en esta revisión quisimos abrir un breve paréntesis y hacer referencia a este extraño padecimiento.

Descripción general:

El dolor fantasma es un dolor que se siente como si proviniera de una parte del cuerpo que ya no está allí. Los médicos creían que este fenómeno luego de una amputación era un problema psicológico, sin embargo, en la actualidad los expertos reconocen que estas sensaciones reales se originan en la médula espinal y el cerebro (*Síndrome del miembro fantasma)*.

La mayoría de las personas a quienes se les amputó una extremidad dicen que a veces se siente como si la extremidad amputada todavía estuviera allí. Este fenómeno indoloro, conocido como sensación de miembro fantasma, no es lo mismo que el dolor fantasma.

Para algunas personas, el dolor fantasma mejora con el tiempo sin tratamiento. Para otras, controlar el dolor fantasma puede ser un desafío. El paciente y el médico pueden trabajar juntos para tratar el dolor fantasma de manera efectiva con medicamentos u otras terapias.

Síntomas:

Las características del dolor fantasma comprenden las siguientes (*Síndrome del miembro fantasma)*:

- Comienzo dentro de la primera semana posterior a la amputación, aunque se puede demorar algunos meses o más.
- Dolor que aparece y desaparece o es continuo.
- Los síntomas afectan la parte del miembro más alejada del cuerpo, como el pie de una pierna amputada.
- Dolor que puede describirse como un disparo, una puñalada, un calambre, un pinchazo, un apretujón, una pulsación o ardor.

Causas:

No está clara la causa exacta del dolor fantasma, pero se cree que proviene de la médula espinal y el cerebro. Durante las exploraciones por imágenes, como las imágenes por resonancia magnética (IRM) o la tomografía por emisión de positrones (TEP), partes del cerebro que se habían conectado neurológicamente a los nervios de la extremidad amputada muestran actividad cuando la persona siente dolor fantasma. [23]

Muchos expertos creen que el dolor fantasma puede explicarse, al menos parcialmente, como una respuesta a señales mixtas del cerebro. Después de una amputación, las áreas de la médula espinal y el cerebro pierden la entrada de la extremidad ausente y se ajustan a este desprendimiento de manera impredecible. El resultado puede desencadenar el mensaje más básico del cuerpo de que algo no está bien: el dolor (*Síndrome del miembro fantasma).*

Los estudios también muestran que después de una amputación, el cerebro puede reasignar esa parte de los circuitos sensoriales del cuerpo a otra parte del cuerpo. En otras palabras, debido a que el área amputada ya no puede recibir información sensorial, la información se refiere en otra parte. Por ejemplo, de una mano ausente a una mejilla aún presente.

Se cree que varios otros factores contribuyen al dolor fantasma, incluidas las terminaciones nerviosas dañadas, el tejido cicatrizar en el lugar de la amputación y la memoria física del dolor previo a la amputación en la zona afectada (*Síndrome del miembro fantasma)*.

Factores de riesgo:

No todas las personas que sufren amputaciones desarrollan dolor fantasma. Algunos factores que podrían aumentar el riesgo de dolor fantasma incluyen los siguientes (*Síndrome del miembro fantasma):*

- Dolor previo a la amputación. Algunos investigadores descubrieron que las personas que sentían dolor en un miembro antes de la amputación suelen padecerlo después. Esto puede deberse a que el cerebro retiene en la memoria el dolor y sigue enviando señales de dolor, incluso después de que se haya amputado la extremidad.
- Dolor de la extremidad residual. Las personas que generalmente sienten dolor en la extremidad residual también sienten dolor fantasma. Es posible que el dolor de la extremidad residual sea el resultado de un crecimiento anormal en las terminales nerviosas dañadas (neuroma) que a menudo causa una actividad nerviosa dolorosa.

Prevención:

Debido a que el riesgo de desarrollar dolor fantasma es mayor en las personas que han experimentado dolor en la extremidad antes de la amputación, algunos médicos recomiendan anestesia local (espinal o epidural) en las horas o días previos a la amputación. Eso puede disminuir el dolor que sigue inmediatamente a la cirugía y reducir el riesgo de dolor de miembro fantasma permanente (*Dolor Fantasma. Síntomas y causas)*.

Con el paso del tiempo, la sensación de miembro fantasma tiende a ir decreciendo y finalmente a desaparecer, aunque en ocasiones es posible que no desaparezca nunca. Cuando persiste durante años, puede aparecer de manera intermitente bajo determinadas situaciones. La persistencia del dolor en el tiempo se considera un factor de mal pronóstico e indica menores probabilidades de tratamiento y peor evolución (*Dolor Fantasma. Síntomas y causas).*

El diagnóstico se basa en una correcta valoración de los criterios clínicos y los antecedentes previos. Un tratamiento temprano mejora el pronóstico y las posibilidades de éxito terapéuticas. Se pueden utilizar maniobras locales para disminuir el dolor, tales como movilizar y ejercitar la parte restante de la extremidad, mantener caliente la zona del muñón, realizar suaves masajes locales o, en caso de presencia de edema, aplicar un vendaje elástico o media de compresión (*Dolor Fantasma. Síntomas y causas).*

En la actualidad, el tratamiento de dolor de miembro fantasma sigue constituyendo un reto médico, ya que, a pesar de las múltiples alternativas terapéuticas existentes y las diferentes técnicas analgésicas y anestésicas desarrolladas, sigue siendo un problema de difícil tratamiento. Los medicamentos utilizados con el fin de eliminar o reducir el dolor de miembro fantasma son múltiples y variados, e incluyen analgésicos débiles y fuertes, antiinflamatorios, antidepresivos, anticonvulsivos, neurolépticos. Su combinación es frecuente y sus dosis variarán en función del paciente y de su evolución.

Se utilizan también técnicas de estimulación nerviosa, como la eléctrica transcutánea (TENS), la estimulación magnética transcraneal o la estimulación de la médula espinal. Los tratamientos basados en la estimulación nerviosa y la reorganización cortical pueden beneficiar a pacientes que sufren dolor fantasma mediado por factores centrales, pero posiblemente sean insuficientes cuando predominan los factores periféricos o locales.

Se incide, por tanto, en la importancia de la prevención. Debe evitarse la creación de una experiencia o memoria somato-sensorial que pueda ser causante de la anormal percepción del miembro no existente (*Dolor Fantasma. Síntomas y causas)*.

CONCLUSIONES

Los tumores óseos de la infancia corresponden a osteosarcoma.

El osteosarcoma se presenta principalmente en niños y adolescentes.

El diagnóstico de tumor óseo maligno en ocasiones demora debido a lo inespecífico de sus síntomas en las etapas iniciales.

La incidencia de los sarcomas primarios óseos y de partes blandas es bastante baja, con excepción del osteosarcoma.

Aproximadamente un 15 % de los enfermos con osteosarcoma clásico se presentan con metástasis en el momento del diagnóstico con mayor prevalencia en el pulmón.

La mayor parte de los osteosarcomas son considerados de alto grado (de alta malignidad).

El tratamiento estándar de los pacientes con osteosarcoma convencional incluye una combinación de quimioterapia y cirugía.

Una vez completado el tratamiento, se requiere un cuidadoso seguimiento para detectar signos de recidiva, metástasis y complicaciones relacionadas con el tratamiento.

Los pacientes con recaída temprana (menos de un año después de concluido el tratamiento) tienen un pronóstico peor que aquéllos que recaen más tardíamente.

Luego de un tratamiento invasivo para el tratamiento del osteosarcoma, amputación específicamente, varios pacientes tratados presentaron síndrome del miembro fantasma.

REFERENCIAS

Álvarez, A., García, Y. y Casanova, C. (2017). Osteosarcoma: reporte de un caso. *Revista Cubana de Ortopedia*.

Álvarez, A., Casanova, C., Baesso, E., García, Y. y Rodríguez, E. (2002). Tumores óseos primarios y malignos en niños. Estudio de 10 años. *AMC, 6*, supl.1 Camagüey.

Aquevenque, C. (2003). Osteosarcoma lumbosacro: presentación de un caso. Aporte de la medicina nuclear y otras técnicas de imagen. *Rev. chil. radiol., 9*(4), pp. 206-210. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php

Bacci, G., Ferrari, S., Lari, S., Mercuri, M. y Donati, D. (2002). Osteosarcoma of the Limb. *J Bone Joint Surg Am, 84*(1):88-92.

Casas, G. y Healy, J. (2005). Advances that are changing the diagnosis and treatment of malignant bone tumors. *Curr Opin Rheumatol,* 17, 79- 85.

Collado, J., González, C., Paredes, D., De los Santos, J. y Céspedes, R. (2007). Resultados de la metastasectomía pulmonar por osteosarcoma en niños (1985 a 2005). *Rev Cubana Cir, 46*(4).

DiCaprio, M. y Friedlaender, G. (2003). Malignant Bone Tumors: Limb Sparing Versus Amputation. *J Am Acad Orthop Surg, 11*(1):25-37.

Dolor Fantasma. Síntomas y causas. Mayo Clinic. Recuperado de https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases.../syc-20376272

Dorfman, H. y Czerniak, B. (1998). *Bone Tumors*. St Louis. Mosby.

Foukas, A., Deshmukh, N., Grimer, R., Mangham, D. y Mangos, E. (2002). Stage IIB Osteosarcomas around the knee. *J Bone Joint Surg, 84*(5):706- 11.

Hillmann, A., Hoffmann, C. y Gosheger, G. (1999). Malignant tumor of the distal part of the femur or the proximal part of the tibia: Endoprothetic replacemant or rotationplasty. Funtional outcomes and quality of life measurements. *J Bone Joint Surg Am, 81*(4): 462-68.

Hsu, K., Wang, J., Huang, CH. y Chen, W. (2005). Osteosarcoma at the site of a previously treated aneurysmal Bone Cyst. *J Bone Joint Surg Am, 87*(2): 395- 8.

Jofre, M. y otros (2007). Utilidad de la tomografía de emisión de positrones en oncología pediátrica. *Rev. chil. Pediatr,78* (3), pp. 301-310. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php

Las Heras, R. y otros (2011). Osteosarcomas de la región de cabeza y cuello. *Rev Chil Cir*, *63*(5), pp. 468-472. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php

Li, W., Yang, R. y Tsauo, J. (2005). Proprioception in patients with Osteosarcoma around the Knee after modular endoprosthetic reconstruction. *J Bone Joint Surg Am, 87*(4): 850- 6.

López, A. y Rodríguez, E. (2002). Tumores óseos primarios y malignos en niños. Estudio de diez años. *Rev Elec Arch Med Camagüey,* (3), 2-4.

Mittermayer, F., Windhager, R., Dominicus, M., Krepler, P. y Schwameis, E. (2002). Revision of the kotz type of tumor endoprothesis for the lower limb. J Bone Joint Surg Br; 84(3):401-6.

Osteosarcoma: Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico. Recuperado de https://www.sarcomahelp.org/translate/es-osteosarcoma:html

Osteosarcoma. Diagnóstico y tratamiento. Mayo Clinic. Recuperado de https://wwwmayoclinic.org/es-es/.../osteosarcoma/...drc-20351053

Síndrome del miembro fantasma. Blogs Quironsalud. Recuperado de https://www.quironsalud.es/.../doloralia/sindrome-miembro-fantasma

Temple, H. y Clohisy, D. (2002). Musculoskeletal Oncology. *Am Acad Orthop Surg, 5*(2),155- 82.

Tratamiemto de Osteosarcoma, complicaciones y pronóstico. Recuperado de https://www.enfermedadesgraves.com/.../osteosarcoma-tratamiento

Wicart, P., Mascard, E., Missenard, G. y Dubousset, J. (2002). Rotationplasty after failure of a Knee prothesis for a malignant tumor of the Distal Femur. *J Bone Joint Surg Br, 84*(6):865-9.

COMPORTAMIENTO ANTROPOMÉTRICO EN NIÑOS CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO DEL SEMINTERNADO RAFAEL MARTÍNEZ, MUNICIPIO LAS TUNAS

ANTHROPOMETRIC ASSESSMENT IN CHILDREN SUFFERING FROM MALNUTRITION BY EXCESS FROM "RAFAEL MARTÍNEZ MARTÍNEZ" SCHOOL, IN LAS TUNAS

Mayelin Aballe Campos maballec78@gmail.com

Tahimí Nápoles Macías tnapoles@ltu.sld.cu

Nirma Albuernes Aguilera nalbuernes@ltu.sld.cu

RESUMEN

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad se ha incrementado rápidamente entre los niños del mundo, representa un desafío común en los diferentes sistemas de salud por la tendencia en estos pacientes al incremento de una gran gama de enfermedades metabólicas. Se realizó un estudio de corte transversal en niños entre seis y 12 años pertenecientes al seminternado "Rafael Martínez Martínez" en Las Tunas, de enero 2018 hasta junio 2018, con el objetivo de determinar las medidas antropométricas en los mismos. El universo estuvo constituido por **555** escolares y 113 la muestra. Predominaron los sobrepesos en el sexo femenino y los obesos en el masculino. El porciento de grasa corporal se encontró de manera elevada en ambos sexos, con una adiposidad alta y extremadamente alta en la mayoría de los niños.

PALABRAS CLAVES: Infantil, obesidad, nutrición y medidas antropométricas.

ABSTRACT

Overweight and obesity prevalence has rapidly increased among children worldwide, posing a common challenge to health systems and increasing the risk of a great range of metabolic diseases. A transverse descriptive and prospective study was conducted in six to twelve year-old children from "Rafael Martínez Martínez" school in Las Tunas, from January to June 2018 to determine the anthropometric measures in them. The universe was formed by 555 students and the sample by 113 children suffering from malnutrition by excess from this school. Overweight prevailed on the feminine sex and obesity on the masculine. The body fat percentage was found high on both sexes, with high and extremely high adiposity in most children.

KEY WORDS: Children, obesity, nutrition and anthropometric measures.

INTRODUCCIÓN

La obesidad ha estado asociada con atractivo el físico, fuerza y fertilidad. Un ejemplo palpable de ello se observa en los restos arqueológicos de la edad de bronce, específicamente en la representación de la Venus de Willendorf estatua de tamaño de bolsillo encontrada en Austria que representa una figura femenina obesa. Aunque su significado cultural no está registrado, el amplio uso por todas las culturas prehistóricas mediterráneas y europeas sugiere un rol central para la forma femenina obesa y el uso en rituales mágicos sugiere la aprobación cultural de esta forma corporal, según comenta (Pérez, 2010).

El término de la alimentación se hizo directamente proporcional al de obesidad, siendo un factor influyente y hasta cierto punto determinante en las diferentes clases sociales existentes en esta etapa, vista además como un símbolo dentro de un sistema de prestigio. Con la siempre creciente diversidad de elementos, la comida se ha convertido no solamente en un asunto de estatus social, sino también una marca de la personalidad, del gusto individual.

En la mayoría de las sociedades tribales, inclusive aquellas con un sistema social altamente estratificado, todos los individuos no comían la misma clase de alimentos. Las personas con mayor rango social reclamaban por su estatus el derecho a disfrutar de aquellos alimentos que se consideraban exquisitos y esto ocasionó que al surgir el dinero, unos productos siempre fueran más cotizados que otros.

En las culturas occidentales modernas, la forma del cuerpo obeso es ampliamente considerado no atractivo, razón por la cual los niños, adolescentes y adultos obesos también pueden enfrentar un pesado estigma social. Aunque las tasas de obesidad se están incrementando entre todas las clases sociales, en el mundo occidental la obesidad, es frecuentemente vista como un signo de estatus socioeconómico bajo.

Basain, Valdés, Pérez y Martínez (2016) en su investigación *Activación de los receptores de tipo Toll en el adipocito* refieren que la obesidad, como precursora de enfermedades crónicas, fue analizada inicialmente como un problema del adulto. Sin embargo, esta visión cambió posteriormente y en la actualidad se considera la obesidad infantil como uno de los principales factores de riesgo de obesidad en adultos en países occidentales; por ello la evaluación del estado nutricional y antropométrico en los niños puede servir para tomar medidas preventivas, con la finalidad de mejorar la salud en la adultez.

Jiménez y Rodríguez (2013) refieren que el estado nutricional de los seres humanos es el resultado del balance entre la ingestión y las necesidades de energía y nutrientes; dicho balance hace que algunos individuos expresen distintos grados de bienestar, involucrando con ellos factores de la alimentación, el entorno social, económico, cultural y otros factores relacionados con la salud.

La antropometría es la rama de las ciencias humanas que trata las medidas del cuerpo relacionadas al tamaño, conformación y constitución física, el empleo de técnicas antropométricas viene siendo ampliamente utilizado para la valoración nutricional de individuos y grupos poblacionales pues tiene posibilitado detectar la ocurrencia creciente de trastornos nutricionales. También se trata de una técnica de bajo costo, no invasiva, universalmente aplicable a la población, favoreciendo estimativas de la prevalencia y gravedad de las alteraciones nutricionales.

Por las consideraciones anteriores, nos propusimos caracterizar antropométricamente a los niños con malnutrición por exceso pertenecientes al seminternado Rafael Martínez Martínez durante el período de enero a junio del 2018; resultó esencial el manejo y uso de técnicas básicas para diagnosticar el sobrepeso y la obesidad a edades tempranas. Para ello se efectuó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal.

El universo estuvo conformado por 555 niños pertenecientes a dicha institución y la muestra por 113 niños con malnutrición por exceso. Antes de realizar las mediciones y

teniendo en cuenta las pautas éticas para la investigación en seres humanos, se recogió el consentimiento informado a los padres o tutores de los niños involucrados en el estudio.

Se pesaron y tallaron todos los niños, a todos se les calculó el IMC, así como los percentiles peso/talla y peso/edad, siendo de mayor utilidad el peso/edad. Los datos de cada uno de los niños fueron procesados mediante Microsoft Excel 2010, agrupándose cada uno de acuerdo a las variables a estudiar. Cabe agregar que se evaluaron los resultados según las tablas de valoración nutricional cubana (1991), todos los niños que se encontraron entre los percentiles 90-97 se clasificaron como sobrepeso y los que se encontraron por encima del percentil 97 se clasificaron como obesos.

Se determinó el endomorfismo, una de las clasificaciones del somatotipo que cataloga el físico del ser humano en tres categorías, a través de la cuantificación de sus componentes denominados: endomórfico, mesomórfico y ectomórfico (González y Ceballos, 2003). Se decidió trabajar solo con el endomorfismo porque confirma los niveles de adiposidad en cada uno de los escolares y de esta forma confirma el diagnóstico de obesidad.

Adiposidad relativa (tejidos que proceden del Endodermo). Se obtuvo hallando la suma (en mm) de los pliegues cutáneos del tríceps, subescapular y supracrestal y utilizando las fórmulas propuestas por Carter (1975):

Endomorfia =0.1451(x)-0.00068 (x)+0.0000014 (x)-0.7182

DONDE x= $\sum$ de los pliegues de tríceps (PT), subescapular y suprailíaco (mm.)

Los resultados del endomorfismo se expresaron en tablas de acuerdo a edad y sexo.

Para calcular el porciento de grasa corporal se utilizó el método de Dugdale y Griffiths (1979) con la siguiente ecuación:

$$\% \text{ de grasa corporal} = \frac{\text{Kg de grasa X 100}}{\text{Peso corporal}}$$

Donde:

Hembras: kg de grasa= 7.869 + 0.650 (peso corporal) – 0.151 (estatura)

Varones: kg de grasa= 5.244 + 0.380 (peso corporal) - 0.085 (estatura)

Los resultados se expresaron en tablas los cuales mediante métodos estadísticos se les calculó las medias y desviaciones estándares.

Estado nutricional de los escolares

La obesidad en las edades tempranas de la vida es un problema gradual, emergente de salud pública y resulta una de las enfermedades más frustrantes y difíciles de tratar. La abundancia de alimentos hipercalóricos e hipergrasos, la no realización de de ejercicios físicos, la atracción por la televisión, los videojuegos y las computadoras está generando cambios en el perfil de factores de riesgo.

Se estudiaron 555 niños aparentemente sanos de ellos 268 pertenecen al sexo femenino para el 48.2% y el 51.8% restante al sexo masculino. El mayor por ciento se encuentra en las edades comprendidas entre los diez y doce años con un 49.1%.

Tabla1. Clasificación de estado nutricional de los escolares a partir de las referencias cubanas del IMC. Seminternado Rafael Martínez Martínez municipio Las Tunas, enero a junio 2018.

Clasificación	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Peso insuficiente	5	0.8	2	0.3	7	1.2
Normopeso	208	37.4	234	42.1	435	78.3
Sobrepeso	28	5	17	3	45	8.1
Obeso	32	5.7	36	6.4	68	12.2
Total	268	48.2	287	51.7	555	100

Fuente: Examen físico y ficha antropométrica.

De un total de 555 escolares estudiados, 435 se evaluaron como normopeso para un 78.3% y 113 resultaron estar sobrepesos y obesos para un 20.3%, con 8% y 12.2% respectivamente, lo cual es un dato significativo. Además, existe un predominio del sexo femenino con sobrepeso y obesos en el masculino. La incidencia de nuestro estudio coincide con los valores planteados por Fariñas y otros (2011) en un estudio realizado a escolares en el municipio Boyeros, provincia Habana.

Tabla 2. Prevalencia de sobrepeso en escolares de acuerdo edad y sexo. Seminternado Rafael Martínez, municipio Las Tunas, enero a junio de 2018.

Edad	Femenino		Masculino		Total
	N	%	N	%	
6	6	60	4	40	10
7	6	100	0	0	6
8	4	57.1	3	42.8	7
9	4	50	4	50	8
10	4	57.1	3	42.8	7
11	4	57.1	3	42.8	7
12	0	0	0	0	0
Total	28	62.2	17	37.7	45

Fuente: Examen físico y ficha antropométrica.

En la tabla No.2 se puede observar que hay un predominio del sexo femenino con sobrepeso, representando un 62.2% en las que sobresalen las niñas entre seis y siete años. Por otra parte, el sexo masculino representa un 37.7%, sobresaliendo los que ostentan seis y nueve años. Es de destacar que en la edad de 12 años no se encontró ningún niño con exceso de peso lo cual puede estar relacionado con el comienzo del estirón puberal por un lado y por otro es más frecuente la práctica de ejercicios físicos.

Tabla 3. Prevalencia de obesos en escolares de acuerdo edad y sexo. Seminternado Rafael Martínez Martínez, municipio LasTunas, enero a junio de 2018.

Edad	Femenino	Femenino	Masculino	Masculino	Total
	N	%	N	%	
6	4	44.4	5	55.5	9
7	7	58.3	5	41.6	12
8	3	23	10	76.9	13
9	5	45.4	6	54.5	11
10	6	50	6	50	12
11	6	60	4	60	10
12	1	100	0	0	1
Total	32	47	36	52.9	68

Fuente: Examen físico y ficha antropométrica.

La tabla No. 3 muestra la prevalencia de obesos de acuerdo edad y sexo donde predominan el sexo masculino con un total de 36 para un 52.9 %, siendo los más afectados los de ocho años de edad, mientras que en el sexo femenino predomina en las edades de siete, 10 y 11 años; lo cual se corresponde en las primeras edades por aumento de la producción de células adiposas. Además, se observa solo una escolar obesa en la edad de 12 años pudiendo corresponder con las características propias de esa edad, en que el deseo de lucir cuerpos esbeltos y delgados, lo que unido al desarrollo de los caracteres sexuales y la liberación de hormonas transforman a las niñas.

Evaluación del endomorfismo de acuerdo a edad y sexo

El endomorfismo representa la adiposidad relativa, indica predominio del sistema vegetativo y tendencia a la obesidad. Observando la relación entre la cantidad de grasa corporal y el estado de salud, se explica por qué es necesaria la utilización de métodos para evaluar la cantidad de grasa corporal en relación con la masa corporal total.

Tabla 4. Calificación del endomorfismo en las niñas de acuerdo a la edad. Seminternado Rafael Martínez Martínez, municipio Las Tunas, enero a junio de 2018.

Calificación del endomorfismo	Femenino							
	Edades							
	6	7	8	9	10	11	12	Total
Baja adiposidad relativa	2	1	1	0	1	0	0	5
Moderada adiposidad relativa	3	5	0	1	0	1	0	10
Alta adiposidad relativa	3	1	3	1	2	2	0	12
Extremada mente alta adiposidad	2	6	3	7	7	7	1	33
Total	10	13	7	9	10	10	1	60

Fuente: Examen físico y ficha antropométrica.

En la tabla No.4 en relación a la calificación del endomorfismo en el sexo femenino se observa una adiposidad extremadamente alta con un total 33 y solo una baja adiposidad en cinco de ellas. Al ser un indicador del grado de predominio del tejido adiposo por lo general se utiliza para deportistas y estudiantes de danza. No se localizó ninguna investigación en niños con exceso de peso que tuviera presente esta variable. Se considera por las autoras que es de vital importancia atender a esta variable pues da un valor del contenido de grasa visceral tan certero como ningún otro.

Tabla 5. Calificación del endomorfismo en los niños de acuerdo a la edad. Seminternado Rafael Martínez Martínez, municipio Las Tunas, enero a junio de 2018.

Calificación del endomorfismo	Masculino							
	Edades							
	6	7	8	9	10	11	12	Total
Baja adiposidad relativa	2	0	0	0	0	0	0	2
Moderada adiposidad relativa	3	2	3	2	1	1	0	12

Alta adiposidad relativa	2	1	4	5	0	1	0	13
Extremadamente alta adiposidad	2	2	6	2	8	5	0	25
Total	9	5	13	9	9	7	0	52

Fuente: Examen físico y ficha antropométrica.

En la tabla No.5 en relación a la calificación del endomorfismo en el sexo masculino se observa una adiposidad extremadamente alta con un total 25 y solo una baja adiposidad en dos de ellas. Estos resultados demuestran que las diferentes medidas antropométricas miden de forma indirecta el contenido de grasa abdominal y su correlación con las medidas de otros segmentos corporales, permite obtener resultados que dan una idea de cómo repercute el contenido graso visceral sobre diferentes parámetros metabólicos y cardiovasculares.

Los estudios del somatotipo han tenido una gran aceptación en todo el mundo y se utiliza no solo por antropólogos sino por médicos, nutricionistas, fisiólogos, artistas y arquitectos. Se considera que un buen estudio relacionado con el estado nutricional debe incluir la evaluación del mismo y no solo dejarlo para encontrar modelos de cuerpos perfectos.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el estudio permiten señalar que existe una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población estudiada, predominando el sexo femenino en los sobrepesos mientras los del sexo masculino representaron mayor número de obesos.

En cuanto a la calificación del endomorfismo se puede afirmar que hay una adiposidad alta y extremadamente alta en ambos sexos lo que demuestra que un estudio antropométrico sustituye métodos de investigación invasivos como el perfil lipídico, siendo este último de alto costo.

La realización de este tipo de estudio en la práctica médica en la atención primaria de salud a estos grupos de edades contribuiría al ahorro de reactivos de laboratorio de alto costo para el país y además al diagnóstico de este importante factor de riesgo para la hipertensión arterial, diabetes Mellitus y cardiopatía isquémica.

REFERENCIAS

Basain, J., Valdés, M., Pérez, M. y Martínez, A. (2016). *Activación de los receptores de tipo Toll en el adipocito: su influencia en el inicio y la permanencia de la obesidad*. *MEDISAN, 20* (7), 970-978. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000700015&lng=es

Dugdale, H. y Griffiths, M. (1979). *Estimating fat body mass from antropometric data.* Am J ClinNutr 32, 2400.

Esquivel, M. y 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.

Fariñas, L., Vázquez, V., Martínez, A., Fuentes, L., Toledo, E. y Martiato, M. (2011) Evaluación nutricional de niños de 6 a 11 años de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana InvestBioméd,* 30(4), 439-449. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000400001&lng=es

González, P. y Ceballos, J. (2003). *Manual de antropometría*. Instituto Superior de Cultura Física "Manuel Fajardo", Cuba.

Jiménez, S. y Rodríguez, A. (2013). Evolución del sobrepeso en preescolares cubanos en un período de diez años. *Rev Cubana Pediatr, 85*(4), 428-438. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000400003&lng=es

Pérez, O. (2010). *De los albores a los albores: un recorrido por la historia de la medicina.* La Habana: Ciencias Médicas.

COMPORTAMIENTO DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA EN LA ASIC MILLA, MÉRIDA, VENEZUELA

BEHAVIOR OF DIABETIC RETINOPATHY IN THE ASIC MILLA, MÉRIDA, VENEZUELA

Noraidis Suárez Estévez noraidis@ltu.sld.cu

RESUMEN

La retinopatía diabética, como expresión de complicación de la Diabetes Mellitus, ocupa actualmente el primer lugar como causa de discapacidad en los países desarrollados. En la ponencia se socializan los resultados del estudio realizado para determinar el comportamiento de la retinopatía diabética en la ASIC Milla, del estado Mérida, en Venezuela. Se realizó un estudio observacional descriptivo, en una muestra de 600 casos, a los que se les realizó un interrogatorio y un examen oftalmológico completo. Se registraron los datos y se realizaron comparaciones de los resultados, expresadas en frecuencias absolutas y relativas. El grupo etario de 50-59 años resultó el de mayor frecuencia, con un 43 %; el 38 % se registró sin retinopatía diabética y el 62 % presentó algún tipo de retinopatía diabética. El sexo femenino resultó el más representado con el 57.3 %. Predominó la retinopatía diabética de base con un 47.6 %, seguida de la retinopatía diabética proliferativa, con un 33.3 %; el 70.2 % presentó una agudeza visual de 0.1-0.3; mientras que el 51.1 % presentó complicaciones, representadas por el edema macular quístico en un 21 %, la hemorragia vítrea en un 8.6 % y el glaucoma neovascular en un 7.3 %.

PALABRAS CLAVES: Retinopatía diabética, complicaciones de diabetes mellitus, prevención de ceguera, promoción de salud.

ABSTRACT

Diabetic retinopathy, as an expression of complication of Diabetes Mellitus, currently ranks first as a cause of disability in developed countries. In the presentation, the results of the study carried out to determine the behavior of diabetic retinopathy in the Milla ASIC, of the state of Mérida, in Venezuela. A descriptive observational study was carried out, in a sample of 600 cases, to which an interrogation and a complete ophthalmological examination were carried out. Data were recorded and comparisons were made of the results, expressed in absolute and relative frequencies. The age group of 50-59 years was the most frequent, with 43%; 38% were registered without diabetic retinopathy and 62% had some type of diabetic retinopathy. The female sex was the most represented with 57.3%. Base diabetic retinopathy predominated with 47.6%, followed by proliferative diabetic retinopathy, with 33.3%; 70.2% had a visual acuity of 0.1-0.3; while 51.1% presented complications, represented by cystic macular edema in 21%, vitreous hemorrhage in 8.6% and neovascular glaucoma in 7.3%.

KEY WORDS: Diabetic retinopathy, complications of diabetes mellitus, prevention of blindness, health promotion.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es un problema de salud a nivel mundial. Según reportes de la Federación Internacional de Diabetes, FID por sus siglas en inglés, se estima que

415 millones de personas sufren DM y, para el año 2040, esta cifra ascenderá a los 642 millones (Paniagua y González, 2018; Rey, Pardo y Fuentes, 2018).

La retinopatía diabética (RD) es una microangiopatía progresiva, que se caracteriza por lesiones y oclusiones de los pequeños vasos retinales en los pacientes con DM. Pólit (2015) afirma que es la primera causa de ceguera legal en los adultos jóvenes de los países occidentales. En este sentido, Romero y Sagarra (2018) refieren que se ha determinado que en los países de Europa occidental la ceguera por RD ha aumentado de un 3.5 % (2.4 %-5.4 %) en el año 1990, a un 4 % (2.5 %-6.9 %) en el año 2010.

En un estudio realizado por Rodríguez *et al*. (2015), estos autores concuerdan en que la RD se desarrolla generalmente entre los 10 y los 20 años, luego del inicio de la DM, y progresa más rápido cuando no se diagnostica o no se trata a tiempo. La prevalencia de RD, igualmente, varía en las diferentes regiones del mundo, con valores que van desde un 15 % a un 50 %, lo que, según Adrianzén, Rioja y Manrique (2019), se atribuye a múltiples factores. Romero y Sagarra (2018), por su parte, reportan un mínimo del 10 %, en Noruega, hasta un máximo de un 61 %, en África del Sur, en personas con DM conocida, y de un 1.5 % en los afroamericanos en Estados Unidos, a un 31 % en China. Los resultados globales indican una prevalencia media de cualquier forma de retinopatía (any-retinopathy) de un 34.6 % (34.5 %-34.8 %).

En Ecuador, en el estudio UKPDS, Pólit (2015) refiere que alrededor de la tercera parte (36 %) de los pacientes con DM presentaron RD; mientras que, en diferentes estudios con diversos grupos étnicos, el rango va desde el 18 % al 46 %. En Perú, Adrianzén, Rioja y Manrique (2019) refieren que en un hallazgo de vigilancia epidemiológica se han reportado prevalencias desde 2 % hasta 61 %, en un estudio poblacional de Orrego, que abarcó a 4 218 pacientes.

En Cuba, en el año 2004 en el municipio de Marianao, de la provincia de La Habana, se realizó un pesquisaje y se obtuvo un 16 % de prevalencia de RD, de la que el 71.4 % presentaba características de no proliferativa, mientras que el 28.6 % las mostraba proliferativas; el 4.0 % correspondió a ceguera legal (Rodríguez y otros, 2015).

Existen intervenciones probadas y factibles, que pueden prevenir en gran medida la DM y sus complicaciones; sin embargo, la DM sigue matando y discapacitando a millones de personas en el mundo cada año. Independientemente del drama social y humano que representa la ceguera por RD, son indudablemente elevados los gastos en el mundo entero para pensiones por invalidez, programas de rehabilitación y seguridad social. De este modo, un enfoque preventivo tiene como base la conservación, el cuidado y la restauración de la salud para no perderla o para mejorarla al máximo, lo que representa, a la par, una incuestionable reducción en cuanto a costos para la salud, ya que resulta más caro el tratamiento, el control y la rehabilitación que su prevención (Rodríguez, 2015).

La RD en sí no tiene mortalidad, pero crea un alto índice de dependencia y de pérdida de funciones, en pacientes que aún están activos. El déficit visual que provoca limita la capacidad de las personas afectadas para realizar las actividades de la vida cotidiana y deteriora su calidad de vida. Para Pérez, Redondo y Maciques (2017), la ceguera por RD es prevenible; el tratamiento adecuado de la DM, el control de los factores de riesgo y el tratamiento precoz de la RD, disminuyen el riesgo de pérdida visual por esta causa.

En la actualidad, más que a la prevención de la ceguera por RD, las estrategias de salud deben estar encaminadas a la prevención de la RD en sí y no a sus consecuencias tardías en estos pacientes. Por tal motivo, se decidió realizar una investigación que describiera el comportamiento de esta entidad en pacientes diabéticos de la ASIC Milla durante el período comprendido entre marzo de 2015 y marzo de 2016, en el municipio Libertador, Estado Mérida, en la República Bolivariana de Venezuela.

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en la ASIC Milla, del municipio Libertador, Estado Mérida, durante el período comprendido entre marzo de 2015 y marzo de 2016, con el objetivo de describir el comportamiento de la RD en los pacientes diabéticos atendidos en la consulta de Oftalmología.

El universo estuvo constituido por los 1 445 pacientes con el diagnóstico de DM pertenecientes a la ASIC Milla; mientras que la muestra fue de 600 casos, seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple con los pacientes diabéticos enviados por su médico de la familia a la consulta de Oftalmología, que dieron su consentimiento para participar en el estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión (edad mayor de 18 años, sin sospecha de cierre angular para practicar la dilatación de la pupila) y exclusión (inasistencia a consultas de seguimiento programadas y atención en consulta, pero que no correspondieran al área de la ASIC). En todo momento se respetaron los principios éticos de la medicina y la investigación.

A todos los pacientes seleccionados se les realizó un interrogatorio y un examen oftalmológico completo, del segmento anterior (sin dilatar) y del segmento posterior (dilatado con Tropicamida al 2 %), con el uso del oftalmoscopio directo (Carl Zeiss, Alemania) y lámpara de hendidura SL 130 (Carl Zeiss, Meditec AG, Jena, Alemania) con lente de contacto Goldmann para realizar biomicroscopía de polo posterior.

A su vez, se confeccionó una historia clínica individual, donde se recogieron los datos necesarios para el estudio. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, tipo de retinopatía, agudeza visual (AV) corregida con cristales y complicaciones.

Los datos se procesaron en tablas, aplicándose el método porcentual, y luego fueron llevadas a gráficos, a través del sistema operativo Windows y de su aplicación Microsoft Excel. Los resultados fueron comparados con estudios nacionales e internacionales, que permitieron arribar a conclusiones y recomendaciones. Finalmente, el trabajo fue desarrollado en Microsoft Word del propio sistema antes mencionado.

RESULTADOS

De forma general, se observó que el 62 % de los casos (372 pacientes) tenían RD, el mayor número estuvo en el grupo etario comprendido entre 50-59 años, con un total de 258, para un 43 %. El de menor frecuencia fue el grupo de menores de 20 años, con un 0.67 % sin RD. Lo anterior se correspondió con las estadísticas de la ASIC Milla, donde existe un predominio de diabéticos en pacientes mayores de 50 años. La Tabla 1 muestra los datos demográficos correspondientes a grupos etarios y la presencia o no de RD.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupos de edades y presencia o no de RD en el estudio realizado en Venezuela.

Grupos de Edades (Años)	Sin RD		Con RD		Total	
	#	%	#	%	#	%
< 20	4	0.67	-	-	4	0.67
20 – 29	9	1.50	3	0.5	12	2
30 – 39	12	2	5	0.83	17	2.83
40 – 49	38	6.33	77	12.83	115	19.17
50 – 59	98	16.33	160	26.67	258	43.00
> 60	67	11.17	127	21.17	194	32.33
Total	228	38	372	62	600	100

En un estudio realizado en el estado de Quintana Roo, México, por el Instituto Mexicano del Seguro Social (Jiménez *et al*., 2015), se diseñó un programa de detección oportuna de RD en adultos, en el que se realizó el diagnóstico de 683 casos de DM2, en una edad promedio de 48+11.1 años, en el que el 23.8 % de los casos presentó algún grado de RD. Este resultado también se corresponde con uno realizado en 76 pacientes de la consulta de Retinopatía Diabética del Hospital Universitario de los Andes (Uzcategui, Rivas y Rivas, 2005), que indagó en las características de la RD en un grupo de pacientes estudiados en los 5 años de seguimiento, donde el 29 % no sufrían retinopatía y el resto sí presentaban algún grado de RD. En el Estado de Mérida, este fue el estudio más reciente publicado sobre el tema en la búsqueda realizada.

El estudio realizado en Venezuela, como se muestra en la Tabla 2, arrojó un predominio el sexo femenino, con 344 pacientes, lo que se corresponde con las estadísticas de la ASIC Milla, donde existe un predominio de diabéticos en el sexo femenino. La pirámide poblacional de Venezuela y el mundo pueden explicar también este resultado, donde es el sexo femenino el de mayor frecuencia, lo que quedó avalado por los resultados del estudio realizado en México por Jiménez *et al*. (2015), en el que también se encontró la mayor frecuencia de pacientes en el sexo femenino (55.2%).

Tabla 2. Distribución de los pacientes según sexo y presencia o no de RD en el estudio realizado en Venezuela

Sexo	Sin RD		Con RD		Total	
	#	%	#	%	#	%
Femenino	176	29.33	168	28	344	57.33
Masculino	52	8.67	204	34	256	42.67
Total	228	38	372	62	600	100

Sin embargo, la prevalencia de sexo femenino no se corresponde con el estudio realizado por Uzcategui, Rivas y Rivas (2005), en 76 pacientes de la consulta de Retinopatía Diabética del Hospital Universitario de los Andes, donde predominó el sexo masculino, con un 53%.

El análisis de la distribución de los pacientes según tipo de retinopatía (Tabla 3), permitió comprobar que la RD de base, seguida de la proliferativa, resultan las más representadas, con 177 (47.58 %) y 124 (33.33 %), respectivamente. Este resultado se corresponde con casi la totalidad de los casos argumentados en la literatura consultada, donde se reporta la RD no proliferativa como la más frecuente. El estudio realizado por Uzcategui, Rivas y Rivas (2005) también exhibió resultados similares, donde el 26 % presentaba RD no proliferativa o de base (RDNP), el 20 % RD preproliferativa (RDPP) y el 25 % RD proliferativa (RDP).

Tabla 3. Distribución de los pacientes según tipo de retinopatía en el estudio realizado en Venezuela

Tipo de RD	#	%
De Base	177	47.58
Preproliferativa	71	19.09
Proliferativa	124	33.33
Total	372	100

El análisis de la distribución de los pacientes con RD, según la AV por ojo corregida con cristales, como se muestra en la Tabla 4, permitió comprobar la existencia de cavidades anoftálmicas, pues se trataba de pacientes a los que, por complicaciones de la RD, fue necesario realizarles evisceración.

El mayor número de pacientes tenían una visión entre 0.1 y 0.3 (261, para un 70.16 %), la mayor frecuencia de pacientes se encuentra en los grupos de 0.3 hacia abajo, visión considerada por la Organización Mundial de la Salud como débil visual. Cuando comparamos este resultado con el estudio realizado por Uzcategui, Rivas y Rivas (2005), advertimos que se corresponde la visión encontrada. Se informa, inicialmente, que el 36 % de estos pacientes presentaban una AV mejor a 20/100 (0.2), el 29 % tenían una visión entre 20/200 (0.1) a 20/400 (0.05), y el 35 % con AV peor a 20/400 (0.05). Luego de 5 años de evolución, se observó un incremento de ojos con visión de percepción luminosa (PL) y no percepción luminosa (NPL) asociados a la RD proliferativa (RDP).

Tabla 4. Distribución de pacientes con RD según AV por ojo corregida con cristales en el estudio realizado en Venezuela

Agudeza Visual	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		Total	
	#	%	#	%	#	%
P.L	41	11.02	47	12.63	88	23.65

C/D	68	18.28	53	14.25	121	32.53
- 0.3	113	30.38	148	39.78	261	70.16
0.4 - 0.6	125	33.60	97	26.00	222	59.68
0.7 -1.0	22	5.91	19	5.11	41	11.02
Total	369	99.19	364	97.85	733	197.04

Al analizar la distribución de los pacientes con RD según complicaciones oculares encontradas, como se muestra en la Tabla 5, se comprobó que el mayor número de casos corresponde al edema macular, seguido de la hemorragia vítrea, el glaucoma neovascular y el desprendimiento de retina, con 78 (20.97 %), 32 (8.60 %), 27 (7.26 %) y 26 (6.99 %), respectivamente.

Tabla 5. Distribución de los pacientes con RD según complicaciones oculares encontradas en el estudio realizado en Venezuela

Complicaciones	#	%
Evisceración	9	2.42
Desprendimiento de Vítreo Posterior	18	4.84
Desprendimiento de Retina	26	6.99
Glaucoma Neovascular	27	7.26
Hemorragia Vítrea	32	8.60
Edema Macular	78	20.97
Total	190	51.08

Entre los resultados, llama la atención que de 372 pacientes con RD hubo un total de 190 complicaciones, para un 51.08%. Lo anterior se corresponde con lo planteado por la literatura (Pólit, 2015; Rodríguez *et al*., 2015; Jiménez *et al*., 2015; Pérez, Redondo y Maciques, 2017; Paniagua y González, 2018; Romero y Sagarra, 2018; Rey, Pardo y Fuentes, 2018; Adrianzén, Rioja y Manrique, 2019), donde reportan al edema macular como la complicación más frecuente en la RD.

Sin embargo, este resultado no se pudo comparar con el estudio realizado por Uzcategui, Rivas y Rivas (2005), en tanto en esta investigación se analizaron las enfermedades asociadas, no así las complicaciones, y se reportó la catarata como la principal enfermedad asociada en el 34 % de los casos, tanto en 1999 como en el 2005, y el glaucoma, con porcentajes que oscilaron entre el 30 % y el 40 % de los casos, de ambos grupos comparados.

CONCLUSIONES

El grupo de edad de 50-59 es el de mayor frecuencia y, junto al sexo femenino, fueron las variables demográficas más representadas. Predominó la RD de base, seguida de la RD proliferativa; la AV de 0.1-0.3 fue la de mayor número de casos. Así mismo, el edema macular quístico, la hemorragia vítrea y el glaucoma neovascular fueron las complicaciones más encontradas.

Este estudio constituyó la base para el desarrollo de otras investigaciones, centradas en la intervención educativa en los consultorios médicos populares de mayor incidencia, con vistas a la pesquisa y preparación de pacientes diabéticos con RD, para así contribuir a disminuir la incidencia de ceguera por esta causa.

REFERENCIAS

Adrianzén, R. E., Rioja, M. y Manrique, A. (2019). Frecuencia y severidad de retinopatía diabética en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Instituto Regional de oftalmología. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 36(2), 260–4. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=137573651&lang=es&site=ehost-live

Jiménez, M. V. y otros (2015). *Early diagnosis of diabetic retinopathy in primary care*. *Colombia Médica 46*(1),14–8, 2015. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=101856429&lang=es&site=ehost-live

Pérez, M. E., Redondo, L. R. y Maciques, J. E. (2017). Nuestra experiencia en el enfoque integral de prevención y control de la retinopatía diabética. *Revista Cubana de Endocrinología, 28*(2),1–4. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=125240934&lang=es&site=ehost-live

Paniagua, D. y González, C. (2018). Screening of Diabetic Retinopathy in Primary Care by Retinography in Mexico City. *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular, 16*(2),11–9, 2018. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=131211408&lang=es&site=ehost-live

Pólit, A. F. (2015). Dislipidemia como factor de riesgo para el desarrollo de retinopatía diabética en la consulta externa del hospital Luis Vernaza. *Revista Médica FCM-UCSG*, *Año XX, 18*(4), pp. 229-233. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5584819

Rey, B. N., Pardo, M. E. y Fuentes, H. (2018). Formación de residentes en oftalmología sobre retinopatía diabética desde un enfoque educativo-preventivo. *MEDISAN 22*(3), 323–8. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=128728801&lang=es&site=ehost-live

Rodríguez, B. y otros (2015). Estrategia nacional para la prevención de ceguera por retinopatía diabética. *Revista Cubana de Oftalmología, 28*(1),129–37. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=115993266&lang=es&site=ehost-live

Romero, P. y Sagarra, P. (2018). La retinopatía diabética e hipertensiva. En *AMF: Actualización en Medicina de Familia*, *14*(7), 382–93. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=133293922&lang=es&site=ehost-live

Uzcategui, M., Rivas, A. y Rivas, A. P. (2005). Retinopatía diabética 5 años después. *Revista de Oftalmología Venezolana, 61*(3). Recuperado de http://docplayer.es/9481555-Titulo-aplicacion-de-una-estrategia-terapeutica-multidisciplinaria-en-el-adulto-mayor-con-retinopatia-diabetica-para-mejorar-su-calidad-visual.html

ARBOVIRUS: SU PREVENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

ARBOVIRUS: HIS PREVENTION DURING PREGNANCY

Roberto Rodríguez Pargas robertonayla@nauta.cu
Yorlandys Leyva Nuñez yorlanra@ult.edu.cu
Lianne Mosqueda Padrón lianne@ult.edu.cu

RESUMEN

Los arbovirus constituyen una de las principales causas de emergencia en salud por la morbilidad y mortalidad que producen y el estrés sanitario que conllevan. El enfrentamiento de los arbovirus, ha sido, y es, una prioridad de las máximas autoridades en Cuba. Durante el embarazo es esencial su prevención debido a los riesgos que se pueden manifestar en el feto y la propia madre en los momentos de preparto y pos parto. En esta dirección el objetivo del presente trabajo está dirigido a la sistematización teórica sobre la prevención de los arbovirus durante el embarazo. Se utilizaron métodos del nivel teórico: análisis-síntesis, inducción-deducción e histórico-lógico.

PALABRAS CLAVES: Arbovirus, prevención, embarazo.

ABSTRACT

The arbovirus constitutes a one belonging to the principal emergency causes in health that they produce that they bear for morbility and mortality and the sanitary stress. The arbovirus's confrontation, he has been, and he is, a priority of the maximum authorities in Cuba. His prevention due to the risks that can be shown at the fetus and the own mother in the moments of pre-childbirth is essential during pregnancy and behind I depart. The objective of the present work is intended for the theoretic systematization on the prevention of the arbovirus during the pregnancy in this address. They utilized methods of the theoretic level: Analysis synthesis, induction deduction and historic logician.

KEY WORDS: Arbovirus, prevention, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, los daños ocasionados por los arbovirus, representan un serio peligro para los países de América, considerando que prácticamente en todos se pueden dar casos de enfermedades provocados por estos. Cuba también se encuentra incluido en esta situación epidemiológica a pesar de las medidas tomadas por los órganos de dirección del Estado, el Ministerio de Salud Pública e Higiene en conjunto con la participación de todo el pueblo.

Tan importante como evitar la transmisión de los arbovirus es la preparación de los sistemas de salud para atender adecuadamente a los enfermos y evitar su muerte. Se debe aspirar a no tener epidemias; pero, si ocurren, se debe procurar no tener fallecidos. Una buena administración de salud puede ser capaz de salvar vidas durante una epidemia, así como favorecer el acceso a la capacitación del personal oportuno y de la población en función de la prevención y promoción, para lograr calidad de vida y estado de salud favorable, sin virus, así se dictamina en la Constitución de la República

de Cuba (2019), en su artículo 72: “La salud pública es un derecho de todas las personas y es responsabilidad del Estado garantizar el acceso, la gratuidad y la calidad de los servicios de atención, protección y recuperación” (p. 5).

Concebido de igual forma en los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución (2016), discutido y aprobado en el Sexto Congreso del Partido Comunista de Cuba en el 2011 y actualizado en el Séptimo Congreso del Partido Comunista de Cuba en el 2016, así como en la Asamblea Nacional del Poder Popular de igual año. En su capítulo seis acerca de la política social, artículo 125:

> Garantizar la sostenibilidad de las acciones interdisciplinarias, sectoriales, intersectoriales y comunitarias dirigidas al mejoramiento de las condiciones higiénico-epidemiológicas que determinan las enfermedades transmisibles que más impactan en el cuadro de salud, y afectan el medio ambiente, con énfasis en las enfermedades de transmisión hídrica, por alimentos y por vectores. (p. 28)

Esto implica asumir que uno de los retos más importantes a los que se enfrenta los sistemas de salud hoy en día, es el de ofrecer una respuesta desde la prevención a toda la población, que como fin les favorezca su estado de salud. En este sentido, la presencia de un arbovirus en el embarazo aumenta la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo, que a su vez requieren un cuidado y un seguimiento específico. En ellos pueden surgir complicaciones o problemas imprevistos que deben ser atendidos pronta y profesionalmente para evitar colocar a la madre o al feto en situación de riesgo.

Durante las últimas décadas se han realizado diversas investigaciones acerca de arbovirus y también de su repercusión en el embarazo. Se destacan a nivel internacional: González, Guerra, Malave y Pérez (2001) que han enfatizado en el dengue neonatal; Gubler (2005) le atribuye significado político al surgimiento de fiebre epidémica del Dengue en los Américas; Rodríguez, Arteta, Suárez, Burgos, Rubio, Sarmiento y Corzo (2016) consideran importante el seguimiento a la infección por virus del Zika en el embarazo por su impacto fetal y neonatal ; Manzano, Zapata, García, Gómez y Solís (2017) realizan un estudio sobre el dengue perinatal y Hernández, Susett, Pérez Lloyd y Pérez (2018) abordan la comunicación para la prevención de arbovirosis.

En Cuba se han realizado investigaciones por López, Deulofeu, Domínguez (2002) abordan la repercusión del dengue sobre el embarazo; Guzmán (2012) hace alusión a treinta años después de la epidemia hemorrágica del Dengue de 1981 en Cuba; Botell y Ramírez (2016) han investigado acerca de la infección por virus Zika en el embarazo y microcefalia; Hechavarría, Alfonso y Cantelar (2016) realizan una compilación de fuentes y recursos de información sobre enfermedades transmitidas por el mosquito Aedes. Licourt y Saínz (2018) abordan acerca de la necesidad de prevenir el virus del Zika. Guzmán, Vázquez, Álvarez, Pelegrino, Ruiz, Martínez, Pupo, Morier, Valdés, Peláez, Valdivia y LLop (2019) realizan un estudio histórico sobre la vigilancia de laboratorio de dengue y otros arbovirus en Cuba en el período de 1970-2017.

En este sentido, y como parte del seguimiento al polémico tema de arbovirus específicamente en el embarazo, la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud (SNS) cubano se orienta a incrementar la calidad de las acciones de vigilancia y

control relacionadas con las enfermedades de transmisión vectorial y hacia el perfeccionamiento de una participación intersectorial consciente y sistemática.

Se considera que los principios que caracterizan a la salud pública cubana y que permiten mostrar sus resultados en la promoción, prevención y control de la arbovirosis en el embarazo son las coberturas y el acceso equitativo a servicios integrales de salud, centradas en las necesidades de personas y grupos más vulnerables, la gratuidad de esos servicios, la implementación de políticas, planes y legislaciones afines, la financiación estatal y las alianzas con organismos internacionales.

En el cumplimiento de las metas sanitarias en Cuba los médicos, especialistas, profesionales, pacientes y población en general, deben cumplimentar las medidas necesarias para su prevención debido a los riesgos que luego se enfrentan y que no siempre terminan sin consecuencias dañinas para la salud.

Cronología de la aparición y desarrollo de los arbovirus en Cuba y su área geográfica

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lideró una exitosa campaña de eliminación del mosquito Aedes Aegypti en las Américas en los años 50 del siglo pasado. No obstante, paulatinamente, en las décadas del 60 y 70 algunos países se reinfestaron lo que condujo al incremento en la frecuencia de brotes y epidemias de Dengue, introducción y circulación de los cuatro serotipos de este agente, la circulación simultánea de dos o más serotipos en un mismo país, y reportes de Dengue Hemorrágico (DH).

Es en 1977, cuando el Dengue se introduce en Jamaica y posteriormente en Cuba, el Caribe, Sudamérica y Centroamérica. La primera epidemia de Dengue Hemorrágico en la región data entre 1981 y 1985. A partir de 1989 se reporta la segunda epidemia de Dengue Hemorrágico en Venezuela y posteriormente en otros países. Luego entre 1990 y 2010, se expande la probabilidad de riesgo en el área, llegando a reportarse hiperendemicidad de Dengue.

En el año 2003 se introduce el virus del Nilo Occidental en la región, fundamentalmente en Estados Unidos y Canadá. Diez años más tarde, en el 2013, se reporta un aumento de dengue, y comienzan detectarse casos de Zika y Chikunguña. Entre el 2015 y 2016, el virus del Zika se extiende hacia América del Sur, específicamente en Brasil; ya en diciembre de 2017 aparece la Fiebre Amarilla selvática y periselvática en este país.

Sin embargo, particularmente en Cuba, se mostraba altos niveles de infestación de Aedes Aegypti desde 1977-78. En 1981, Cuba reporta la primera epidemia de Dengue Hemorrágico. Entre 2001 y 2005, se identificaron nuevos brotes de Dengue tres y cuatro en las provincias de Ciudad de La Habana y Camaguey. En el periodo de 2007 a 2019, se han registrado brotes de Dengue en diferentes provincias que han sido controlados con circulación de varios serotipos virales; con excepción de un pequeño brote de fiebre Chikungunya ocurrido en 2015 el cual fue eliminado rápidamente, no se había reconocido la transmisión de este agente viral. En el año 2016, precedido por el diagnóstico de casos importados de enfermedad por Zika, se confirma la introducción y transmisión de este virus la cual se mantiene y se ha extendido a varias provincias.

En las primeras seis semanas del 2019, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la Región de las Américas se notificaron 99.998 casos de Dengue (tasa de incidencia de 10,2 casos por 100.000 habitantes), incluidas 28 defunciones, 25.333 casos confirmados por laboratorio y 632 casos clasificados como Dengue grave (0,63%). El número de países y/o territorios con la circulación simultánea de dos o más serotipos se ha incrementado en los últimos 20 años, con lo cual aumentó el riesgo de presentación de casos graves de la enfermedad, así como la ocurrencia de brotes en la Región de las Américas.

Consideraciones teóricas acerca de los arbovirus más frecuentes

Los arbovirus transmitidos por mosquitos y principalmente por mosquitos del género Aedes constituyen actualmente un reto a nivel mundial. Se considera que la mayoría prevalecen en zonas tropicales y subtropicales. La incidencia de la enfermedad depende de las condiciones climáticas. Son enfermedades endémicas de las zonas selváticas de lluvia tropical y las epidemias ocurren por lo general en zonas templadas después de las lluvias, particularmente proporcional al aumento de la población de mosquitos.

Algunos de los más frecuentes son el virus de la artritis epidémica Chikunguña, el cual pertenece a la familia Togaviridae, del género alphavirus. También se encuentran el virus del Zika, el Dengue y la Fiebre Amarilla; correspondiente al género flavivirus dentro de la familia Flaviviridae, causantes de numerosas enfermedades en animales y humanos.

El Dengue continúa siendo un problema de salud pública, fundamentalmente en regiones tropicales y subtropicales. La infección causa síntomas gripales, y en ocasiones evoluciona hasta convertirse en un cuadro potencialmente mortal, llamado Dengue Grave o Dengue Hemorrágico. En correspondencia con lo abordado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997), es una enfermedad infecciosa producida por el virus del mismo nombre, al que se le reconocen cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4) y los cuatro tienen diferencias en la composición de su genoma y sus antígenos en la superficie.

Esta infección puede cursar en forma asintomática o expresarse con un espectro clínico amplio que incluye las manifestaciones graves y las no graves. La sintomatología aguda más común del Dengue se presenta con fiebre, cefalea, dolor retroorbitario, fatiga, mialgia, artralgia, vómitos, diarrea, dolor abdominal, erupción cutánea, puede haber hemorragias, entre otros. Luego del período de incubación, la enfermedad comienza abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación.

Se considera que el virus del Zika (VZ), es una enfermedad causada por un arbovirus del género flavivirus (familia Flaviviridae), y se transmite por el vector Aedes aegypti. Desde 1952 se conoce su perfil neurotrópico. El principal hallazgo relacionado con la infección en las Américas, es la microcefalia. Los arbovirus (dentro de estos el Zika) son adquiridos de forma oral por sus vectores hematógenos, al alimentarse de un hospedero que curse con la infección; en el mosquito, el virus sobrevive sin causar enfermedad y se elimina por la saliva en un nuevo hospedero infectándolo.

El Zika se replica en las células humanas de la piel. Al igual que ocurre con otros arbovirus, los fibroblastos de la piel, los queratinocitos y las células dendríticas

inmaduras se convierten en sus células blanco. El período de incubación de esta enfermedad suele oscilar entre tres y doce días. Luego aparecen los síntomas. Sin embargo, la infección también puede presentarse de forma asintomática. Generalmente los síntomas duran entre cuatro y siete días y pueden confundirse con los del Dengue. Pueden darse casos de co-infección por virus Zika y Dengue en el mismo paciente.

En los casos en los que las señales que revelan la enfermedad son moderados, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)(2015), la persona puede tener fiebre de menos de 39°C, dolor de cabeza, debilidad, dolor muscular y en las articulaciones, inflamación que suele concentrarse en manos y pies, conjuntivitis no purulenta, edema en los miembros inferiores y erupción en la piel, que tiende a comenzar en el rostro y luego se extiende por todo el cuerpo. Se presentan con menos frecuencia vómitos, diarrea, dolor abdominal y falta de apetito. Se recomienda el uso de paracetamol, no de aspirinas porque puede causar sangrado.

> La Fiebre Amarilla o Vómito Negro (también llamada la plaga americana), es una enfermedad viral aguda e infecciosa causada por "el virus de la Fiebre Amarilla", que pertenece a la familia de los Flaviviridae, y del género Flavivirus amaril. Es transmitida por la picadura del mosquito Aedes Aegypti y otros mosquitos de los géneros Aedes, Haemagogus. (Gaspar, 1992, p. 65)

El período de incubación se sitúa entre los 3 y los 7 días. La duración de la enfermedad en caso de curación es de una a dos semanas. Tras el período de incubación de acuerdo con Alero (2003), cabe distinguir dos formas clínicas: la leve y la grave o clásica, asumidos a continuación:

La forma leve, se caracteriza por fiebre elevada, escalofríos y cefalea. Pueden existir, además, mialgias, náuseas y vómitos. Suele durar de 1 a 3 días y curar sin complicaciones.

La forma grave o clásica. Tras un período inicial similar al anterior, en el que pueden existir además epistaxis y gingivorragia, se produce un descenso febril (remisión). A continuación, reaparece la fiebre, se instaura ictericia y puede aparecer insuficiencia hepática o renal con proteinuria y agravamiento de la diátesis hemorrágica, con epistaxis abundantes, gingivorragia, punteado hemorrágico en el paladar blando y hematemesis de sangre negra y coagulada (vómito negro). Un signo clínico clásico es la existencia de bradicardia relativa a pesar de la fiebre elevada (signo de Faget).

> El virus Chikunguña, conocida además como artritis epidémica Chikunguña o fiebre de Chikunguña es una enfermedad producida por el virus de tipo alfavirus del mismo nombre, que se transmite a las personas mediante la picadura de los mosquitos portadores Aedes; tanto el Aedes Aegypti como el Aedes Albopictus. (Lahariya y Pradhan, 2006, p.151)

Los síntomas se parecen a una crisis de paludismo o de dengue, aunque la fiebre de Chikungunya no tiene nada que ver con estas enfermedades. La enfermedad empieza con una fuerte fiebre, a veces superior a los 40 °C, que dura 3 días. A esta fiebre le sigue un eritema y, durante 5 días, agujetas muy dolorosas en las articulaciones. Estos dolores articulares pueden permanecer o reaparecer hasta varios meses después de la primera crisis.

Los síntomas característicos incluyen un inicio súbito de fiebre alta, dolor en articulaciones y rash. Otros síntomas podrían presentarse, como dolor de cabeza,

fatiga, problemas digestivos y conjuntivítis. El dolor de articulaciones puede ser debilitante, resultando a menudo en casi una inmovilidad total de las articulaciones afectadas.

Consecuencias y riesgos de los arbovirus durante el embarazo

De acuerdo con Castellanos, Villamil, Rodríguez (2016), se han identificado que al menos 135 arbovirus causan enfermedad en humanos. De éstos, los virus del Zika, Chikungunya, Dengue y Fiebre han tomado gran relevancia por su rápida propagación y por el mayor riesgo de causar complicaciones severas neonatales y fetales principalmente microcefalia.

Salgado, Rodríguez, Lozano, Zabaleta (2012), han postulado tres mecanismos de enfermedad que estarían implicados en las repercusiones fetales: 1) la diseminación hematógena secundaria a la infección materna, dando lugar a la transmisión a través de la placenta; 2) la viremia que aumenta el riesgo de transmisión del virus debido al intercambio de sangre durante el parto y 3) la presencia de dengue grave en la madre, que directamente altera la función placentaria afectando al feto sin que este tenga infección viral real. Se ha planteado que el riesgo de transmisión vertical podría ser mayor en madres que se encuentran cerca del término, con enfermedad sintomática o de mayor severidad y con infecciones concomitantes.

En la etapa prenatal, el diagnóstico de la microcefalia puede ser posible, a través de la realización de ecografías, con mayor probabilidad de detección a final del segundo trimestre. Se ha descrito el síndrome congénito por Zika, el mismo se trata de un patrón de anormalidades que se observan en fetos y recién nacidos infectados por el virus durante el embarazo y detectadas en el 30 % de las gestantes positivas para el Zika a través de las ecografías. Las que se han observado con mayor frecuencia según Rodríguez (2017), son: alteraciones fetales: disminución del crecimiento intrauterino, volumen del líquido amniótico anormal, calcificaciones ventriculares, ventriculomegalia, además de muerte fetal. Rostro desproporcionado. Cutis girata. Tejido cerebral disminuido con un patrón especifico de daño cerebral. Alteraciones retinianas, microftalmia, calcificaciones intraoculares. Articulaciones con limitaciones en el movimiento, como pie equinovaro, artrogriposis, hipertonicidad muscular o espasticidad que restringe el movimiento del después del nacimiento.

En el período posnatal, a través del examen físico de rutina con la medida del perímetro craneal, pruebas de neuroimagen, como resonancia magnética y tomografía, se diagnostican las alteraciones cerebrales. Las manifestaciones más relevantes de la microcefalia son: apariencia muy pequeña de la cabeza, frente inclinada hacia atrás, orejas caídas. Cara grande, ojos saltones, cuero cabelludo blando y arrugado. Espasticidad de brazos y piernas. Dificultades en la alimentación. Llanto en tono agudo, hiperactividad y convulsiones.

Se considera que la placenta humana tiene varias líneas de defensa contra las infecciones virales, las cuales van desde una barrera física de sincitios multinucleados a una respuesta inmune innata y adaptativa.

Con el seguimiento de los nuevos casos, se ha descubierto que la infección por el Zika no sólo se asocia a microcefalia, sino también a anormalidades cerebrales graves y a compromiso fuera del sistema nervioso central, convirtiéndose en el llamado Síndrome

de Zika Congénito. Si la infección ocurre entre el primer y el final del segundo trimestre, puede desencadenar alteraciones en el proceso de formación fetal; sin embargo, el período más crítico para la presencia de microcefalia, es el primer trimestre. Durante el período gestacional la ultrasonografía entre la semana 14-20 puede no mostrar anormalidades y solamente hacia la semana 29 puede ser evidenciada la microcefalia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2015, emitió una alerta epidemiológica contra el virus Zika por la relación con el aumento de recién nacidos con microcefalia. El comunicado recomienda que los 140 países miembros, implementen sus estrategias para controlar el mosquito Aedes Aegypti que transmite el virus, portador además del Dengue y Chikungunya.

Prevención de arbovirus durante el embarazo

La prevención, en nuestro contexto social, desempeña un papel fundamental en tanto exige buscar métodos y estilos con el fin de garantizar su preparación para enfrentar los riesgos actuales y cotidianos. En esta dirección: “Prevención se utiliza, por lo general, para designar las estrategias que tienen el objetivo de reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad” (Colectivo de autores, 2007, p. 57).

Se considera, en correspondencia con el criterio de Mosqueda (2019), que la prevención es un proceso sistemático, participativo, integrador, transformador, contextualizado y desarrollador que parte del diagnóstico y permite anticiparse a la realidad, transformarla y disponer de los métodos y medios para solucionar situaciones problémicas. En este sentido, la forma ideal de controlar una enfermedad es la prevención primaria, es decir, evitar que las personas enfermen. En el caso de los arbovirus durante el embarazo, es recomendable que ante presencia de síntomas y virus usar preservativo para evitar la transmisión por semen.

En Cuba el Ministerio de Salud Pública de Cuba (2016), ha establecido el control, manejo, seguimiento y prevención para toda la población, y se han redactado documentos que refuerzan la prevención, vigilancia, el manejo y seguimiento de la población más vulnerable: mujeres en edad fértil, gestantes y recién nacidos, entre las que se incluyen: acciones a desarrollar con las gestantes: Lograr la captación lo más precozmente posible. Aplicar encuesta epidemiológica con el objetivo de conocer si existe riesgo epidemiológico. Cumplimiento de la frecuencia de evaluación prenatal establecida. Promover la concurrencia de la mujer a los controles prenatales, siendo imprescindible a los seis controles de genética (captación, ultrasonido de primer trimestre, evaluación de las 15 semanas, ultrasonido del segundo trimestre, ultrasonido del tercer trimestre y evaluación de las 33 semanas).

Orientar el uso de medios de protección personal día y noche durante todo el embarazo, pero fundamentalmente en el primer trimestre: ropas que cubran el cuerpo, permanecer en local climatizado, uso de mosquitero y usar repelentes que contengan picaridina o permetrina (productos que son seguros durante embarazo y lactancia). Orientar medidas de protección ambiental en su vivienda y alrededores (autofocal).

Acciones dirigidas a la pesquisa de daño fetal: Descartar mediante interrogatorio en cada consulta si ha permanecido en zonas con trasmisión, la existencia de síntomas de la infección por Zika (fiebre, exantema maculopapular pruriginoso y conjuntivitis no

purulenta). Si antecedentes epidemiológicos aplicar encuesta. Orientar en todas las consultas que se debe evitar contacto con personas con fiebre y postergar visita a áreas con alto índice de infestación o trasmisión. Seguimiento prenatal diferenciado (medir altura uterina y volumen de líquido amniótico.

Acciones a desarrollar en gestantes con sospecha de infección por el arbovirus Zika: Confirmar diagnóstico, mediante toma de muestras para estudio virológico RT PCR (primeros cinco días). Notificación. Ingreso para aislamiento y tratamiento. Seguimiento ultrasonográfico quincenal después de las 28 semanas por ecografista y genetista clínico de mayor experiencia en la provincia, de todo embarazo en el que el feto muestre una medida del perímetro craneal con 2 o más desviaciones estándar para la edad gestacional.

Considerar con fines investigativos la realización de amniocentesis para estudio virológico. Ofrecer asesoramiento genético diferenciado por el genetista clínico de mayor experiencia. Si está confirmada la infección en la gestante y existe microcefalia con perímetro craneal fetal menor a 3DS, debemos alertar de los riesgos sobre la calidad de vida del futuro y por tanto no recomendar continuar embarazo.

Si la pareja opta por interrumpir embarazo: viabilizar las evaluaciones y los trámites establecidos para la autorización de TVE (Terminación Voluntaria de Embarazo) excepcional, en los casos en que la medición del perímetro cefálico fetal muestre tres desviaciones estándar (3DS) por debajo del valor medio para la edad gestacional. Medición del perímetro craneal y estudio virológico del material abortivo o mortinato. Estudio histopatológico con inmunohistoquímica y estudio virológico de la placenta y cordón umbilical en gestantes con diagnóstico de infección.

CONCLUSIONES

Los Arbovirus tienen una distribución mundial. En Cuba, se mostraron altos niveles de infestación de Aedes Aegypti entre 1977 y 1978; sin embargo, en 1981, se reporta la primera epidemia de Dengue Hemorrágico. En el periodo de 2007 a 2019, se registraron brotes de Dengue, y Zika a partir del 2016, en diferentes provincias que han sido controlados con circulación de varios serotipos virales, exceptuando un pequeño brote de fiebre Chikungunya ocurrido en 2015 el cual fue eliminado rápidamente, no se había reconocido la transmisión de este agente viral.

Los arbovirus son capaces de causar enfermedades emergentes, entre los más frecuentes se encuentran el virus de la artritis epidémica Chikunguña, el cual pertenece a la familia Togaviridae y el virus del Zika, el Dengue y la Fiebre Amarilla; correspondiente dentro de la familia Flaviviridae.

Los arbovirus (Zika, Dengue, Chikunguña y Fiebre Amarilla) han tomado gran relevancia por su rápida propagación y por el mayor riesgo de causar complicaciones severas neonatales y fetales principalmente microcefalia.

El embarazo es una condición especial, donde el curso natural de la enfermedad cambia su patogenia, por lo cual se hace necesario el desarrollo de estudios observacionales que demuestren el verdadero impacto de estos arbovirus y sus consecuencias a largo plazo, por tanto, la prevención es fundamental en todo momento del proceso de embarazo.

REFERENCIAS

Alero, N. A. (2003). Propósito de la fiebre amarilla en Venezuela. *Investigación Clínica, 44*(4), 269-271.

Castellanos, J. E., Villamil-Gómez, W. E. y Rodríguez-Morales, A. J. (2016). Zika, Dengue and Chikungunya Co-Infection in a Pregnant Woman from Colombia. *Int Infect Dis, 51*(2), 135-8.

Colectivo de autores (2007). *Prevención integral y promoción de la salud en la escuela. Material de apoyo para el curso taller sobre Prevención Integral y Promoción de la salud en las escuelas*. La Habana: Pueblo y Educación.

Coronell Rodríguez, W., Arteta Acosta, C., Suárez Fuentes, M. A., Burgos Rolon, M. C., Rubio Sotomayor, M. T., Sarmiento Gutiérrez, M. y Corzo Díaz C. (2016) Infección por virus del Zika en el embarazo, impacto fetal y neonatal. *Rev chilena Infectol, 33*(6), 665-673.

Gaspar García, D. (1992). La epidemia de fiebre amarilla que asoló Barcelona en 1821, a través del contenido del manuscrito 156 de la Biblioteca Universitaria de Barcelona. *Gimbernat, 18* (3), 65-72.

González, G., Guerra, A., Malave, L. y Pérez, P. (2001). Dengue neonatal: a propósito de un caso. *Arch Venezol Pueric Ped, 64*(4), 19-22.

Gubler, D. (2005). The emergence of epidemic dengue fever in the Americas: a case of failed public health policy. *Rev Panam. Salud Pública, 17*(4), 221-4.

Guzman, M. G. (2012). Thirty years after the Cuban hemorrhagic dengue epidemic of 1981. *MEDICC review, 14*(2), 46-51.

Hechavarría Toledo, S., Alfonso Sánchez, I. R. y Cantelar de Francisco, N. (2016). *Compilación de fuentes y recursos de información sobre enfermedades transmitidas por el mosquito Aedes*. Taller nacional de actualización sobre enfermedades transmitidas por el mosquito Aedes: Dengue, Zika, Chikungunya y Fiebre amarilla. La Habana: MINSAP.

Hernández, Y., Castro, M., Pérez, A., Pérez, A., Lloyd, L. y Pérez, D. (2018). Comunicación para la prevención de arbovirosis: adecuación de iniciativas de la OPS al contexto cubano. *Rev Panam Salud Pública, 42*(2), 136-152.

La OMS emite una alerta global contra el virus zika (2015). Recuperado de: http://www.elmundo.es/salud/2015/12/04/566182b746163f63258b459e.html

Lahariya, C. y Pradhan, S. K. (2006). Emergence of chikungunya virus in Indian subcontinent after 32 years: A revie. *J Vector Borne Dis, 43*(4), 151-60. PMID 17175699

Licourt Otero, D. y Saínz Padrón, L. (2018). Virus Zika: una alerta para la prevención. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río, 22*(3), 623-645.

López, R., Deulofeu, I. y Domínguez, C. (2002). Repercusión del dengue sobre el embarazo. *Medisan, 6*(4), 18-24.

Lugones Botell, M. y Ramírez Bermúdez, M. (2016). Infección por virus Zika en el embarazo y microcefalia. *Rev Cubana Obstet Ginecol, 42*(1), 17-31.

Manzano Núñez, R., Alejandro Zapata, J., García-Perdomo, H.A., Gómez, D.A. y Solís Velasco, M.A. (2017). Dengue perinatal: Reporte de caso. *Rev Chil Pediatr, 88*(6), 765-770.

María, G., Guzmán, S., Vázquez, M., Álvarez, J., Pelegrino, L., Ruiz Amores, D., Martínez, P.A., Pupo, M., Morier, L., Valdés, L., Peláez, O., Valdivia, I. y LLop, A. (2019). Vigilancia de laboratorio de dengue y otros arbovirus en Cuba, 1970-2017. *Revista Cubana de Medicina Tropical, 71*(1), 32-42.

Ministerio de Salud Pública de Cuba (2016). *Indicaciones para prevenir los efectos de la infección por virus Zika sobre la salud materno infantil*. Agosto de 2016. La Habana: MINSAP.

Mosqueda Padrón, L. (2019). Técnicas Participativas para favorecer la prevención del embarazo precoz en el maestro en formación inicial. (Tesis en opción al Título Académico Máster en Ciencias de la Educación). Universidad de Las Tunas. Las Tunas, Cuba.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Alerta Epidemiológica Infección por virus zika. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=&gid=30076&lang=es

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019). Actualización Epidemiológica: Dengue. Washington, D.C. OPS/OMS.

Rodríguez Fonseca, M. F. (2017). *Infección por virus del Zika en el embarazo*. España: Universidad de Valladolid. Recuperado de https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/24455/1/TFG-H886.pdf.

Salgado, D. M., Rodríguez, J. A., Lozano, P. y Zabaleta, T. E. (2012). Dengue perinatal: revisión de la literatura a propósito de un caso. *Biomédica, 33*(1), 14-21.

World Health\Organization. Dengue Haemorrhagic Fever (1997). Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. *Geneva, 55*(2), 1-84.

COMPORTAMIENTO ANTROPOMÉTRICO DE LAS DEFORMIDADES PODÁLICAS EN NIÑOS DEL SEMINTERNADO RAFAEL MARTÍNEZ MARTÍNEZ DEL MUNICIPIO LAS TUNAS

ANTHROPOMETRIC ASSESSMENT IN CHILDREN SUFFERING FROM PODIATRIC DEFORMITIES FROM "RAFAEL MARTÍNEZ MARTÍNEZ" SCHOOL, IN LAS TUNAS

Tahimí Nápoles Macías tnapoles@ltu.sld.cu

Mayelin Aballe Campos maballec78@gmail.com

Nirma Albuernes Aguilera nalbuernes@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, observacional descriptivo de corte trasversal en niños del seminternado Rafael Martínez Martínez de Las Tunas de enero 2018 a junio del 2018, con el objetivo de caracterizar las deformidades podálicas en niños de este centro escolar. El universo estuvo constituido por todos los infantes que estudian en el seminternado coincidiendo con la muestra, a los mismos se les realizó una valoración médica por especialistas de primer y segundo grado en Medicina General Integral, se utilizó como procedimiento para el diagnóstico de las deformidades podálicas el podograma y la aplicación del método de Hernández Corvo (1989). Los resultados obtenidos en la indagación científica confirmaron alta incidencia de deformidades podálicas, predominó el grupo etáreo seis a ocho años y el sexo masculino, la deformidad podálica más frecuente fue el pie cavo, con mayor incidencia en el sexo femenino entre los nueve a 12 años, la deformidad asociada de mayor incidencia fue el genus valgo con idéntica incidencia en ambos sexos y el grupo etáreo más afectado el de cinco a ocho años.

PALABRAS CLAVES: Deformidades óseas, deformidad podálica, niños, podograma.

ABSTRACT

A transverse descriptive and prospective study was conducted in children from "Rafael Martínez Martínez" school in Las Tunas from January to June 2018, to characterize the podiatric deformities in them. The universe was formed by all the children whose are studying in this place and concurred with the sample. They were consulted by first and second grade specialist of Integral and General Medicine used the podogram and Hernandez Corvo's methods (1989) to diagnose the podiatric deformities. The visible result confirmed a high incidence of podiatric deformities in children between six to eight age, male sex and normal weight. The most frequent podiatric deformity was the Cavus foot in the first grade predominant between nine to twelve years old female sex. The major associated deformity was genu valgo on both sexes between five to eight years old.

KEY WORDS: Bones deformities**,** podiatric deformities, children, podogram.

INTRODUCCIÓN

El primer factor que intervino en la alteración de la anatomía en el hombre primitivo fue la bipedestación. Posteriormente, el pie descalzo, que permitía a los hombres caminar sin problemas por los campos de hierba de la sabana, no era apropiado para los terrenos duros o rocosos, o el frío de los hielos; por tanto, hubo que protegerlo con el calzado, que a su vez se convirtió en una potencial causa deformante. Así, observamos que la filogenia, que proporcionó al ser humano el beneficio de la bipedestación dejando libres las manos, permitiendo la evolución de la cavidad craneana.

Estudios realizados en nuestra región y en nuestro país, entre ellos Martínez (2013); Cala (2015); demuestran una alta prevalencia de las deformidades podálicas, entre ellas el pie plano y el pie cavo. En los mismos se evidencian valores que oscilan desde un 2,7% a un 70-80% de incidencia, consideran además que determinar esta incidencia resulta muy difícil y que depende de las metodologías utilizadas, ya sea por simple observación o por alta tecnología de resonancia magnética. Un número importante de ellos plantean que posiblemente los mejores registros serían los realizados por la medición de la altura navicular y la huella plantar, con lo cual se podría implementar un modelo universal de evaluación, según, sexo, edad y grupos etáreos. Lo que traería como consecuencia el aplicar mejores tratamientos fisioterápicos globales.

Espinoza, Olivares, Palacios y Robles (2013) coinciden en que con una detección precoz y tratamiento oportuno lograrían una corrección significativa y evitarían la necesidad de tratamientos o medidas más enérgicas como la cirugía, incluso ayudarían a evitar la presencia en edad adulta de patologías; por tanto se deduce que el tratamiento precoz permite, en muchos pacientes evolucionar hacia un pie normal, mientras que si este es dejado a su libre evolución, con el tiempo pueden desarrollarse lesiones óseas que pudieran ser irreversibles.

En relación con lo anteriormente planteado Zambrano afirma:

> Si bien es cierto que las principales alteraciones de la huella plantar tienen su involución de manera espontánea y gradual durante la primera década de vida del niño, también es cierto que mientras más temprana sea su detección e intervención como medida preventiva y correctiva, mejores y en menor tiempo se darán los resultados, de forma que se les pueda brindar a los niños un desarrollo más funcional en su deambulación y con ello evitar la adquisición de efectos colaterales que impidan el disfrute de su infancia. (p.10)

La motivación para la realización de la investigación estuvo sustentada en la alta incidencia de deformidades podálicas que existe en países de la región como México 73.1%, Jiménez (2011) y Bolivia 19%, Vásquez (2007). Los estudios realizados en nuestro país en provincias como Cienfuegos 80.7 %, Jiménez (1998) y Holguín 47.8% Osorio (1992). La no existencia en nuestra provincia de trabajos que contextualicen la magnitud del problema según la literatura revisada y por último la observación directa de los niños realizada por las autoras en el seminternado, durante seis años de interacción social con la institución. Los resultados del presente estudio pueden ser de utilidad para que las autoridades de salud puedan rediseñar o reorientar programas de salud dirigidos a la población infantil.

Para llevar a cabo la misma se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal en el seminternado Rafael Martínez Martínez del Consejo popular 18 de la comunidad Buena Vista con el objetivo de caracterizar las deformidades óseas de los pies en los niños de este centro educacional, en el período comprendido de enero 2018 a junio del 2018.

El procedimiento utilizado para el diagnóstico de de las enfermedades podálicas, fue el de la plantigrafía o podograma: por la impresión de la huella de los pies, previamente entintados. Gómez (2010) refiere:

> Uno de los métodos usados para la evaluación diagnóstica del pie consiste en el análisis de la huella plantar, la cual es ampliamente utilizada en el ámbito clínico. A través de ella, es posible determinar características morfológicas del pie que incluyen aspectos antropométricos, tipo de pie, zonas de apoyo, zonas de presión y la presencia de patologías como el hallux valgus. (p.159)

Para el análisis de la plantigrafía se utilizó el Índice de Hernández-Corvo (1989) que permite determinar el tipo de pie ya sea plano o cavo mediante un protocolo establecido, según las medidas obtenidas a través de la impresión de la huella plantar. El protocolo de este método se describe a continuación:

1. Marcación de los puntos 1 y 1´ en las prominencias internas del antepié y del retropié respectivamente, figura 6 2A.

2. Unión de los puntos 1 y 1´ para formar el trazo inicial, figura 6 2B.

3. Marcación de los puntos 2 y 2´ en el extremo anterior y posterior de la huella respectivamente, figura 6 2C.

4. Trazado de dos líneas perpendiculares al trazo inicial que pasen por 2 y por 2´.

5. La distancia entre la línea que pasa por 2 y el punto 1 se llama medida fundamental (mf), figura 6 2D.

6. Trazado de tres líneas perpendiculares al trazo inicial que pasen por las divisiones de la medida fundamental (se les denomina de arriba abajo 3, 4 y 5), figura 6 2E.

7. Trazado de una línea entre 3 y 4 perpendicular a 3 (y paralela al trazo inicial), que pase por el punto más externo del pie. Se llama línea 6, Figura 6 2F.

8. Medición del valor X, que es la distancia entre el trazo inicial y la línea 6 y que corresponde a la anchura del metatarso.

9. Trazado de la línea 7, paralela al trazo inicial, que pasa por el punto más externo de la línea 4, Figura 6 2F.

10. Trazado de la línea 8, paralela al trazo inicial, que pasa por el punto más externo del pie de la línea 5, Figura 6 2F.

11. Medición de la distancia entre la línea 8 y el trazo inicial.

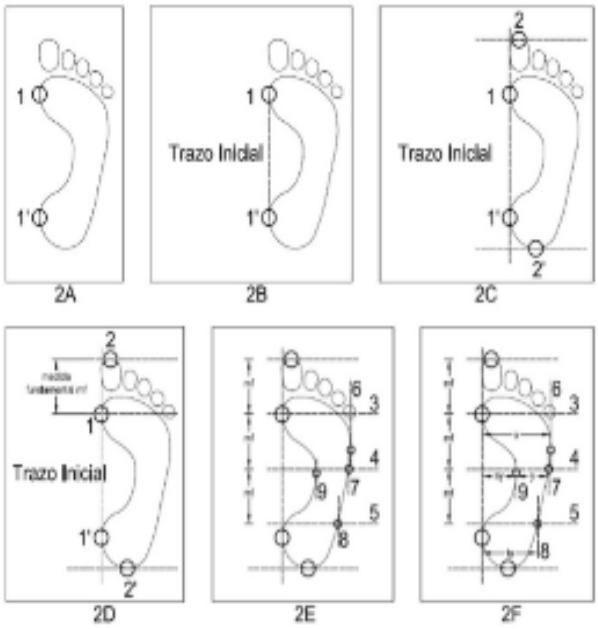
12. Trazado de la línea 9 paralela al trazo inicial y que pasa por el punto más externo de la zona interna entre 4 y 5, Figura 6 2F.

13. Medición de la distancia Y, entre 9 y 7.

14. Medición de la distancia entre la línea 9 y el trazo inicial.

15. Se calcula el % X según la Ecuación:

$$\%X = \frac{(X-Y)}{X} * 100$$



La valoración del pie se da según el valor obtenido en la ecuación 1, el porcentaje se muestra en el siguiente cuadro.

Valoración del pie según índice de Hernández-Corvo.

%X	Tipo de pie
30 – 40	Pie plano grado I
40 – 54	Pie normal
55 – 59	Pie normal / cavo
60 – 74	Pie Cavo

Para realizar el diagnóstico de las deformidades asociadas se localizó clínicamente la espina iliaca anterosuperior y se trazó el eje longitudinal de la extremidad inferior hasta el centro del tobillo con una plomada. Esta línea en condiciones normales debe pasar por el centro de la rótula. A los escolares que presentaron las rótulas desviadas hacía dentro respecto a esta línea, se catalogó como rótulas convergentes y hacia fuera, divergentes. Se midieron las distancias intercondilea y la intermaleolar, asumiéndose para el genus varo distancia intercondilea mayor de seis cm y distancia intermaleolar mayor de seis cm para el genus valgo.

Consideraciones éticas

El estudio se rigió por las normativas vigentes tanto nacionales como internacionales; sus características no representaron riesgo alguno para la integridad de los niños que conformaron la muestra, respetando así los principios básicos de la investigación en humanos, los datos obtenidos han sido manejados con absoluta confidencialidad y utilizados únicamente para la presente investigación.

Comportamiento de los pacientes estudiados según las deformidades podálicas, el sexo y la edad

Se estudiaron 539 niños aparentemente sanos de ellos 256 pertenecen al sexo femenino para el 47.5% y el 52.5% restante al sexo masculino, El mayor por ciento se encuentran en las edades comprendidas entre los seis a ocho años con un 49.1%.

De los 539 niños estudiados 243 presentaron deformidades podálicas lo que representa 45.0% de los mismos, la incidencia de la huella anormal coincide con la media de los valores planteados por Martínez (2013); Cala (2015) y Zambrano (2015).

Tabla 1. Distribución de pacientes estudiados según deformidades podálicas más frecuentes y sexo. Seminternado Rafael Martínez Martínez Municipio Tunas, enero a junio de 2018.

Deformidades podálicas	Femeninos	%	Masculinos	%	Total	%
Pie plano	27	11.1	35	14.4	62	25.5
Pie cavo	102	42.0	49	20.2	151	62.2
Hallux valgus	20	8.2	10	4.1	30	12.3
Total	**149**	**61.3**	**94**	**38.7**	**243**	**100**

Fuentes: Formulario, examen físico y plantigrafía.

La distribución de pacientes estudiados según deformidades podálicas más frecuentes y sexo nos muestra que de los 243 niños con diagnóstico de una deformidad el 62.2 % de los mismos presentan pie cavo según la clasificación de Hernández Corvo, resultado que duplica e incluso triplica a los de otras publicaciones; seguidos de aquellos que presentan pie plano con un 25.5% de incidencia.

En general, se plantea en la literatura que en algunos casos el pie cavo es raramente idiopático, la mayoría de las veces (80%) asociado a una causa neurológica, sin embargo, investigaciones revisadas por las autoras plantean la existencia de un pie cavo idiopático en el que no puede ser determinada la causa y en opinión de las mismas el resultado obtenido pudiera estar en relación con el uso de calzado inadecuado para estas edades recogido en el interrogatorio realizado a los niños. Así la utilización de un calzado incorrecto puede ser causa de alteraciones de la marcha o puede agravar problemas biomecánicos o morfofuncionales que ya existían previamente (Cala, 2015, p. 2). Pues para el resto de las condiciones que se invocan como causa para la presencia de esta deformidad no se realiza ningún pesquizaje en la investigación, además de no haber sido identificado ningún síntoma o signo en la consulta realizada a cada uno de los niños.

Tabla 2. Distribución de pacientes estudiados según deformidades podálicas más frecuentes y grupos de edades. Seminternado Rafael Martínez Martínez Municipio Tunas, enero a junio 2018.

Deformidades podálicas	5-8 años	%	9-12 años	%	Total	%
Pie plano	33	13.6	29	12.0	62	25.5
Pie cavo	63	26.0	88	36.2	151	62.1

Hallux valgus	13	5.34	17	7.0	30	12.3
Total	**109**	**44.9**	**134**	**55.1**	**243**	**100**

Fuente: Plantigrafía.

La distribución de pacientes según las deformidades más frecuentes y grupos de edades permite apreciar que existe una mayor incidencia de pie cavo en las edades comprendidas entre los nueve y doce años.

En relación con el pie plano se puede observar en el estudio realizado una mayor incidencia en las edades comprendidas entre los cinco y ocho años, comportamiento acorde con los resultados esperados por las autoras que consideran que el desarrollo podálico es un proceso fisiológico evolutivo que en la mayoría de los infantes se corrige espontáneamente por la disminución del paquete adiposo.

El desarrollo del pie y del miembro inferior comienza en el periodo embrionario y va sufriendo una serie de variaciones fisiológicas a lo largo del crecimiento hasta que alcanza los 7-8 años, la morfología, la funcionalidad normal y la marcha característica del adulto, a pesar de que la madurez no se completa hasta el final de la adolescencia.

Comportamiento de las deformidades asociadas según sexo y edad

Como enfermedades asociadas se escogieron para la investigación el genus valgus y genus varo, considerando que son cuadros patológicos que afectan la alineación de las rodillas, y cada uno es contrario al otro además que se describe su presencia o asociación con deformidades óseas de los pies.

Los movimientos de las articulaciones del pie, unidos a las rotaciones de rodilla, permiten la orientación de la bóveda plantar en todas las direcciones, adaptando las estructuras anatómicas del pie al terreno durante la marcha. Es por esta razón que cuando hay alteración en la huella plantar, los principales componentes comprometidos son las rodillas.

Tabla 3. Distribución de pacientes estudiados según la presencia de deformidades asociadas y sexo. Seminternado Rafael Martínez Martínez Municipio Tunas, enero a junio de 2018.

Deformidades Asociadas	**Femeninos**	**%**	**Masculinos**	**%**	**Total**	**%**
Genus valgo	18	41.9	18	41.9	36	83.7
Genus varo	3	7.0	4	9.3	7	16.3
Total	21	48.8	22	51.2	43	100

Fuentes: Formulario y examen físico.

Se identificaron 43 niños con deformidades de la rodilla de los 234 con deformidades óseas de los pies lo que representa el 17.7% de los mismos. La alteración más frecuente coincidiendo con la bibliografía consultada fue el genu valgo con una incidencia de 83.7%, comportándose de igual manera en ambos sexos con 18 pacientes cada uno.

Tabla 4. Distribución de pacientes estudiados según la presencia de deformidades asociadas y edad. Seminternado Rafael Martínez Martínez Municipio Tunas. Enero a Junio 2018.

Deformidades Asociadas	5-8 años	%	9-12 años	%	Total	%
Genus valgo	22	51.1	14	32.6	36	83.7
Genus varo	3	7.0	4	9.3	7	16.3
Total	25	58.1	18	41.9	43	100

Fuentes: Formulario y examen físico.

En relación con las deformidades asociadas y la edad podemos apreciar que un 58.1% de los niños se encuentra en el grupo de cinco a ocho años y dentro de ellas predomina el genus valgo con el 51.1% de los pacientes entre estas edades.

En la bibliografía revisada para el estudio se plantea que ambas pueden ser consideradas fisiológicas hasta los 24 meses de edad, de aquí en adelante deben ser consideradas enfermedades que requieren diagnóstico y tratamientos oportunos. Así como que no existe diferencia estadística significativa entre niños y niñas.

CONCLUSIONES

Los resultados observados confirman alta incidencia de deformidades podálicas en la población del centro escolar, predominando los infantes que se encuentran en el grupo etáreo seis a ocho años, el sexo masculino. Las deformidades podálicas más frecuentes fueron el pie cavo con mayor incidencia en el sexo femenino entre los nueve a 12 años; seguida del pie plano con una incidencia mayor en el sexo masculino y en el grupo etáreo de cinco a ocho años. Se identificaron como enfermedades asociadas el genus valgo y el genus varo con incidencia mayor de la primera. La misma presentó idéntica incidencia en ambos sexos y el grupo etáreo más afectado fue el de cinco a ocho años.

Los resultados de la investigación realizada apuntan a la necesidad de sensibilizar a los profesionales que trabajan directamente con los niños, en el diagnóstico precoz y la prevención de esta afección en la población infantil por las consecuencias que acarrean en la edad adulta.

REFERENCIAS

Cala, L. y Losa, M. (2015). Prevalencia de alteraciones musculoesqueléticas en el pie infantil: estudio preliminar. *Revista Internacional Ciencias Podológicas, 9*(1): 1-16.

Espinoza, O., Olivares, M., Palacios, P. y Robles, N. (2013). Prevalencia de anomalías de pie en niños de Enseñanza Básica de entre 6 a 12 Años, de Colegios de la Ciudad de Arica-Chile. *Int. J. Morphol., 31*(1),162-168.

Gómez, L., Franco, J., Nathy, J., Valencia, E., Vargas, D. y Hernández, L. (2010) Características de la huella plantar en deportistas Colombianos. *Entramado 6*(2): 158-167.

Hernández, R. (1989). *Morfología funcional deportiva*. México D.F.: Paidotribo.

Jiménez, H., Puentes, F. y Machado, A. (1998) Las deformidades podálicas en la infancia, un problema de salud en los círculos infantiles. *Revista Cubana Medicina General Integral, 14*(4), 311-5.

Jiménez, M., Gutiérrez, J., Bernal, E., Montero, A. y Robles, D. (2011). *Prevalencia de deformaciones óseas en extremidades inferiores en niños de 2 a 14 años residentes de la comunidad el Jobo, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México*.

Martínez, N. (2013). *Incidencia de pie plano y su relación con los defectos de postura en los alumnos del jardín de niños Federico Froebel de la comunidad de San Pedro Tlaltizapan* (tesis de diploma inédita). Toluca, México.

Osorio, J., Márquez, E. y Ávila, M. (1992) Pie plano en niños de 5 a 14 años. *Revista Cubana de Pediatría 64*(3): 173-176.

Vásquez, N., Vásquez, V., Vásquez, J. y Veizaga, P. (2007). Estudio podográfico en niños de 1° a 5° de primaria de la escuela "Bautista Saavedra". *Revista Scientifica, 5*(1), 1-15.

Zambrano, L. (2015). *Prevalencia de las alteraciones de la huella plantar y sus efectos colaterales en niños de 3 y 4 años de edad. Centros infantiles del buen vivir del MIES* (tesis de pregrado inédita) Cuenca, Ecuador.

CARCINOMA RENAL CON METÁSTASIS CEREBRAL ÚNICA

RENAL CARCINOMA WITH CEREBRAL UNIQUE METHASTASIS

Tomás Díaz LLaudy tdllaudy@nauta.com.cu

Ernesto Antonio Díaz Figueredo

Yunisleydis Bárzaga Quintero yunibq@nauta.cu

RESUMEN

El carcinoma renal supone del 2-3% de todos los tumores malignos del adulto, y en el momento del diagnóstico un 25-33% de los pacientes ya tienen metástasis. El lugar más habitual de diseminación hematógena a distancia es el pulmón, hígado y huesos; la enfermedad metastásica en el sistema nervioso central ocurre entre el 5-10% de los tumores renales, pero la afectación metastásica cerebral única tiene una incidencia del 0,6- 2,5%, presagiando un pronóstico desfavorable. Se reporta el caso de un paciente masculino de 52 años, que ingresa al servicio de Medicina Interna del Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna por presentar un cuadro de cefalea intensa, vómitos de contenido alimentario, anorexia, deterioro del estado general y hemianopsia homónima izquierda, se le indican un grupo de exámenes complementarios y estudios de imagen, la Tomografía Axial Computarizada (TAC) contrastada de cráneo informa una lesión expansiva en región parieto-occipital derecha, corroborada por una Resonancia Magnética Nuclear (RMN), se le realiza craneotomía con exéresis total y biopsia, la misma reporta carcinoma de células claras propia de metástasis de un carcinoma renal. Posteriormente la TAC de abdomen contrastada describe un área hipodensa de aspecto tumoral hacia polo inferior del riñón izquierdo, se procede ha efectuar nefrectomía radical izquierda más esplenectomía, al recibirse el resultado histológico notifica un carcinoma papilar renal con células claras siendo este el cáncer primario, evoluciona favorablemente durante su ingreso hospitalario, es dado de alta al quinto día después de la segunda intervención, se recupera satisfactoriamente.

PALABRAS CLAVES: Carcinoma renal, metástasis cerebral, nefrectomía.

ABSTRACT

The renal carcinoma supposes of 2-3% of the adult's wicked tumors, and in the moment of the diagnosis 25-33% of the patients already has metastasis. The most habitual place in hematological dissemination at distance is the lung, liver and bones; the metastatic disease in the nervous system happens among 5-10% of the renal tumors, but the unique cerebral metastatic affection has an incidence of the 0,6 - 2,5%, denouncing an unfavorable presage. The case of a 52 year-old masculine patient is reported that enters to the service of Internal Medicine of the Educational General Hospital Dr. Ernesto Guevara de la Serna to present a case of intense migraine, vomits of alimentary content, anorexic, deterioration of the general state and hemianopsia homonymous left, the doctors indicated a group of complementary exams and image studies, the Axial Tomography (TAC) contrasted of skull, it informs an expansible lesion in right parieto-occipital region, corroborated by a Nuclear Magnetic Resonance (RMN), he was carried out craniotomy with total exeresis and biopsy, the same one reports carcinoma of clear cells characteristic of metastasis of a renal carcinoma. Later on the TAC of contrasted

abdomen describes an area with hipodensity of tumoral aspect toward inferior pole of the left kidney, it proceeds necessarily to make a radical left nefrectomy more splenectomy, when being received the result histologic it notifies a papillary carcinoma of kidney with clear cells being this the primary cancer, it evolves favorably during its hospital stance, his is discharged to the fifth day after the second intervention, he recovers satisfactorily.

KEY WORDS: Renal carcinoma, cerebral metástasis, nefrectomía.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma renal supone el 2-3% de todos los tumores malignos del adulto, y en el momento del diagnóstico un 25-33% de los pacientes ya tienen metástasis. Es dos veces más frecuentes en hombres que en mujeres y más frecuente en la raza negra, la mayoría de los casos se diagnostican entre la cuarta y sexta década de la vida, pero puede presentarse a cualquier edad (Cano García, 2015).

El lugar más habitual de diseminación hematógena a distancia es el pulmón, hígado y huesos; la enfermedad metastásica en el sistema nervioso central ocurre entre el 5-10% de los tumores renales (Bacaret W, Cabrera M, Ramos G, 2018) pero la afectación metastásica cerebral solitaria representa una incidencia del 0,6- 2,5%, presagiando un pronóstico desfavorable (MedlinePlus, 2018).

Se ha observado un incremento en su incidencia desde 1975, como resultado de la disponibilidad de estudios imaginológicos avanzados como la TAC y la RMN. Para el año 2019 según el Cancer Statistics Center de la American Cancer Society (2019) se esperan 73820 nuevos casos con 14770 muertes estimadas.

El carcinoma renal de células claras es la neoplasia renal más frecuente constituyendo entre el 75% y el 80% de los tumores renales primarios y es seguido en frecuencia por el carcinoma renal papilar con un rango entre 10% y 15%. [5]

Es conocido que 10% de los pacientes pueden tener trombo tumoral y su presencia se ha asociado a tumores más grandes, de mayor grado histológico y peor pronóstico; por otra parte, la progresión local de la enfermedad implica la invasión a tejidos contiguos, que tienen una abundante irrigación; así, le permite a la neoplasia acceso a vasos sanguíneos distintos a la circulación normal del riñón, que sugiere la vía hematógena como principal forma de diseminación, pues permite el acceso a toda la economía (Miranda Folch J, García Cuervo D, Vega Jiménez J, 2014).

El cuadro clínico del tumor renal está dado fundamentalmente por una triada clásica dolor en flanco, masa palpable y hematuria macroscópica esta triada solo se presenta alrededor del 10% de los casos, los síndromes paraneoplásicos se presentan aproximadamente en el 30% de los casos (Arroyo, Palacios y Uribe, 2005).

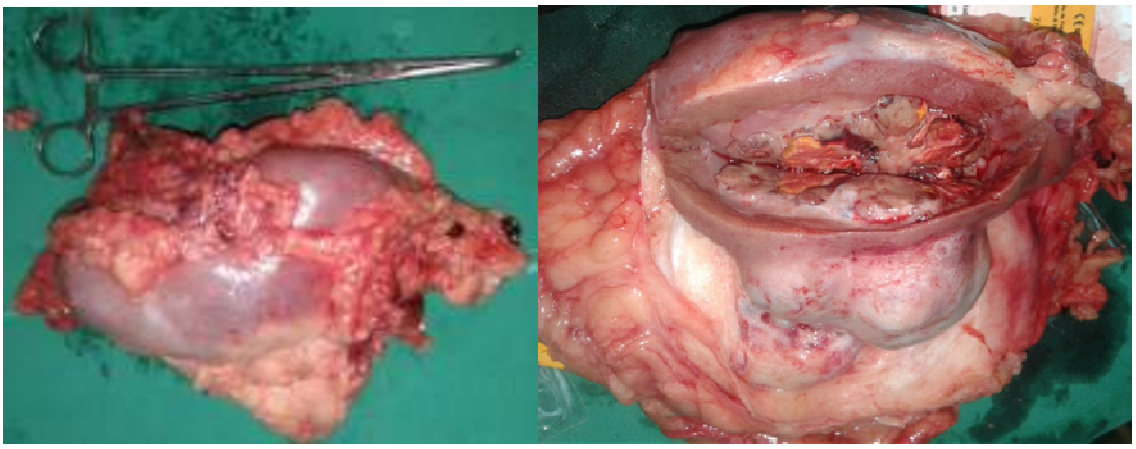
El objetivo de esta publicación es caracterizar el caso clínico de un paciente que presentó un carcinoma renal papilar con células claras con metástasis cerebral única, toda la sintomatología presentada fue a nivel del sistema nervioso central, ya que el tumor renal permaneció asintomático aun después de operada la lesión metastásica, consideramos este caso extremadamente raro, por la histología del tumor y las características del mismo.

Presentación del Caso Clínico

Se trata de un paciente masculino de 52 años de edad, raza mestiza, procedencia urbana que acude al Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara con un cuadro clínico de cefalea intensa, vómitos de contenido alimentario, anorexia, deterioro del estado general y hemianopsia homónima izquierda. Es ingresado por el servicio de Medicina Interna, se le realiza una punción lumbar donde se obtiene un líquido cefalorraquídeo trasparente con poca celularidad, por lo que se indica una TAC contrastada de cráneo que informa una imagen tumoral occipitoparietal derecha que mide 60x44 mm con edema perilesional que produce un efecto de masa de 9,0 mm, con focos de hemorragia, es discutido en colectivo de neurocirugía donde se decide realizar Resonancia Magnética Nuclear que corrobora lo antes descrito.

Se interviene quirúrgicamente donde se realiza craneotomía con exéresis del tejido tumoral y biopsia, la misma reporta carcinoma de células claras tratándose de una metástasis cerebral, localizándose el tumor primario en el riñón izquierdo corroborándose por ecografías abdominales y una TAC de abdomen contrastado que informa: riñón izquierdo con imagen quística hacia polo superior de 4.8 cm, extendiendo una imagen hipodensa de aspecto tumoral hacia polo inferior del mismo que mide 8.0x7.0cm presenta realce significativo con presencia de vasos neoformativos, calcificaciones hacia la periferia y un área central que impresiona necrótica, no impresiona infiltración tumoral de la vena renal ni de la cava, excreción renal bilateral con uréteres de calibre normal.

Es ingresado por el Servicio de Cirugía General, se somete a intervención quirúrgica realizándole nefrectomía radical izquierda más esplenectomía. El paciente pasó dos días en la Sala de Terapia Intensiva y luego se traslada a sala abierta, es egresado al quinto día de estadía hospitalaria por su buena evolución, se realizó interconsulta con Oncología que decidió administrarle inmunoterapia con Interferón se encuentra con excelente estado general, sin signos de recidiva tumoral.



Examen Físico:

Mucosas: húmedas y normocoloreadas.

Tejido Celular Subcutáneo: no infiltrado por edema.

Sistema Respiratorio: murmullo vesicular audible. No estertores. Frecuencia Respiratoria: 16 por minuto.

Sistema Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad. No soplos. Frecuencia cardiaca 89 por minuto. Tensión arterial: 110/70 mmHg.

Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación. Ruido hidroaéreos normales. No visceromegalia. No tumoración.

Sistema Nervioso Central: paciente orientado en tiempo espacio y persona. Que responde al interrogatorio con lenguaje claro y coherente. Apertura ocular espontánea pupilas isocóricas y reactivas, obedece órdenes. Presenta hemianopsia homónima izquierda.

Exámenes complementarios:

Hemograma Completo: Hematocrito 0.44, leucos 21 $x10^9$/L, Po 0.71, Lin 0.29;

Química sanguínea: Glicemia: 3.9 mmol/L; Creatinina 84 mmol/L; Urea 10.4 mmol/L; Ácido úrico 326 mmol/L; Colesterol 6.2 mmol/L; Triacilglicerido 2.3 mmol/L; TGP 187.6 UI; TGO 22.9 UI.

Coagulograma: Tiempo de sangrado 8/12 mint, Tiempo de control 7 minutos, Plaquetas 230 x 10^9/L, Coagulo retráctil.

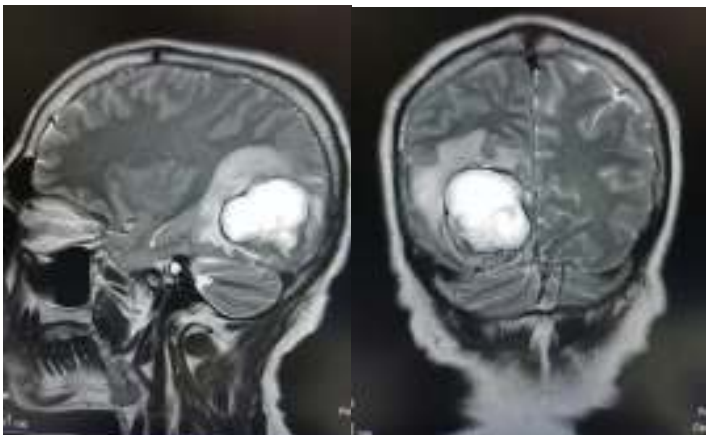
Estudios Imaginológicos:

TAC contrastada de cráneo: imagen tumoral occipitoparietal derecha que mide 60x44 mm con edema perilesional que produce un efecto de masa de 9,0 mm, con focos de hemorragia,

Ecografía abdominal: riñón izquierdo que mide 117x51mm en cara anterior se observa imagen ecogénica que mide 77x55mm con múltiples calcificaciones en su interior, en su polo superior imagen quística de 56mm.



RMN de cráneo: lesión hiperintensa con bordes hipointensos bien definidos que miden 51x35 mm mixta con signos de edema vasogénico.



TAC de abdomen contrastada: riñón izquierdo con imagen quística hacia polo superior de 4.8 cm, extendiendo una imagen hipodensa de aspecto tumoral hacia polo inferior del mismo que mide 8.0x7.0cm presenta realce significativo con presencia de vasos neoformativos, calcificaciones hacia la periferia y un área central que impresiona necrótica, no impresiona infiltración tumoral de la vena renal ni de la cava, excreción renal bilateral con uréteres de calibre normal donde se observa una imagen tumoral.

Estudios Histológicos:

Biopsia de lesión cerebral: carcinoma de células claras propio de metástasis de tumor renal.

Biopsia de riñón izquierdo: carcinoma de células renales variedad papilar con células claras infiltrando la cápsula renal, sin infiltración de la vena ni el uréter proximal.

Biopsia de Bazo: con linfadenitis crónica inespecífica esplénica mixta con hiperplasia linfoide paracortical e histiocitosis sinusoidal.

Discusión del Caso Clínico

El advenimiento de los análisis genéticos y moleculares a la práctica diaria del patólogo ha supuesto una auténtica revolución en el campo de las neoplasias renales. De la conjunción de estos hallazgos con la histopatología clásica nace en 2004 la Clasificación de los Tumores Renales de la Organización Mundial para la Salud (OMS), la cual supone verdaderamente un punto y aparte en la concepción de la tumorigénesis renal (López-Beltrán y otros, 2004).

En esta clasificación del 2004 se considera al carcinoma renal papilar de células claras como un híbrido donde en un mismo tumor coexisten ambos tipos histológicos y están perfectamente representados, con áreas papilares generalmente de tipo 1 conteniendo acúmulos de histiocitos espumosos y áreas de células claras con arquitectura en nidos y patrón vascular característico (López-Beltrán y otros, 2004).

Las características genéticas del carcinoma renal papilar y el de células claras no se ven modificada y se mantiene la sensibilidad a los marcadores inmunohistoquímicos determinados para cada tipo (López-Beltrán y otros, 2004). En el 2016 surge una nueva clasificación por parte de la OMS la Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs donde se acepta al carcinoma renal papilar de células claras como

una variedad histológica del cáncer renal (Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM, Reuter VE, 2016).

Las áreas papilares muestran trisomías del cromosoma 7 y 17 así como pérdida del cromosoma Y, e inmunopositividad para CK7 y racemasa, y las áreas de células claras pérdida de 3p u otras alteraciones en este cromosoma, e inmunorreactividad con CA9 y ciclina D1 que serían los marcadores específicos porque el carcinoma renal papilar y el carcinoma de células claras comparten la mayor parte de los marcadores inmunohistoquímicos (Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM, Reuter VE, 2016).

La quimioterapia no está indicada debido a que en forma global, los diversos esquemas tienen respuesta menor a 6%. Esto se debe por una parte, a la expresión de proteínas de resistencia a multidrogas y por la actividad del ciclo rédox glutatión con un efecto de detoxificación. Tampoco está indicada la radioterapia, pues se requieren de dosis extremadamente elevadas de radiación, que no son toleradas por sus efectos secundarios, reservándose su uso solamente para fines paliativos (Acosta JiménezE, Jeronimo Guerrero D, Rivera Díaz D, 2015).

Lo anterior ha llevado a explorar otras alternativas como la inmunoterapia. Se ha evidenciado la participación del sistema inmune en el carcinoma renal, basados en: los casos de remisión espontánea de metástasis, la presencia de linfocitos infiltrantes dentro del tumor, el incremento de células dendríticas presentadoras de antígeno en el tejido tumoral, y el uso experimental de vacunas para el tratamiento de estadios avanzados (Acosta JiménezE, Jeronimo Guerrero D, Rivera Díaz D, 2015).

La inmunoterapia con IL–2, GM–CSF e Interferón α es el único esquema aceptado en la actualidad en estadios avanzados por la Federal Drug Administration, con respuestas hasta en 24% de los casos. Actualmente la obtención de tejido tumoral para vacunas autólogas puede ser útil de acuerdo a investigaciones recientes (Herrera PuertoJ, Soler FernándezJ, Asuar Aydillo S, 2003).

CONCLUSIONES

La forma en que metastatiza esta variedad histológica sigue un patrón relativamente regular a pulmón, ganglios linfáticos y hueso, así como a sitios menos frecuentes: cerebro, hígado y páncreas (Herrera PuertoJ, Soler FernándezJ, Asuar Aydillo S, 2003). Pero también se puede diseminar a otros sitios, estas localizaciones menos frecuentes son: tiroides, laringe, ojo, mama, nodo atrioventricular, cicatriz umbilical, oído, lengua, tráquea, amígdala, esófago, intestino, vesícula biliar, senos paranasales, diafragma, suprarrenal, testículo, pene, próstata, paratiroides, mano y piel (Pérez Fentes D, Blanco Parra M, Toucedo Caamaño V, 2005).

REFERENCIAS

Acosta Jiménez, E., Jerónimo Guerrero, D. y Rivera Díaz, D. (2015). *Carcinoma de células renales: factores patológicos pronósticos, estadificación y clasificación histopatológica*. Recuperado de http://wwwmedigraphic.com

American Cancer Society. Caner Statistics Center (2019). Recuperado de http://www.cancer.org

Arroyo, C., Palacios, P. y Uribe, N. (2005). *Metástasis poco frecuentes del carcinoma renal*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000600016

Bacaret, W., Cabrera, M. y Ramos, G. (2018). *Metástasis inusuales en carcinoma de células renales*. Recuperado de https://doi.org/10.1055/s-0038-1645860

Cáncer renal-SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica (2017). Recuperado de http://seo.org/info-sobre-el-cancer

Cano García, F. (2015). *Carcinoma renal de células claras: características morfológicas de una serie de casos del Hospital Médico Sur*. *RevInvestMed Sur Mex., 22* (4),189-194. Recuperado de http://wwwmedigraphic.com

Herrera Puerto, J., Soler Fernández, J. y Asuar Aydillo, S. (2003). *Metástasis Cerebral Solitaria de un Carcinoma de Celulas Renales*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021048-062003000600011

López-Beltrán, A., Scarpelli, M., Montironi, R. y cols. (2004). WHO classification of the renal tumors of the adults. *Eur Urol,* 49, 798-805. Recuperado de https://www.ncbi.ncbinlm.nih.gov/m/pubmed/16442207.

Miranda Folch, J., García Cuervo, D. y Vega Jiménez, J. (2014). *Carcinoma de células renales: hipernefroma. Presentación de un caso*. Recuperado de http://www.scielo.sld.cu/pdf/rme/rme100315

Moch, H., Humphrey, P. A. y Ulbright, T. M. (2016). Reuter VE [Eds]: WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs (4° edición). IARC: Lyon 2016. Recuperado de http://www.telepathology.com/SAYCC/2016/PDF

Pérez Fentes, D., Blanco Parra, M. y Toucedo Caamaño, V. (2005). *Carcinoma renal metastásico de localización atípica.* Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021048-062005000700001.

Tumor cerebral metastásico (2018). Recuperado de MedlinePlus enciclopedia médica http://medlineplus.gov/ency/article

LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO PARA PREVENIR Y TRATAR DIFERENTES TIPOS DE ENFERMEDADES

THE PRACTICE OF PHYSICAL EXERCISE TO PREVENT AND TREAT DIFFERENT TYPES OF DISEASES

Victor Antonio Leyva Barly

Annaliet Lozada González

RESUMEN

Cuando hacemos ejercicio físico nos cansamos pero, curiosamente, también nos sentimos más ágiles, más tranquilos, mejor. Si nos sometemos a este estímulo regularmente durante un tiempo suficiente, es decir, si nos entrenamos, llegamos a adaptarnos a este cansancio y, además, las sensaciones positivas aumentan favorablemente, y todo ello es consecuencia de lo que está ocurriendo a nivel orgánico en nuestros tejidos y células. La práctica regular de ejercicio físico es una recomendación establecida para prevenir y tratar diferentes tipos de enfermedades. Sabemos que lo ideal para llegar a ancianos y vivir mucho tiempo, es además de comer sano, seguir un estilo de vida activo. ¿Por qué es tan saludable el deporte? ¿Qué ejercicios son efectivos para personas sanas? Estas y otras preguntas las responderemos en la presente revisión bibliográfica que tiene como objetivo principal describir ejercicios físicos en personas sanas.

PALABRAS CLAVES: Ejercicios físicos, prevenir, tratar, sano, saludable.

ABSTRACT

When we do physical exercise we get tired but, curiously, we also feel more agile, calmer, better. If we submit ourselves to this stimulus regularly for a sufficient time, that is, if we train, we come to adapt to this tiredness and, in addition, the positive sensations increase favourably, and all this is a consequence of what is happening on an organic level in our tissues and cells. The regular practice of physical exercise is an established recommendation to prevent and treat different types of diseases. We know that the ideal way to reach the elderly and live for a long time is not only to eat healthy, but also to follow an active lifestyle. Why is sport so healthy? What exercises are effective for healthy people? These and other questions will be answered in this bibliographic review which has as its main objective to describe physical exercises in healthy people.

KEY WORDS: Physical exercise, prevent, treat, healthy, healthy.

INTRODUCCIÓN

La práctica regular de ejercicio físico es una recomendación establecida para prevenir y tratar los principales factores de riesgo modificables de un sinnúmero de enfermedades: como la diabetes mellitus, la hipertensión y la dislipemia; además del envejecimiento. Realizar actividad física de intensidad moderada durante un mínimo de 30 min 5 días por semana o de intensidad alta durante un mínimo de 20 min 3 días por semana mejora la capacidad funcional y se asocia a reducciones en la incidencia de mortalidad.

El ejercicio físico induce adaptaciones fisiológicas cardiovasculares que mejoran el rendimiento físico, y solo en casos extremos pueden conducir a un riesgo aumentado

de complicaciones asociadas al ejercicio físico. La incidencia de muerte súbita o complicaciones graves durante la práctica de ejercicio físico es muy baja, se concentra en las personas con cardiopatías o con adaptación cardiaca muy patológica al ejercicio y la mayoría de estos casos los pueden detectar unidades de cardiología o profesionales bien instruidos (Cordero y Masia, 2014).

El estilo de vida sedentario se define como aquel que no cumple las recomendaciones de una práctica de actividad física. En las últimas décadas se ha observado un leve descenso en la prevalencia de personas sedentarias; aunque diferentes estudios han mostrado datos un tanto divergentes, se podría considerar que un 20-40% de la población es sedentaria (Cordero y Masia, 2014).

La mayoría de las personas dedican a su trabajo una porción del día muy relevante, y este suele ser un argumento para no realizar ejercicio físico. Sin embargo, la actividad física realizada durante el trabajo también confiere protección contra las enfermedades y el envejecimiento.

La actividad física incide positivamente en la condición física del individuo sano o con problemas psicomotrices, en la disminución del sedentarismo, el estado de ánimo y las conductas sociales, entre otros. Por ello, se considera una estrategia preventiva y altamente efectiva para mejorar diversos indicadores de salud (Obando y Ibeth, 2017).

La prolongación de la vida debe ir acompañada de una mejoría de la calidad de la vida de quienes alcanzan esta etapa, para ello es imprescindible el conocimiento del estado de salud y sus demandas. El desafío de una ancianidad saludable ha dejado de ser una excepción y privilegio para convertirse en una oportunidad en países como el nuestro, con una esperanza de vida que rebasa los 77 años y programas que apuntan a una calidad de vida cada vez mayor. Como parte del programa de atención al adulto mayor, en nuestro país se han creado los círculos de abuelos donde además del chequeo y control médico, se hace especial énfasis en la práctica sistemática de la actividad física y en la promoción de hábitos de vida saludables (Forrellat, 2012).

Luego de lo descrito anteriormente es necesario resaltar que la presente revisión bibliográfica está encaminada a demostrar y describir como los ejercicios físicos en la salud pública no son únicamente destinados a tratar riesgosas enfermedades, sino que prevé la no aparición de otras como el sedentarismo, evita el envejecimiento y disminuye el estrés laboral.

Definición del ejercicio físico, su importancia en diferentes etapas de la vida

El ejercicio físico se define como cualquier movimiento corporal producido por el sistema locomotor por contracción y relajación de la musculatura que supone consumo de energía. Dicho movimiento supone un incremento de la demanda de oxígeno y nutrientes por los músculos en general. La adaptación muscular al ejercicio es la base del entrenamiento y se sabe que está mediado tanto por la adaptación y el desarrollo de las fibras musculares como por los cambios en su metabolismo, fundamentalmente en las mitocondrias. Se trata de un proceso complejo y no completamente conocido que implica vías tan heterogéneas como los receptores de calcineurina, neoangiogénesis, sobrexpresión genética, reprogramación metabólica mitocondrial y la síntesis de miocinas desde el propio tejido muscular. Sin embargo, su efecto es crucial no solo en

los músculos, ya que se ha relacionado con el retraso del envejecimiento por estabilización de la telomerasa mitocondrial (Cordero y Masia, 2014).

Los ejercicios físicos favorecen la dinámica respiratoria, la temperatura, el volumen sanguíneo, mejoran la resistencia periférica y la capacidad de respuesta al estrés. En cuanto al mejoramiento del sistema ostiomioarticular, los ejercicios compensan de forma positiva la masa ósea que fisiológicamente disminuye en el anciano. Contribuye a mejorar el funcionamiento y la eficacia muscular, por lo que es importante iniciarlo desde tempranas edades y de forma continua (Barreto, 2007).

Importancia del ejercicio físico en la vida diaria

Los estudios respaldan los efectos negativos del sedentarismo y los grandes beneficios de la actividad física regular tanto en el cuerpo como en la mente.

"Mens sana in corpore sano" decían los antiguos latinos. Y tenían toda la razón. Varios estudios científicos han demostrado la importancia de la actividad física para el cerebro, la alimentación, etcétera. Además, nuevas investigaciones siguen reafirmando la repercusión del sedentarismo en la esperanza de vida.

Según un estudio realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Girona, la actividad física moderada durante al menos media hora durante 5 días a la semana, o incluso el ejercicio intenso durante al menos 20 minutos realizado 3 veces por semana, reducen casi un tercio el riesgo de mortalidad. A un resultado similar llegaron los científicos de la Universidad de Texas en un estudio publicado en *The Lancet* y en el que afirmaban que **"**el ejercicio a niveles muy bajos reduce las muertes por cualquier causa en un 14 por ciento" (*La importancia del ejercicio físico en la vida diaria*).

Efecto de las actividades físicas en la disminución del estrés laboral:

Varias personas afirman que el trabajo los somete a cierto nivel de estrés por lo que pueden desarrollar con el tiempo distintas enfermedades relacionadas íntimamente con este factor. Para buscar formas de disminuir el estrés laboral se han realizado un sinnúmero de investigaciones que demuestran que el ejercicio físico constituye una vía favorable para disminuirlo, los resultados obtenidos son impresionantes, es realmente seguro afirmar que el implemento de la actividad física disminuye los niveles de estrés (ver resultados en anexo 1 y 2).

Importancia de los ejercicios físicos para lograr una ancianidad saludable

El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo. El envejecimiento de los organismos y particularmente el de la especie humana, ha sido motivo de preocupación desde hace algún tiempo (Forrellat, 2012).

El envejecimiento, como proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo, se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. La ancianidad es la fase final de la vida.

El envejecimiento individual ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social. Sin embargo, en la sociedad moderna, en los primeros años del siglo XXI, se asiste a una situación singular donde cada vez más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez y que convierte el envejecimiento poblacional, quizás, en uno de los retos más importantes para las sociedades modernas (Forrellat, 2012).

La dosis óptima y tipo de ejercicio varían para cada persona en cada situación: edad, enfermedades, estilo de vida. De ahí la dificultad de establecer pautas que puedan aplicarse a toda la población. De todos modos, existe un mínimo indispensable para casi todas las personas. Así, la Organización Mundial de la Salud recomienda de forma genérica que toda persona adulta (y anciana, siempre que sus limitaciones médicas no se lo impidan) debe realizar al menos 150 minutos de ejercicio físico aeróbico de intensidad moderada semanalmente o al menos 75 minutos de alta intensidad (o la combinación proporcional de ambos).

Nuestras observaciones apoyan fuertemente el criterio de que la vejez puede ser una etapa activa y vital y, por lo tanto, no hay que pensar en ella como pasiva y dependiente. De todos nosotros depende la calidad de vida del adulto mayor. Mantener hábitos de vida saludable unidos con la práctica sistemática de ejercicios físicos son, sin dudas, las mejores credenciales para una vejez saludable. Esta es una conducta impulsada y estimulada por nuestro Sistema Nacional de Salud y que se ha ido extendiendo progresivamente en nuestra población. Sin lugar a dudas, esto permitirá alcanzar un nuevo logro social reflejado en adultos mayores vitales, activos y con mejor calidad de vida, lo que contribuirá a su plena incorporación a la vida familiar y social.

Influencias del reposo y ejercicio físico en el organismo

Durante el reposo mantenido, pueden notarse cambios en el sistema cardiovascular, como la pérdida de elasticidad de los vasos, entre otros; todo lo contrario ocurre cuando se aplican los ejercicios físicos correspondientes, los que ayudarán en el fortalecimiento del corazón, el mejoramiento de la circulación del miocardio y la apertura de los vasos capilares.

Por su parte, en el sistema respiratorio, la falta de actividad física provoca una disminución de los procesos oxidativos en los tejidos, el pH se hace neutro, lo que implica una disminución de los estímulos ácidos sobre el bulbo (centro respiratorio), lo cual trae como consecuencia una disminución en la elasticidad alveolar y capacidad vital, con la subsiguiente aparición de enfermedades como enfisemas, pulmonía, pleuritis, entre otras. Los ejercicios físicos influyen positivamente en el aparato locomotor, pues los huesos y músculos absorben calcio y fósforo, y esto los hace más fuertes y resistentes; además, se incrementan la fuerza y elasticidad de los músculos y se produce una verdadera hipertrofia que contribuye a aumentar su capacidad de trabajo y mejorar la movilidad articular (Gola, 2011).

Beneficios del ejercicio físico para el cerebro

La adaptación de nuestros tejidos al estímulo que supone el ejercicio físico está modulada por infinidad de vías moleculares, muchas veces dependientes del órgano que estemos analizando. Por ejemplo, a nivel cerebral el ejercicio modula el incremento en la vascularización y flujo sanguíneo, eleva los niveles de factores neurotróficos que

producen reparación y crecimiento de nuevas neuronas, reduce el estrés oxidativo y ayuda a degradar ciertas proteínas tóxicas que pueden dar origen a enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer o el Párkinson. A nivel cardiovascular, el ejercicio crónico produce efectos antiinflamatorios, incremento en el flujo sanguíneo y el tono vagal (lo cual se manifiesta con una disminución de la frecuencia cardíaca), vasodilatación (que se traduce con un descenso de la presión arterial) y reducción de los niveles de lípidos sanguíneos, entre otros beneficios (*La importancia del ejercicio físico en la vida diaria*).

Cuatro ejercicios físicos para activar el cerebro:

I. Taichí**:** Los adultos que efectúan los suaves y fluidos movimientos de este milenario arte marcial chino tres veces por semana presentan un mayor volumen cerebral y obtienen mejores resultados en test de memoria y razonamiento, como revelaba un estudio realizado durante ocho meses con voluntarios y que se dio a conocer en el Journal of Alzheimer's Disease.

II. Juegos Malabares: Aunque pueda parecer pueril, hacer juegos malabares con pelotas, mazas o aros aumenta hasta en un 5 % el volumen de materia blanca cerebral, que contiene las fibras que transmiten impulsos eléctricos entre diferentes regiones del cerebro. Estos cambios, concluían científicos de Oxford en la revista Nature Neuroscience, implican una mejora de la visión, sobre todo periférica.

III. Kárate**:** También la sustancia blanca del cerebro de los karatecas experimentados se estructura de forma distinta a la del resto de los mortales. Concretamente, su cerebelo y corteza motora controlan y coordinan mejor los movimientos corporales, tienen más fuerza muscular y son más precisos. Unas cualidades muy útiles a edades avanzadas.

IV. Cualquier Deporte: Realizar alguna actividad física a diario aumenta el número de mitocondrias que suministran energía a las células, tanto en los músculos como en las neuronas, según explicaron hace poco investigadores de la Universidad de Carolina del Sur. Eso implica que practicar deporte de manera asidua reduce tanto la fatiga física como el cansancio mental.

El ejercicio físico previene el cáncer

Ser físicamente activo también previene el cáncer, especialmente el de mama y colon, ya que el ejercicio reduce las hormonas sexuales libres y ciertas hormonas metabólicas, el daño oxidativo y las citoquinas pro-inflamatorias, mientras que promueve ciertas moléculas que bloquean la propagación del cáncer como SPARC o la calprotectina, además de estimular la función inmune (al menos si el ejercicio no es muy intenso). Por otro lado, el ejercicio está directamente vinculado con la mejora de enfermedades metabólicas como la obesidad, diabetes o dislipidemia. Esto es así porque se promueve la sensibilidad a la insulina y la capacidad de captación de glucosa por el músculo, se eliminan más ácidos grasos del torrente sanguíneo y se incrementa el gasto calórico (Gola, 2011).

En resumen, el ejercicio físico es efectivo en el tratamiento y prevención de muchas enfermedades que condicionan de forma sustancial nuestra capacidad de vivir más y mejor.

Los ejercicios físicos a primera hora de la mañana

Hacer ejercicio físico durante 45 minutos a primera hora de la mañana, poco después de levantarnos de la cama, reduce la "motivación" hacia la comida a lo largo de todo el día, tal y como han demostrado investigadores de la Universidad Brigham Young en un estudio que publicaba la revista *Medicine & Science in Sports & Exercise*. Según los autores, el trabajo demuestra que practicar ejercicio no solo supone un gasto de energía, "sino que también modula cómo responde nuestro cerebro ante la comida", como ellos mismos comprobaron usando un electroencefalograma para medir la actividad neuronal de decenas de mujeres mientras observaban fotos de sabrosos platos de comida tras una intensa caminata matutina (*La importancia del ejercicio físico en la vida diaria*).

Por si fuera poco, en los experimentos los científicos pudieron comprobar que practicar deporte al comenzar el día se traduce también en un aumento de la actividad física en las 24 horas siguientes (*Los mejores ejercicios para mantener nuestro cuerpo sano*).

Tres cosas que cambian dentro de ti cuando haces deporte

Epigentica: es decir, la expresión del ADN en tus células de grasa varía cuando te ejercitas. Es lo que se desprende de un estudio realizado por la Universidad de Lund (Suecia) que acaba de publicar *PLoS Genetics*. En experimentos con hombres sanos con problemas de sobrepeso que habían cumplido los 35 y no habían practicado nunca ejercicio físico asiduo, los investigadores demostraron que, tras 6 meses asistiendo a clases de spinning y de ejercicios aeróbicos, se producían cambios moleculares que afectaban a los grupos metilo unidos a miles de genes. Y a efectos prácticos esto se traducía en un descenso en el volumen de grasas almacenadas, además de reducir el riesgo de padecer ciertas enfermedades como la diabetes (*La importancia del ejercicio físico en la vida diaria*).

Estrés y ansiedad: La actividad física reorganiza el cerebro de tal modo que, ante situaciones de estrés, la respuesta de las neuronas se reduce, lo que implica que mantenemos mejor la calma. Además, tras solo seis semanas corriendo regularmente aumenta el número de nuevas neuronas en el hipocampo, una región cerebral que entre otras cosas ayuda a controlar la ansiedad (*La importancia del ejercicio físico en la vida diaria*).

Autocontrol: Según un trabajo publicado hace poco en la revista *British Journal of Sports Medicine*, hacer ejercicio moderadamente intenso aumenta el autocontrol gracias a que produce un incremento del flujo sanguíneo y el oxígeno que llega a la corteza prefrontal, la región del cerebro responsable de la toma de decisiones en la que, además, reside la voluntad (*La importancia del ejercicio físico en la vida diaria*).

Ejemplos de ejercicios para un cuerpo sano

Se trata de actividades para los que no se requiere una edad o condición física determinadas.

La natación: Para muchos, la natación es el ejercicio más completo y el entrenamiento perfecto.

- La capacidad de flotabilidad del agua soporta nuestro cuerpo y favorece la relajación de las articulaciones dolorosas para que podamos moverlas de forma más fluida.
- Los ejercicios de natación mejoran el estado de ánimo. Para dar un mayor ritmo y más dinamismo, la gimnasia acuática puede ser otra opción.
- A través de ella, pueden quemarse más calorías y lograr una mayor tonificación.

Entrenamientos con fuerza: El levantamiento de pesas no equivale al culturismo, aunque en ocasiones se confunden ambos conceptos.

Levantar pesas es una forma de mantener los músculos tonificados cuando estos no se utilizan, para que no pierdan fuerza con el tiempo.

Cuantos más trabajemos los músculos y más fuertes estemos, más fácil es quemar calorías. El llamado entrenamiento con fuerza también puede servir para mantener activa la memoria.

Para llevar a cabo este tipo de entrenamiento y conservar un cuerpo sano, hay que practicarlo de forma moderada y progresiva. Comenzaremos con pesos ligeros y aumentaremos a medida que el cuerpo se adapta.

Caminatas: Aunque parece una actividad muy sencilla, sus beneficios son múltiples. Además de mantener nuestro peso controlado, puede ayudarnos a: mejorar el colesterol, fortalecer los huesos, controlar la hipertensión, reducir el riesgo de muchas enfermedades.

Asimismo, también fomenta el optimismo y reduce la pérdida de memoria.

Los ejercicios de Kegel: Estos ejercicios fortalecen los músculos que soportan la vejiga, y ayudan a prevenir la incontinencia urinaria. Aunque las mujeres son las que más suelen practicarlos también pueden ser muy beneficiosos para los hombres.

Ejercicios en pareja que puedes practicar

Acro yoga: El Acro yoga es una disciplina que únicamente se practica en pareja, con ejercicios muy coordinados.

Las *poses* o *asanas* del acro yoga están diseñadas para ser realizadas por parejas. Es un ejercicio solo apto para personas que ya tienen experiencia en la práctica del yoga o en actividades físicas similares, pues requiere de coordinación, fuerza y equilibrio.

El acro yoga logra un estiramiento más completo gracias al esfuerzo complementario, pues uno requiere del otro para completar el *asana*. Estos ejercicios ayudan a la relación de la pareja porque estimulan el contacto físico, el trabajo en equipo y la confianza mutua.

Correr: Una actividad tan simple como correr puede ser más divertida si se hace en pareja. Pueden ir a un parque o simplemente cerca de la casa. Correr juntos les ayudará a motivarse el uno al otro y establece un compromiso que evita las excusas para aplazar la actividad.

Mantengan un ritmo de carrera cómodo para los dos para que sea más placentero**.** Verás cómo es mucho más entretenido que correr solos. Si hacen una pausa pueden conversar sobre la experiencia y darse consejos.

Si se ponen algún objetivo puede ser incluso más estimulante**.** Luchar por metas comunes, como prepararse para un maratón o un triatlón, refuerza el sentido de cooperación y estímulo mutuo.

Senderismo: Descubrir nuevas rutas juntos puede ser muy gratificante.

Caminar o hacer pequeñas excursiones por rutas naturales es una experiencia diferente y enriquecedora. Al tiempo que realizan un ejercicio aeróbico, respiran aire puro y se revitalizan al estar en contacto con la naturaleza.

Pónganse una indumentaria apropiada, con zapatos deportivos y protección contra el sol**,** y comiencen la aventura. Asegúrense de llevar agua y algunas frutas o comidas ligeras si piensan estar mucho tiempo.

Baloncesto 1 contra 1**:** Si quieren agregar algo de competencia divertida pueden hacerlo con un partido 1×1 de baloncesto. Solo necesitan una pelota e ir a una de las muchas canastas que hay en los parques.

El baloncesto es un excelente ejercicio de cardio y pone a trabajar todos los músculos, en especial piernas, cintura y brazos. Si lo quieren hacer más divertido pueden organizar con otras parejas y jugar 2×2, 3×3 o un partido en toda la chancha de 5 contra 5.

Kayak: Las actividades como el piragüismo o el kayak requieren mucha coordinación, ideal para fortalecer los vínculos de la relación.

Este deporte necesita coordinación y trabajo en equipo**.** Es un excelente ejercicio para los brazos, los músculos del pecho, la espalda y los abdominales. Además, las piernas también trabajan, aunque estén sentados.

Tenis: Si están al mismo nivel, el tenis es un gran deporte y le agrega un poco de competencia. Si la diferencia es muy grande puede ser un poco frustrante, pero en ese caso pueden buscar otra pareja y jugar dobles. Seguramente pasaran un buen rato al tiempo que hacen ejercicio.

Tipos de ejercicios físicos

Hay dos tipos de actividad física que implican esfuerzos específicos y tienen beneficios particulares.

Ejercicios aeróbicos: Los ejercicios aeróbicos fortalecen la salud del corazón y favorecen la quema de grasas. Requieren de una alta frecuencia respiratoria y cardíaca para quemar grasas y azúcares con oxígeno. Son ejercicios que ayudan a combatir la obesidad y le dan mayor resistencia al cuerpo. Entre ellos están caminar, correr, montar en bicicleta, bailar, remar, nadar y otros que requieren movimiento constante**.**

Ejercicios de fortalecimiento: Favorecen el crecimiento muscular y la salud de las articulaciones. Son los que incrementan la masa muscular a través del levantamiento de pesos con repeticiones. Por lo general, se combinan con ejercicios de estiramiento para dar flexibilidad a los músculos y fortalecerlos. Además de los músculos, ayudan a la salud de los huesos y articulaciones. Las principales actividades de fortalecimiento son las pesas, los ejercicios con banda elástica, la tensión dinámica (ejercicios de esfuerzo usando el propio peso y resistencia del cuerpo), *power* yoga y ejercicios de estiramiento.

Tips para antes de comenzar:

- Antes de empezar, y al terminar, realiza ejercicios de estiramiento para evitar lesiones.
- No hagas más de lo que puedes. La idea del ejercicio no es agotar al cuerpo, sino entonarlo poco a poco. Si no estás acostumbrado a hacer ejercicio empieza progresivamente y ve incrementando el tiempo y la exigencia día a día.
- Si no estás acostumbrado a hacer ejercicio, una buena idea para comenzar es caminar. Empieza con 10 minutos al día, luego sube a 15 minutos y acelera el paso. Cuando te sientas en mejor condición puedes aumentar el tiempo, e incluso, pasar a ejercicios más exigentes como correr o montar en bicicleta.
- Con el tiempo, comienza a agregar actividades de fortalecimiento.
- Busca amigos o incentiva a tu pareja para hacer ejercicio contigo. Hacerlo en compañía es más divertido y aumenta la motivación. También puedes practicar deportes de equipo.
- No te pongas metas, simplemente progresa poco a poco en tus ejercicios sin ponerte objetivos que a lo mejor no logras alcanzar. Eso puede ser frustrante y te hará perder la motivación.
- Mantén una dieta balanceada. El ejercicio y la alimentación van de la mano. Si comes saludablemente notarás que progresas mejor en tus ejercicios y te sentirás mejor. Un peso apropiado evitará posibles lesiones y ayudará a realizar mejor cualquier ejercicio.
- Consulta con los especialistas. La opinión de un entrenador físico siempre es valiosa. Igualmente, si tienes alguna enfermedad o condición de salud, pregúntale a tu médico si tienes limitaciones para cierto tipo de ejercicios.

Pauta de actividad física en los adultos:

Una pequeña rutina que permita aumentar la actividad física diaria será suficiente para mantener el cuerpo en forma. Los estudios indican que realizar actividad física en los adultos tres veces a la semana aporta beneficios a la salud, reduce la fatiga y el riesgo de lesiones. Las recomendaciones de las instituciones deportivas y sanitarias es hacer tres días de ejercicios aeróbicos moderados y dos de ejercicios de fuerza.

- 30 a 60 minutos de ejercicio moderado 5 días a la semana
- 20 a 60 minutos de ejercicio vigoroso 3 días a la semana

En los ejercicios de fuerza con pesas o bandas elásticas se recomienda series alternadas que incluyan fortalecimiento de brazos, pecho, piernas y abdominales, preferiblemente en ese orden. Se pueden hacer series de 8 a 10 repeticiones con descansos de 3 minutos.

Ejercicios moderados:

Algunos ejemplos de ejercicios moderados son: caminar, natación recreacional, paseos en bicicleta, tenis (dobles), yoga, baile, aeróbicos en el agua.

Ejercicios vigorosos:

Si escoges hacer ejercicios más exigentes estas son algunas opciones: correr, natación, tenis (*singles*), baile (*zumba*, b*ody jam,* etc.), bicicleta a paso acelerado, saltar cuerda, senderismo, aeróbicos o *kick boxing.*

Para conseguir piernas más fuertes:

Conseguir unas piernas más fuertes y estilizadas es algo que todo el mundo desea y que puede resultar más sencillo de lo que parece. Para ello tendrás que:

- Realizar la actividad acostada de lado, con las piernas estiradas y apoyada en el antebrazo, de tal modo que esté alineado con tu hombro.
- Levanta la pierna lo más vertical que puedas, eso sí, siempre sin apoyarla en ningún punto y sin doblar la rodilla.
- Una vez lo hayas hecho tendrás que volver a la posición inicial y repetir. Cambia de pierna y realiza el mismo movimiento.

Para trabajar la zona inferior:

Con este ejercicio trabajas el tren inferior de tu cuerpo, es decir, piernas, muslos y glúteos. Parece sencillo, pero requiere de concentración, fuerza y disciplina.

- De pie, toma impulso, en una posición de tres cuartos de sentadilla y mantén los brazos ligeramente hacia atrás.
- Luego tendrás que saltar intentando subir las piernas al mismo tiempo y lo más alto que puedas.
- Es importante que, al caer, lo hagas con la punta de los pies, ya que esto reducirá el impacto contra el suelo y evitará que te lesiones.

Tonificar los brazos:

El ejercicio que más útil te resultará si lo que buscas es tonificar tus brazos tiene en las bandas elásticas a sus mejores aliadas.

- Solo tendrás que colocarte con los pies juntos y sobre un extremo de dicha banda; ten cuidado para que el otro extremo no pueda soltarse durante el ejercicio.
- Mueve uno de los brazos a la cadera y estira la banda o liga a la altura del hombro.

- Intenta que los movimientos sean lentos pero contundentes, ya que así será como verdaderamente logres fortalecer tus brazos y que el ejercicio sea efectivo.

Para la zona de la cadera:

Si lo que buscas es un ejercicio que sea útil para modelar tus caderas y que sirva, a su vez, para levantar los glúteos, entonces esta rutina será todo lo que necesites. Además, te ayudará a mejorar tu postura.

- Ponte recostada boca arriba y con las rodillas flexionadas, además de con las plantas de los pies perfectamente apoyadas en el suelo.
- Luego tendrás que ir elevando la cadera hasta que tu cuerpo forme una línea recta.
- Aprieta los glúteos y mantén esa posición entre tres y cinco segundos.
- Vuelve a la posición inicial y repite varias series.

Flexiones:

Es uno de los ejercicios que puedes hacer en casa en cualquier momento. Las flexiones son óptimas tanto para el pecho como para los brazos.

- Para hacerlas, lo más recomendable es que estés apoyado de cara al suelo, con los brazos estirados, las manos separadas y los pies juntos, entonces será el momento de comenzar.
- Flexiona los brazos, de tal modo que lleves la caja torácica casi hasta el suelo. Evita siempre curvar la región lumbar y nunca dejes caer el cuerpo sobre el suelo.
- Habrá que conseguir la extensión completa de los brazos e ir repitiendo el movimiento.

Con estos ejercicios que puedes hacer en casa y un poco de disciplina, conseguirás ponerte en forma de una manera sencilla. ¿Dispuesto a empezar ya?

Ejercicios físicos para cuidar tus articulaciones

Aqua fitness:

Si no te gusta nadar, el *aqua fitness* es un ejercicio aeróbico de resistencia que se hace de pie dentro de una piscina. Generalmente está dirigido por un instructor. Los ejercicios del *aqua fitness* son similares a los de una clase de aeróbicos normal, pero la incorporación del agua aumenta la resistencia y disminuye el impacto.

Brook Turner, nutricionista y preparadora física, asegura que “Caminar en el agua requiere más esfuerzo y, por lo tanto, quema más calorías que hacerlo normalmente. En el aqua fitness, el cuerpo busca energía en las reservas de grasa, más que en los carbohidratos, como ocurre en los ejercicios de alta intensidad”.

- Según el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, una hora de *aqua fitness* consume 520 calorías aproximadamente.

La máquina elíptica:

Seguramente habrás visto en los gimnasios una máquina de caminar compuesta por dos plataformas para colocar los pies y dos agarraderas para las manos. Esa es la bicicleta elíptica. Esta máquina permite hacer un ejercicio cardiovascular completo y exigente, con bajo impacto.

Las poleas internas de este aparato amortiguan el impacto de cada paso y a la vez obligan a mover los brazos al mismo tiempo que se mueven las piernas. Esto aumenta la intensidad y el gasto energético. La elíptica trabaja principalmente los músculos de las piernas, los glúteos, abdominales y en la parte superior los bíceps, tríceps y pectorales.

- Una hora de ejercicio con la elíptica programada en intensidad media puede quemar entre 550 y 650 calorías.

Al contrario de lo que se suele pensar, el yoga fortalece tus músculos y reduce la grasa corporal.

El yoga generalmente está asociado con relajación y posturas de estiramiento que requieren flexibilidad, pero no con quemar grasa. Sin embargo, existen algunos tipos de yoga que requieren un gasto de energía elevado, por lo que ayudan a adelgazar.

CONCLUSIONES

La actividad física incide positivamente en la condición física del individuo sano.

La dosis óptima y tipo de ejercicio varían para cada persona en cada situación: edad, enfermedades, estilo de vida.

Mantener hábitos de vida saludable unidos con la práctica sistemática de ejercicios físicos son, sin dudas, las mejores credenciales para una vejez saludable.

Concretamente los investigadores destacan los beneficios de las carreras de atletismo y de la natación, dos ejercicios aeróbicos que al aumentar el bombeo del corazón reducen el riesgo de demencia y mejoran el estado de ánimo.

Ser físicamente activo también previene el cáncer, especialmente el de mama y colon.

Hacer ejercicio físico durante 45 minutos a primera hora de la mañana, poco después de levantarnos de la cama, reduce la "motivación" hacia la comida a lo largo de todo el día.

Un nuevo estudio de investigadores del Instituto de Tecnología de Georgia en Atlanta (EEUU) sugiere que realizar cierto tipo de ejercicio físico durante alrededor de 20 minutos al día puede mejorar la memoria a largo plazo.

El yoga es un ejercicio que fortalece tus músculos y reduce la grasa corporal.

Los movimientos que se realizan con el cuerpo al hacer ejercicio son excelentes estimulantes del flujo de sangre.

Ejercicios para un cuerpo sano se trata de actividades para los que no se requiere una edad o condición física determinadas.

REFERENCIAS

Barreto, J. (2007). Diagnóstico del programa de ejercicios físicos realizados en el Círculo de abuelos "Abel Santamaría". *Rev Cubana Enfermer, 23*(4). Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php

Cordero, A. y Masia, D. (2014). Ejercicio Físico y Salud. *Rev. Esp. Cardiol.,* 67(09). Recuperado de http://www.revespcardiol.org/es/ejercicio-físico.../articulo/90341409/

Forrellat, M. (2012). Importancia de los ejercicios físicos para lograr una ancianidad saludable. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter,28*(1), pp. 34-40. Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php

Gola, M. (2011). Eficacia del hatha yoga en la tercera edad. *MEDISAN,* 15(5), pp. 617-625. Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php

La importancia del ejercicio físico en la vida diaria. Recuperado de https://www.muyinteresante.es/.../articulo/la-importancia-del-ejercicio-fisico-en-lavida-diaria-161395221534

Los mejores ejercicios para mantener nuestro cuerpo sano. Recuperado de https://mejorconsalud.com/ejercicios-sencillos-cuerpo-sano/

Obando, M. y Ibeth A. (2017). Efecto de las actividades físicas en la disminución del estrés laboral. *Rev Cubana Med Gen Integr,* 33(3), pp. 345-351. Ciudad de La Habana. Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php

FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA PREVENCIÓN PRIMORDIAL DE ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES COMO CONTENIDO EN LA FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE DE ESTOMATOLOGÍA

Yaima de los Angeles Hidalgo Torres hidalgo@ltu.sld.cu

RESUMEN

El proceso de formación del estudiante de Estomatología en Cuba, se caracteriza por una elevada preparación científico técnica y un compromiso social con la salud bucal de la población, lo cual ha sido posible por el perfeccionamiento constante de los planes de estudio. Las demandas sociales actuales exigen que el estudiante de Estomatología realice una atención estomatológica integral que incluye la prevención de las afecciones del complejo buco facial entre las que se encuentran las anomalías dentomaxilofaciales. Esta afección por su complejidad requiere un nivel de prevención que se anticipe a la instalación de los factores de riesgo que la provocan, sin embargo existen insuficiencias en el estudiante de Estomatología que limitan estas acciones preventivas de anticipación al no incluir estos contenidos en el proceso de formación. Se ofrece un sustento teórico que aborda la prevención primordial como contenido en la formación del estomatólogo general que favorece las acciones de prevención exigidas en el Modelo del profesional y enriquece la atención estomatológica integral.

PALABRAS CLAVES: Prevención, prevención primordial, anomalías dentomaxilofaciales, formación inicial.

ABSTRACTS

The process of stomatology student training in Cuba is characterized by a high technical scientific preparation and a social commitment to the oral health of the population, which has been made possible by the constant improvement of the curricula. Current social demands require that the Stomatology student perform comprehensive stomatological care that includes the prevention of facial buccal complex conditions, including dentomaxillofacial anomalies. This condition due to its complexity requires a level of prevention that anticipates the installation of the risk factors that cause it, however there are inadequacies in the stomatology student that limit these preventive actions in advance because they do not include these contents in the process of training. A theoretical support is offered that addresses primary prevention as contained in the training of the general stomatologist that favors the prevention actions required in the Professional Model and enriches comprehensive stomatological care.

KEY WORDS: Prevention, primary prevention, dentomaxillofacial anomalies, initial training.

INTRODUCCIÓN

El proceso de formación de los recursos humanos de la salud en Cuba, se caracteriza por una elevada preparación científico técnica y un compromiso social con la salud de la población dentro de los principios y estrategias del Sistema Nacional de Salud, lo cual ha sido posible por el perfeccionamiento constante de los planes de estudio, el alto grado de actualización y la aplicación de métodos de trabajos acordes a las proyecciones de la salud pública en el ámbito nacional e internacional.

Al introducir el modelo de atención primaria del médico de la familia fue necesario desarrollar la atención estomatológica y la vinculación del estomatólogo con el médico, para realizar acciones integrales que permitieran elevar la calidad de la atención estomatológica y mejorar el estado de salud bucal de la población.
La prevención de enfermedades es una herramienta imprescindible para sostener esta concepción del Sistema Nacional de Salud.

Teniendo en cuenta que la Estomatología como ciencia de la salud se ocupa del proceso salud-enfermedad, el estudiante de Estomatología debe responder a la necesidad de preservar y recuperar la salud de las personas mediante acciones de atención integral del complejo buco-facial.

Dentro de las afecciones del complejo buco-facial se encuentran las anomalías dentomaxilofaciales, las cuales según estudios de la Organización Mundial de la Salud, ocupan el tercer lugar dentro de las enfermedades bucales.

El estudiante de Estomatología, por consiguiente, al egresar de la universidad debe prevenir y tratar, las anomalías dentomaxilofaciales, como una de las afecciones del complejo buco facial que adquiere gran significación en la práctica profesional debido a las consecuencias funcionales, estéticas, psicológicas y sociales que provoca en los que la padecen.

Sin embargo, a pesar de las acciones de prevención propuestas en el nuevo plan de estudios y las medidas trazadas desde el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población no se ha logrado disminuir la incidencia de las anomalías dentomaxilofaciales pues la prevención que se realiza hasta hoy se encamina a la eliminación y al control de los factores de riesgo, y no a la realización de acciones preventivas que anticipen la instalación de los mismos y por tanto de las anomalías.

Se ofrece un sustento teórico que aborda la prevención primordial como contenido en la formación inicial del estomatólogo general para favorecer las acciones de prevención exigidas en el Modelo del profesional y enriquecer la atención estomatológica integral.

Fundamentos filosóficos, sociológicos y psicológicos

El modelo de la Universidad Médica Cubana concibe la formación del profesional con un perfil amplio, comprometido a preservar, mejorar y restablecer la salud del ser humano, con un alto sentido humanista y ético.

La derivación de este propósito dentro de la carrera Estomatología se concreta en el objetivo de lograr una formación integral del profesional que resuelva las exigencias sociales de sus tiempos y que solucione los problemas de salud bucal a tono con la educación superior cubana, donde la formación: "… es el proceso sustantivo desarrollado en las universidades con el objetivo de preparar integralmente al estudiante en una determinada carrera universitaria y abarca, tanto los estudios de pregrado como los de posgrado" (Horruitiner, 2008).

Dentro de este proceso de formación Horruitiner (2008) identifica tres dimensiones: la instrucción, el desarrollo y la educación, las cuales son ideas rectoras que en su interrelación revelan un proceso complejo y muy completo, posición que se asume en esta investigación por ser la formación inicial del estomatólogo general un proceso

complejo en el cual se conjuga la unidad entre la educación y la instrucción y la vinculación del estudio con el trabajo.

En esta misma dirección Álvarez de Zayas (1998) refiere que, la formación es el proceso y el resultado cuya función es la de preparar al hombre en todos los aspectos de su personalidad; y es que este proceso constituye una actividad de la formación de la personalidad donde el estudiante comienza a orientarse para lograr cumplir su encargo social.

Desde el referente filosófico, en los fundamentos de la dialéctica materialista, se supone el objeto de investigación en constante movimiento, cambio y desarrollo. A partir de estas consideraciones dialécticas se destaca el papel principal del estudiante de Estomatología para transformar la sociedad a partir de condiciones histórico-concretas. De una manera u otra, discurre como protagonista de su desarrollo social, profesional y personal; así como de la transformación de la sociedad, dado por el papel preponderante que desempeña en ella.

Unido a las consideraciones anteriores, se destaca el carácter esencialmente humanista, que se manifiesta en el rol central que ocupa el hombre en el desarrollo de la teoría del conocimiento: la práctica como criterio de la verdad, que va desde la contemplación viva hasta el pensamiento abstracto y de allí a la práctica y el reconocimiento de la objetividad del mundo.

La perspectiva sociológica parte de considerar al individuo como centro del desarrollo social y desde esta, se reconoce el papel que el hombre desempeña en la transformación de la sociedad. Su contextualización al estudiante de Estomatología exige que el contenido de prevención de las anomalías dentomaxilofaciales, se incluya dentro de los contenidos de la disciplina Estomatología Integral a partir de conocer la realidad social, local y nacional en que se desenvuelve el paciente, a fin de que en esa interrelación se desarrolle y transforme la prevención.

La Estomatología, deberá formar un estudiante preparado para brindar una atención estomatológica integral, portador de valores éticos, humanísticos y revolucionarios en correspondencia con el encargo de la sociedad cubana actual (MINSAP, 2010).

Es significativo tener en cuenta el papel de la actividad y la comunicación en la formación de la personalidad del hombre, donde lo social, lo externo, lo interpsíquico, pasa paulatinamente a conformar lo interno, lo intrapsíquico debido a las relaciones que se establecen entre el estudiante con otros estudiantes y con el profesor. Aspectos a considerar como fundamentos psicológicos.

El principio de la actividad del sujeto unido a la comunicación se manifiesta en la educación en el trabajo como forma organizativa fundamental en la formación inicial del estudiante de Estomatología, principio rector del estudio-trabajo.

Fundamentos médicos

Es meritorio destacar que en estrecha relación con los fundamentos anteriores están los fundamentos desde la Ciencias Médicas, ya que la insuficiente prevención de las anomalías dentomaxilofaciales constituye hoy un problema a solucionar por el estomatólogo general. El Sistema Nacional de Salud Cubano ha ganado en acciones de prevención, sin embargo, aún dista de liberar al individuo de alteraciones de crecimiento

y desarrollo del complejo buco facial las cuales generan las anomalías dentomaxilofaciales.

La prevención de las anomalías dentomaxilofaciales es una de las vías de la solución para disminuir la presencia de esta entidad que tantas molestias provoca en niños, adolescentes y jóvenes, ya que la prevención radica en adelantarse e impedir un comportamiento o acción que influya negativamente en la persona y/o en su entorno social y ambiental.

A la luz de las Ciencias Médicas el concepto de prevención se aborda desde la antigüedad, cuando Hipócrates aseguraba que la enfermedad no era un castigo infligido por los dioses, sino la consecuencia de factores ambientales, la dieta y los hábitos de vida.

Autores como, Álvarez Sintes (2008), plantea que: la prevención tiene como objetivo impedir la aparición, el desarrollo y la prolongación de enfermedades en una persona, familia o grupo poblacional. Un enfoque preventivo tiene como base la conservación, el cuidado y la restauración de la salud, para no perderla o mejorarla al máximo, y la clasifica en primordial, primaria, secundaria y terciaria.

A partir de todas las transformaciones sociales devenidas después de 1959 y con el desarrollo del Modelo de Medicina Familiar y del Programa del médico y la enfermera de la familia, la atención primaria adquiere un alto valor social y con ella la prevención de enfermedades, guiadas y respaldadas por la política del país.

Fidel Castro (como se citó en Garófalo, 2011) al respecto expresó: No hay que esperar que la enfermedad venga, hay que salirle al paso, hay que tomar la ofensiva, hay que prevenirla. Cuidar la salud del pueblo y sanar sus enfermedades es una tarea, principalmente, de orden social y moral.

El estudiante de Estomatología al culminar su formación inicial debe realizar cinco funciones generales: Atención estomatológica integral, docente-educativa, administrativa, investigativa y especiales.

Dentro de la función de Atención estomatológica integral el estudiante de Estomatología debe de aprender entre otros a identificar factores de riesgo del modo y estilo de vida, medio ambiente y de la biología humana que inciden en las enfermedades bucales, así como ejercer acciones de prevención de enfermedades del complejo estomatognático (MINSAP, 2010).

La prevención primaria está destinada a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población para reducir el riesgo de aparición de nuevos casos mientras que la prevención primordial tiene como objetivo evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica, cultural y del ambiente físico que contribuyen a elevar el riesgo de la enfermedad (Álvarez, 2008).

Este nivel primordial fue descripto en 1972 por Toma Strasser, miembro del grupo de Epidemiología de enfermedades cardiovasculares en la Organización Mundial de la Salud, quien estableció como objetivo en este nivel prevenir la aparición de las condiciones que predisponen a la enfermedad (Piédrola, 2000).

En 1974 fue lanzado el informe Lalonde, titulado “A new perspective on the health of Canadians” en él se explicó la importancia de las determinantes sociales de la salud y enfatizó en cuatro elementos que interactúan: la biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organizaciones sanitarias. La estrategia principal abrazada fue el estilo de vida individual y el cambio de comportamiento.

Además, son importantes los estudios de Álvarez donde revela el valor de un factor de riesgo para la medicina preventiva que depende de: el grado de asociación, frecuencia del factor de riesgo en la comunidad, posibilidad de identificarlo y la posibilidad de prevenirlo (Álvarez, 2008).

A partir de estos presupuestos varias especialidades médicas, con la cardiología como precursora de tan importante nivel de prevención, han puesto en práctica esta valiosa teoría de prevención primordial que anticipa el riego de padecer una enfermedad, al impedir la instalación del agente causal o factor de riesgo que la provoca.

Autores como Duperly y Acuña (2017), Gómez (2016), Contreras (2016), de Pedro Cuesta, Roca y Noguer (2016), Muñoz, Díaz e Ygualada (2016) describen la prevención primordial como el primer nivel de la prevención de enfermedades.

A pesar de estos resultados en las Ciencia Médicas y de la descripción de problemas profesionales a enfrentar por el estomatólogo general que enuncia: prevención de enfermedades: detección oportuna de riesgos para realizar o indicar la prevención individual y colectiva (MINSAP, 2010), la prevención primordial aun no se trabaja desde el currículo de la formación inicial del estudiante de Estomatología.

Es meritorio destacar el punto de vista de que la prevención primordial ha sido estudiada por varios autores e históricamente desde las Ciencias Estomatológicas a partir de sus tres niveles de atención, primario, secundario y terciario. Ellas en su interrelación han marcado una pauta importante en la formación inicial del estomatólogo general.

El desarrollo de la Ciencia y la Técnica, la constante actualización de los planes de estudio y las diferentes exigencias sociales actuales de la población menor de 19 años demanda mirar la prevención desde otra perspectiva, donde el paciente se beneficie con acciones que lo acerquen a mantener la salud del complejo buco facial y lo alejen del tratamiento interceptivo y/o correctivo de las anomalías dentomaxilofaciales.

Fundamentos didácticos

Las concepciones sistematizadas permiten trabajar, por tanto, en la argumentación de la prevención primordial de las anomalías dentomaxilofaciales como contenido.

Desde esta dinámica, se considera didácticamente oportuno destacar que todo cobra fuerza en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Atención a la familia I, asignatura de la disciplina Estomatología Integral del tercer año de la formación inicial del estudiante de Estomatología donde está concebido realizar acciones de salud en el menor de 19 años que incluyen “Identificar los factores etiológicos y de riesgo (…) de las maloclusiones” y “Realizar la prevención (…) de las maloclusiones en el menor de 19 años” (MINSAP, 2010, p. 32).

Dentro de los fundamentos de esta asignatura es importante señalar que se expone, el manejo de forma integral a los miembros de la familia, que incluye fundamentalmente la organización de la atención a la población de 0 a 19 y la prevención de enfermedades.

Las consideraciones demarcadas constituyen razones suficientes para que la prevención de anomalías dentomaxilofaciales sea un contenido a enseñar y a aprender en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la disciplina Estomatología Integral como una posible vía de solución para que el estomatólogo general realice su función de atención estomatológica integral de acuerdo a las exigencias sociales actuales

Se asume como proceso de enseñanza-aprendizaje: el proceso que posee

> … un carácter dialéctico e integral, que conlleva a la participación activa tanto del profesor como de los [estudiantes](…), e implica a su vez precisar los objetivos de enseñanza que los [estudiantes] asumen como sus objetivos de aprendizaje, para llegar a los diferentes niveles de esencia del contenido (conocimientos, habilidades, hábitos, destrezas, normas, actitudes y valores) con la utilización de formas de organización, métodos y medios de enseñanza (…) que el profesor y los [estudiantes] deben evaluar sistemáticamente desde una concepción de proceso y resultado. (Reyes, 2007, p. 43)

De igual forma, se reconoce como valioso el análisis de las consideraciones de Castellanos y otros (2005) al definir la enseñanza con enfoque desarrollador como:

> ... el proceso sistémico de transmisión de la cultura en la institución escolar en función del encargo social, que se organiza a partir de los niveles de desarrollo actual y potencial de los y las estudiantes, y conduce el tránsito continuo hacia niveles superiores de desarrollo, con la finalidad de formar una personalidad integral y autodeterminada, capaz de transformarse y de transformar su realidad en un contexto histórico concreto.

Se aprecia que, de una manera u otra, se enfatiza la importancia que tiene en la disciplina Estomatología Integral la prevención primordial de las anomalías dentomaxilofaciales, la cual demanda, la organización de acciones para conducir la formación inicial del estudiante de Estomatología desde sus necesidades instructivas y educativas, a partir de la vinculación de la teoría y la práctica, con una participación responsable, activa y creadora, capaz de transformar al individuo, la familia y la comunidad.

Uno de los aspectos que contribuye al proceso de enseñanza-aprendizaje desarrollador es la actuación del profesor como mediador en el proceso de desarrollo del estudiante para garantizar las condiciones y las tareas necesarias para propiciar el tránsito gradual del desarrollo desde niveles inferiores hasta niveles superiores, es decir trabajar con la zona de desarrollo próximo.

Teoría que se asume pues el proceso de enseñanza-aprendizaje de la disciplina Estomatología Integral se basa en el enfoque histórico-cultural sobre el aprendizaje y el desarrollo, de Vigotsky. Entre sus postulados se pueden encontrar la definición de zona de desarrollo próximo, los períodos sensitivos del mismo, la situación social de este proceso y las contradicciones como fuerzas motrices del desarrollo.

Se asume además de este enfoque de la psiquis humana que la enseñanza precede al desarrollo, lo orienta y lo conduce. Como consecuencia, la enseñanza del diagnóstico de anomalía dentomaxilofaciales se organiza teniendo en cuenta la ley de la dinámica y

la categoría zona de desarrollo próximo, definida esta última como la distancia entre el nivel actual y el nivel potencial.

A criterio de la autora, al aplicar los estudios anteriores, la zona de desarrollo próximo es entendida como el espacio que media entre la prevención primordial de las anomalías dentomaxilofaciales que el estomatólogo en formación inicial puede hacer solo, y la prevención primordial que puede hacer con ayuda de otro. En la medida en que el estomatólogo en formación inicial pasa de la dependencia a la independencia, se crean las condiciones para nuevos aprendizajes, con la misma dinámica.

Dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje se identifican como categorías las siguientes: objetivos, contenidos, métodos, medios, evaluación y formas de organización, que devienen en componentes personalizados cuando toman estructura metodológica e incluyen como componentes personales al estudiante, el profesor y el grupo.

En la dinámica que se establece entre ellos radica su carácter sistémico y la expresión de unidad de la diversidad.

Presupuestos que se asumen y se consideran referentes teóricos de importancia en esta investigación, porque toda propuesta que implique un perfeccionamiento de uno de los componentes del proceso de enseñanza – aprendizaje influye en el resto de los mismos sin olvidar que dicho perfeccionamiento debe estar subordinado a las leyes generales que caracterizan dicho proceso.

Desde estas perspectivas se asume como una categoría del sistema didáctico la categoría contenido porque es la que engloba la sistematización de la cultura, el desarrollo de determinadas habilidades y los valores a formar y a fortalecer.

Al asumir los referentes teóricos de Álvarez (1998) y Addine (2004) sobre el contenido considerados por estos autores como la parte de la cultura intencionalmente seleccionada de acuerdo a los intereses y necesidades de la sociedad que se traslada hacia una disciplina para la formación integral del estudiante y que tiene dentro de sus componentes un sistema de conocimientos , habilidades , valores y actitudes se devela la necesidad de asumir la prevención primordial de las anomalías dentomaxilofaciales como contenido a enseñar y a aprender en la formación inicial del estomatólogo general.

Se declara la prevención primordial de las anomalías dentomaxilofaciales como un contenido a enseñar y a aprender que cobra fuerza por la importancia que tienen las anomalías dentomaxilofaciales en las afecciones del complejo buco facial, las cuales según estudios de la OMS, ocupan el tercer lugar dentro de las afecciones del complejo buco facial y la incidencia lejos de limitarse aumenta progresivamente, así como la severidad de las mismas, especialmente en niños, adolescentes y jóvenes.

Las anomalías dentomaxilofaciales son de etiología multifactorial debido a que presentan uno o más agentes causales conjugados entre sí. El conocer los factores de riesgo que producen o provocan la anomalía sirve para predecir su pronóstico y evitar su instalación.

Las anomalías dentomaxilofaciales pueden instalarse en los tejidos blandos, maxilares, dientes, articulaciones temporomandibulares y la oclusión dentaria y rompen el equilibrio del sistema estomatognático.

El control para evitar la instalación de factores de riesgo que causen la alteración de uno de estos componentes es imprescindible, pues los factores de riesgo rompen el equilibrio entre estos tejidos y órganos dando lugar a la aparición de una o varias anomalías dentomaxilofaciales y con ello afectando las funciones del complejo buco facial: fonación, respiración, deglución, masticación y estética, así como la salud general del individuo.

Es importante además analizar las determinantes de salud que no son más que el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Las anomalías dentomaxilofaciales al afectar al menor de 19 años ocasionan molestias estéticas que en la mayoría de los casos se traducen en problemas del comportamiento. La estética facial, de acuerdo a los cánones de belleza y la sonrisa, como elemento fundamental que muestra estados de ánimo, son preocupaciones de estos grupos de edades.

Miranda (2017) y García (2016) afirman que la preocupación por el aspecto físico y la valoración personal de la estética ascienden de forma gradual durante el desarrollo de la niñez y la adolescencia.

Investigaciones de Florian, Carruitero, Bernabé y Flores (2016) fundamentan desde la ciencia, el papel que desempeña la dentadura en el atractivo físico global del individuo y la repercusión que las anomalías dentomaxilofaciales pueden tener en este.

Estas investigaciones apuntan hacia la necesidad de prevención de las anomalías dentomaxilofaciales no solo por ser uno de los problemas profesionales a los que se enfrenta con frecuencia el estomatólogo general sino por las afecciones estéticas, funcionales, psicológicas y sociales que ocasionan a quien la padece.

También hay que destacar el valor que posee el Análisis de la Situación de Salud como:

> proceso mediante el cual los servicios de salud junto a la comunidad**,** realizan una descripción y explicación del perfil socio epidemiológico de un área determinada, del comportamiento del proceso salud-enfermedad y las interrelaciones del ambiente y entre ellos (…) En resumen**,** se diagnostican problemas y se explican las causas que los producen, para darles solución a los mismos a través de estrategias de intervención y programas apropiados. (PNAEI, 2013, p. 63)

CONCLUSIONES

La prevención de las anomalías dentomaxilofaciales parte de un carácter individual, social y evoluciona a lo familiar, donde se centran las acciones de prevención dentro de la atención estomatológica integral a la familia, específicamente en el menor de 19 años. Sin embargo, aún existen insuficiencias en el contenido de prevención de las anomalías dentomaxilofaciales en el pfi del eg, al no abordar la prevención primordial como contenido a enseñar y a aprender en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la disciplina Estomatología Integral, lo que limita la función de atención estomatológica

integral del estudiante de Estomatología. Los fundamentos teóricos abordados constituyen un sustento científico necesario para enfrentar este proceso.

REFERENCIAS

Addine, F. (Comp.) (2004). *Didáctica: teoría y práctica*. La Habana: Pueblo y Educación.

Álvarez, S. R. (2008). *Medicina general integral*. La Habana: Ciencias Médicas.

Álvarez, C. M. (1998). *La Pedagogía como ciencia* (epistemología de la educación). La Habana: MES.

Castellanos, S. D. (2005). *Aprender y enseñar en la escuela*. La Habana: Pueblo y Educación.

Contreras, A. (2016). La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral, 9*(2), 193-202. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S07190107201600020001 8&script=sci_arttext

de Pedro Cuesta, J., Ruiz, J. S., Roca, M. y Noguer, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica*, *23*(2), 67-73. Recuperado de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134593416000105

Duperly, J. y Acuña, J. (2017). Actividad física y prevención cardiovascular. *Cardiología Preventiva,*1, 65-84. Recuperado de http://johnduperly.com/wp-content/uploads/2014/03/JOHN-DUPERLY-ACMI-ACTIVIDAD-FISICA-PREVENCION-CARDIOVASCULAR.pdf

García Peláez, S., Soler Herrera, M., Colunga Santos, S., Martín Zaldívar, L. y García Peláez, S. (2016). Afectaciones psicológicas en niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales y tratamiento de ortodoncia. *Humanidades Médicas, 16*(2):246-257.

Garófalo, N. y Gómez García, A. M. (2011). *Pensamiento de Fidel sobre la Salud Pública*. La Habana: Ciencias Médicas.

Gómez, N. J. (2016). El papel del cardiólogo clínico en un programa de prevención cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*, *6*(23), 464-466. Recuperado de https://cyberleninka.org

Hidalgo Torres, Y., Valledor Estevill, R. y Pérez Rojas, J. B. (2017). La prevención de anomalías dentomaxilofaciales en la formación inicial del estudiante de Estomatología. En *Ciencia e Innovación*, volumen I. Capítulo Ciencias Pedagógicas. Las Tunas: Edacun. Recuperado de http://edacunob.ult.edu.cu

Hidalgo Torres, Y., Pavón Cruz, M., Paz Quiñones, L. y Almaguer Brito, L. (2015). Epidemiología de las malocluiones en niños de un área de salud de Puerto Padre. *Revista ElectróNica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 40*(7). Recuperado de http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/38

Hidalgo Torres, Y. y Pérez Rojas, Y. (2019). Anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 5 años. *Revista Electrónica Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 44*(4). Recuperado de http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/38.

Hidalgo Torres, Y. (2019). La prevención de anomalías dentomaxilofaciales desde el proceso pedagógico en la carrera de Estomatología. *Opuntia Brava, 11*(4). Recuperado de http://opuntiabrava.ult.edu.cu

Horruitinier, S. P. (2008). *La universidad Cubana: El modelo de formación*. La Habana.

Ministerio de Salud Pública. (2010). *Plan de estudios "D". Carrera de Estomatología*. La Habana: Autor.

Miranda, A. R. (2017). *Impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes de una institución educativa de Lince–Lima*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://200.62.146.130/bitstream/handle/cybertesis/6788/Miranda_pa.pdf?sequence=1&isAllowed

Muñoz, N. L. S., Díaz, D. H. y Ygualada, J. A. S. (2016). Obesidad y riesgo cardiovascular en la gestante. *CorSalud*, *8*(3), 200-202. Recuperado de https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71594

Olatokunboda Costa, O., Aikins, E. A., Isiekwe, G. I. y Adediran, V. E. (2016). Malocclusion and early orthodontic treatment requirements in the mixed dentitions of a population of Nigerian children. *Journal of orthodontic science*, *5*(3), 81. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4968056

Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral (2013). La Habana.

Reyes, J. I. (2007). *Dirección del aprendizaje de los adolescentes de Secundaria Básica*. La Habana: Órgano Editor Educación Cubana.

Ruiz, M. R., Caballero M. F., García, L. C., Monge, M., Canas, F. y Castano, P. (2017) *Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina. La experiencia de la Francisco de Vitoria (Madrid).* Recuperado de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317300736

HERNIA DE AMYAND EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE KARTAGENER. A PROPÓSITO DE UN CASO

AMYAND HERNIA IN A PATIENT WITH KARTAGENER SYNDROME. ABOUT A CASE

Yunisleydis Bárzaga Quintero yunibq@nauta.cu
Tomás Díaz Llaudy drdiazllaudy@gmail.com
Ernesto Cervantes Peña ecpena@ltu.sld.cu

RESUMEN

El síndrome de Kartagener es un trastorno hereditario, autosómico, recesivo y de baja frecuencia, variante clínica de la discinecia ciliar primaria. Se caracteriza por la triada: bronquiectasia, sinusitis recurrente y situs inversus. Este último consiste en una alineación errónea de los órganos dentro del cuerpo, colocándolos del lado opuesto, suele representar un problema en cuanto a la presentación de síntomas de algunas enfermedades, por ejemplo, la apendicitis en un paciente con situs inversus presenta el dolor en el lado izquierdo. Se presentó el caso clínico de un paciente masculino de 70 años de edad, con antecedentes de un síndrome de Kartagener que acude al servicio de cirugía general de forma urgente por presentar, una tumoración dolorosa en la región inguinal izquierda. Refirió que la masa creció paulatinamente y que las molestias se exacerbaron 7 días antes. Se realizó inguinotomía y quelotomía, detectándose el apéndice inflamado en el interior del saco herniario (hernia de Amyand) por lo que fue necesario realizar apendicetomía y herniorrafia inguinal izquierda de urgencia. Este es un caso clínico extremadamente raro, tanto así que, a pesar de toda la bibliografía consultada, no hemos podido identificar un caso similar, ya que las dos entidades nosológicas por separadas son bastante infrecuentes, de ahí lo interesante de este caso.

PALABRAS CLAVES: Síndrome de Kartagener, hernia de Amyand, hernia inguinal, apendicitis aguda.

ABSTRACT

Kartagener syndrome is a hereditary, autosomal, recessive and low frequency disorder, a clinical variant of primary ciliary dyspnea. It is characterized by the triad: bronchiectasis, recurrent sinusitis and situs inversus. The latter consists of a misalignment of the organs within the body, placing them on the opposite side, we often find a problem in the presentation of the symptoms of some diseases, for example, appendicitis in a patient with situs inversus presents pain in the left side. The clinical case of a 70-year-old male patient with a history of a Kartagener syndrome who attended the general surgery service of the urgent form to present a painful mass in the left inguinal region was presented. He said that the mass grew gradually and that the discomfort was exacerbated 7 days before. Inguinotomy and chelation were performed, detecting the inflamed appendix inside the hernia sac (Amyand's hernia), so it was necessary to perform an appendectomy and left inguinal herniorrhaphy. This is an extremely rare clinical case, so, despite all the literature consulted, we have not been

able to identify a similar case, since the two nosological entities are quite infrequent, hence the interestingness of this case.

KEY WORDS: Kartagener syndrome, Amyand hernia, inguinal hernia, acute appendicitis.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Kartagener es un trastorno hereditario, autosómico, recesivo y de poca frecuencia (Aguirre, Criollo, Ordoñes, Rojas y Padilla, 2016). Caracterizado por presentar bronquiectasias, sinusitis crónica y situs inversus o dextrocardia (González y otros, 2015; Aguirre y otros, 2016). Considerado actualmente una variante clínica de la discinecia ciliar primaria pues cuando esta se acompaña de dextrocardia o situs inversus se denomina síndrome de Kartagener el cual representa un 50% de los casos de discinecia ciliar primaria, cuya prevalencia se estima entre 1/15000 a 1/30000 en la población en general (Francis, Ramírez y González, 2018).

La incidencia del Síndrome de Kartagener se estima aproximadamente en uno de cada 32.000 nacimientos y fue descrita inicialmente, en 1904, por Siewert, aun cuando fue Kartagener, en 1933, quien reconoció la asociación de los elementos de la tríada y reportó cuatro casos (Gutiérrez, Solarte y Celis, 2016). Posteriormente, con el desarrollo de la microscopia electrónica se descubrió que estos las personas que lo presentaban tenían alteraciones funcionales y ultraestructurales en los cilios, lo que ocasionaba movilidad ciliar inefectiva o no coordinada (Moya, Medina y García, 2018).

El situs inversus consiste en una alineación errónea de los órganos dentro del cuerpo, colocándolos del lado opuesto (imagen de espejo). El término situs inversus es la forma abreviada de la frase en Latín, situs inversus viscerum, significando posición invertida de los órganos internos. La Dextrocardia (el corazón situado en la parte derecha del tórax) fue descrita por primera vez por Marco Severino en 1643. Sin embargo, situs inversus fue descrito un siglo más tarde por Matthew Baillie (Gutiérrez, Solarte y Celis, 2016).

Suele representar un serio riesgo para la vida pues en la mayoría de los casos va acompañado de malformaciones cardíacas. También representa un problema en cuanto a la presentación de síntomas de algunas enfermedades, por ejemplo, la apendicitis en un paciente con situs inversus presenta el dolor en el lado izquierdo, al igual que en el caso de un infarto al corazón en el cual el dolor característico se ubica en el brazo derecho (Moya, Medina y García, 2018).

Presentamos el caso clínico de un paciente con antecedentes de síndrome de Kartagener que acude al servicio de cirugía por presentar una hernia inguinal izquierda, durante la apertura del saco herniario en la intervención quirúrgica se encontró la presencia del apéndice inflamado, denominándose esta entidad nosológica como hernia de Amyand.

La presencia de una hernia inguinal es una de las entidades nosológicas más frecuentes en nuestro medio, estimándose una prevalencia del 15% en adultos, con una proporción de hombres respecto a mujeres de 12/1. Gómez, García, Garde y Mirón (2018) refieren que el contenido de estas hernias suele ser con frecuencia de grasa

epiploica intra abdominal, asas de intestino delgado, colon y en menor proporción vejiga.

Según afirman Molina, Jaramillo, Vergara y Marín (2017) en 1731 Garangeot fue el primero en encontrar el apéndice cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal indirecta, pero la denominación “Hernia de Amyand” se debe al cirujano inglés Claudius Amyand (1681-1740) quien el 6 de diciembre de 1735 intervino un niño de 11 años por una hernia inguinal atascada que contenía el apéndice cecal perforado; dicho caso fue registrado como el primero de este tipo.

La hernia de Amyand es definida y clasificada en cuatro tipos según contenga el saco herniario inguinal un apéndice: no inflamado, inflamado, perforado o un tumor apendicular o masa abdominal concomitante. Se recomienda para su tratamiento la apendicetomía transherniotomía o laparotómica con hernioplastia o herniorrafia, dependiendo de la presencia de inflamación o sepsis abdominal (Fonseca, et al., 2017).

Benavides y Dussán (2017) refieren que el estudio de elección para realizar diagnóstico es la tomografía computada de abdomen, sin embargo la mayoría de los pacientes son llevados a intervención quirúrgica sin contar con el estudio por las características clínicas que presentan y que generalmente incluye dolor o atascamiento de la hernia.

Se realiza la investigación con el objetivo de describir la hernia de Amyand en un paciente con antecedentes de un síndrome de Kartagener.

Presentación del caso clínico

Motivo de ingreso: dolor en región inguinal izquierda

Historia de la enfermedad actual: Paciente masculino de 70 años de edad, con antecedentes del Síndrome de Kartagener y hernia inguinal izquierda de 7 años de evolución, que hace 7 días presentó dolor abdominal de gran intensidad en región inguinal izquierda por lo que acudió al servicio de urgencia del Hospital Provincial de Xai-Xai, provincia de Gaza, Mozambique. Refirió que la masa creció paulatinamente, y que dolor se le exacerbaba con los esfuerzos físicos y a la deambulación, acompañado de cambios inflamatorios en la región anatómica antes mencionada.

Antecedentes Patológicos Personales: Síndrome de Kartagener y hernia inguinal izquierda.

Antecedentes Patológicos Familiares: No refiere

Hábitos tóxicos: Fumador

Reacción alérgica a medicamentos: No refiere

Examen físico:

- Piel: seca.
- Mucosas: secas e hipocoloreadas.
- Sistema respiratorio: expansibilidad torácica normal, murmullo vesicular audible, no se auscultan estertores, FR: 24 por minutos.

- Sistema cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono e intensidad, no soplos ni roce pericárdico, latido de la punta en hemitórax derecho (Figura 1). FC: 110 por minutos y Tensión Arterial: 90-60 mmHg.
- Abdomen: Sigue los movimientos respiratorios. Ruidos hidroaéreos presentes y normales. Blando, depresible, presencia de tumoración inguinal izquierda irreductible de 8 por 20 cm de diámetro, muy dolorosa a la palpación, con cambios inflamatorios.
- TCS: no infiltrado.
- SNC: orientado en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos.

Exámenes complementarios:

- Hemoglobina, 9.3 g/L
- Hematocrito, 27.9%
- PLT, 205 /10^3
- WBC 16. 000 /10^3
- glucosa, 4 mg/Dl
- creatinina 70 mg/dL.

Se decide intervenir quirúrgicamente realizándose inguinotomía, quelotomía, apendicetomía y herniorrafia inguinal izquierda de urgencia (Figura 2). En el posoperatorio se aplica antibioticoterapia con ceftriaxona (1g) 2 bulbos endovenoso cada 12 horas, metronidazol (500mg) 1 frasco endovenoso cada 8 horas y gentamicina (80mg) 3 ámpulas diluidos en 200 ml de NaCl (0,9%) a pasar en 1 hora endovenoso diario. El paciente evoluciona satisfactoriamente y luego de siete días de ingreso se decide alta hospitalaria con seguimiento por consulta. La biopsia histológica informó apendicitis aguda gangrenada (Figura 3). No se presentaron complicaciones posquirúrgicas.



Figura 1. Radiografía de tórax frontal demuestra dextrocardia.



Figura 2: Realización de la cirugía hernia inguinaldel lado izquierdo.

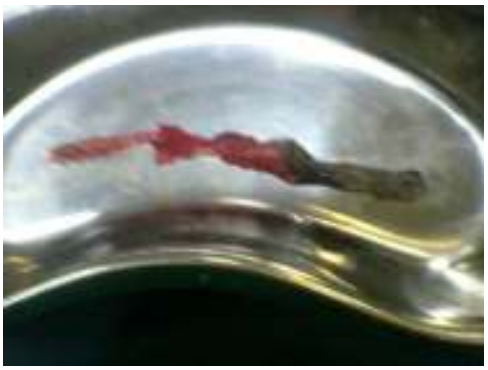


Figura 3. Contenido del saco herniario, ciego inflamado y apéndice cecal necrosada en su tercio distal.

Discusión del caso

En el caso de una hernia inguinal, la apendicitis aguda probablemente se debe a una obstrucción extraluminal generada por aumento de la presión en el cuello herniario que limita el flujo sanguíneo, lo cual resulta en inflamación y proliferación bacteriana; además, el apéndice cecal se torna más vulnerable al trauma. Por el contrario, cuando la apendicitis no se asocia con una hernia inguinal, la presión es intraluminal (Villarreal, Luna, Cabrera y Vinck, 2016).

La ocurrencia de apendicitis aguda en un saco herniario oscila entre 0.008 % y 1 % en la literatura anglosajona (Niroshini Rajaretnam y otros, 2018).

López la O (como se citó en Lerma, 2018) consultó estudios realizados en 1937, que corroboraron 11 de 8 692 casos con apendicitis (0.13 %), localizados en los sacos herniarios externos. En reportes de otros autores se constató sólo 7 apendicitis agudas en sacos herniarios externos durante 8 años. La edad media fue de 69 años. Otras investigaciones afirman haber hallado el apéndice normal en un 0,51 %, y apendicitis aguda dentro de un saco herniario de la región inguinal, en 0,1 %.

En acto operatorio encontramos durante la apertura del saco herniario grande el ciego en su interior con signos inflamatorios, apéndice cecal de 10 cm de largo inflamada en todo su trayecto y necrosada en su tercio distal. Hacemos apendicetomía de punta a base, se reduce el ciego a la cavidad abdominal a través del orificio inguinal profundo de la pared abdominal. El proceder usado es el tipo 2, basado en la clasificación y manejo de la hernia de Amyand, propuesta por Losanoff y Bassonn (Tabla 1). Una hernia indirecta que reparamos con tejido endógeno por la técnica Shouldice.

Tabla 1. Clasificación Losanoff y Basson de la hernia de Amyand

Clasificación	Descripción	Tratamiento
Tipo 1	Apéndice normal en una hernia inguinal.	Reducción de la hernia y colocación de malla.
Tipo 2	Apendicitis aguda en una hernia inguinal sin sepsis abdominal.	Apendicectomía y reparación primaria de la hernia sin malla.
Tipo 3	Apendicitis aguda en una hernia inguinal y sepsis de la pared abdominal.	Laparotomía, apendicectomía y reparación de la hernia sin prótesis (malla).
Tipo 4	Apendicitis aguda en una hernia inguinal con enfermedad abdominal concomitante.	Igual que el tipo 3 más el tratamiento de la enfermedad concomitante.

Este es un caso clínico extremadamente raro, tanto así que, a pesar de toda la bibliografía consultada, no hemos podido identificar un caso similar, ya que las dos entidades nosológicas por separadas son bastante infrecuentes, de ahí lo interesante de este caso. Queremos significar que una vez que se diagnostiquen pacientes con enfermedades herniarias siempre hay que pensar que pudiera estar el apéndice cecal en su interior, pasar inadvertido este dato, sobre todo en un paciente con situs inversus pudiera traer consecuencias devastadoras para el paciente. Es una realidad que la mayoría de estos casos se diagnostican una vez comenzado el acto quirúrgico pero la pericia del cirujano debe orientarlo hacia tomar una conducta quirúrgica urgente actuando en consecuencia e intentar evitar las complicaciones transoperatorias y posoperatorias que pudiera presentar el paciente.

REFERENCIAS

Aguirre, L., Criollo, G., Ordoñes, L., Rojas, C. y Padilla, F. (2016). Síndrome de Kartagner (Discinicia ciliar primaria) Presentación de caso. *Revista de la Dirección de Investigación, CEDAMAZ,* 4(6), 1390-5880.

Benavides-Álvarez, A., Dussán-Osorio, D. y Maestre-Serrano, R. (2017). Hernia de Amyand: Reporte de un caso. *Revista Médica de Panamá, 37*(3): 36-39.

Fonseca Sosa, F. K., Casado Méndez, P. R., Santos Fonseca, R. S., Núñez Siré, R. A., Rey Vallés, Y. S. y Quesada Martínez, E. (2017). Hernia de Amyand. Reporte de caso. *Rev Méd Electrón, 39*(2). Recuperado de http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1728/3376.

Francis, D., Ramírez, Z. y González, L. (2018). El síndrome de Kartagener y su relación con las ciliopatías. *Actualidad Médica*, *57*(269), 221-226.

Gómez-Sánchez, J., García-Rubio, J., Garde-Lecumberri, C. y Mirón-Pozo, B. (2018). Hernia de Amyand. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Actualidad Médica* (804).

González, F. J., Sánchez, M. J., Parra, M. L., Lagaña, C., Luchsinger, J. y Largo, P., (2015). Síndrome de Kartagener. Medecina genética y familia. *ELSEVIER; 4*(4),136-139

Gutierrez, D., Solarte, D. y Celis, C. A. (2017). Síndrome de Kartagener: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Universitas Médica, Colombia,58*(1). January-March 0041-9095.

Lerma, M. T., Cidoncha, E. M. y Fuentes, F. T. (2018). *Two-stage treatment of concomitant complicated right amyand's hernia and incarcerated left inguinal hernia: Case report and review of the literature.* J Abdom Wall Reconstr.

Molina-Marín, J. D., Vergara-Osorio, G., Marín-Marmolejo, J. C. y Jaramillo-Rojas, E. T. (2017). Hernia de Amyand: presentación de un caso. *Iatreia,30*(4), 443-447. Recuperado de http://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n4a08

Moya-Sánchez, E., Medina-Salas, V. y García Espinosa, J. (2018). Coledocolitiasis en un paciente con síndrome de Kartagener. *RAPD ONLINE, 41*(3), 565-586.

Rajaretnam, N. y Arain, A. (2018). Amyand's Hernia – an Avoidable Patient Presentation. *Clin Surg. 3*, 2043.

Villarreal, R., Luna-Jaspe, C., Cabrera, L. F. y Vinck, E. (2016). Hernia de Amyand encarcelada, revisión de la literatura y reporte de un caso en una institución de tercer nivel en Bogotá. *Revista Colombiana de Cirugía*, 31, 283-8.

LA EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES, DESDE LA ORIENTACIÓN FAMILIAR

INTEGRAL EDUCATION OF SEXUALITY IN ADOLESENTS, FROM FAMILY ORIENTATION

Ana del Pilar Fuentes Enrique delpilar31@ltu.sld.cu

Nidian Juana Romero Figueredo nromero@.ltu.sld.cu

RESUMEN

La educación de la sexualidad constituye una problemática actual, influye directamente en lograr los objetivos del milenio, la familia es un factor decisivo para alcanzar este fin, en este sentido su preparación es determinante para que los adolescentes asuman conductas responsables para una sexualidad sana y placentera, basada en el respeto, la equidad, la no estigmatización y desempeño social. En esta ponencia se expone la importancia de la orientación familiar encaminada hacia la preparación teórica y práctica, desde una doble intencionalidad, de manera que coadyuve a cambios de actitudes personales y procederes que se emplean con hijas e hijos en función de una comunicación asertiva en materia de educar para y desde la sexualidad. La puesta en práctica de estos sustentos teóricos ha posibilitado mejorar la comunicación entre familia y adolescentes, en la asunción de actitudes y estilos de vida saludables, disminución de factores de riesgo, adecuado desempeño social.

PALABRAS CLAVES: educación de la sexualidad, adolescente, familia.

ABSTRACT

The education of sexuality is a current problem, directly influences the achievement of the millennium goals, the family is a decisive factor to achieve this end, in this sense its preparation is decisive for adolescents to assume responsible behaviors for a healthy and pleasant sexuality , based on respect, equity, non-stigmatization and social performance. This paper exposes the importance of family orientation aimed at theoretical and practical preparation, from a double intention, so that I contribute to changes in personal attitudes and procedures that they use with their daughters and sons based on assertive communication on the subject to educate for and from sexuality. The implementation of these theoretical supports has made it possible to improve communication between family and adolescents, in the assumption of healthy attitudes and lifestyles, reduction of risk factors, adequate social performance.

KEY WORDS: education of sexuality, adolescent, family.

INTRODUCCIÓN

La familia se visualiza con un carácter profundamente humanista y trasformador. Es una mediadora del progreso social, concediéndosele gran importancia, pues esta despliega una profunda y sostenida labor educativa. Es ineludible la responsabilidad que ejerce en cuanto a la formación en las diferentes etapas de la vida. Su influencia es permanente en todos los sentidos. La Declaración Universal de los derechos humanos, Asamblea General de las Naciones Unidas en su Artículo 16.3 plantea que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad.

En Cuba, específicamente con el triunfo de la Revolución, la familia pasó a ser un tema recurrente en los debates y proyección general de las diversas instituciones, organismos y centros de estudios que llevan a cabo programas sociales y científicos, con el objetivo de contribuir con el perfeccionamiento de su valor social, todo basado, en las tradiciones más genuinas, legadas por representantes destacados de la filósofa, la educación y la cultura de siglos precedentes, como: Félix Valera Morales (1788-1853), José de la Luz y Caballero (1800-1862) y José Martí Pérez (1853-1895).

Así, el Estado cubano se ha trazado objetivos cada vez más enriquecedores con relación a la familia, para lograr la formación de las nuevas generaciones en correspondencia con la sociedad contemporánea. En la Constitución de la República de Cuba, en su Capítulo V, dedicado a Familia, en su Artículo 35 expresa: “el Estado reconoce en la familia la célula fundamental de la sociedad y le atribuye responsabilidades y funciones esenciales en la educación y formación de las nuevas generaciones” (2008, p.18).

Educar para la vida futura tiene el propósito de que se logren sueños y aspiraciones, pero aún cuando mantiene buenas relaciones en el hogar, el tema sexualidad mantiene ciertos límites en la comunicación. En el contexto de la formación integral del ser humano la preparación en esta esfera ha de permitir un desarrollo pleno. Haciéndose necesario romper con ciertos tabúes y encaminado una comunicación franca y abierta.

La adolescencia como etapa de identificación de la identidad, planes y proyectos futuros merece una especial atención. Esta etapa en la sociedad cubana tiene particularidades específicas con respecto a la adolescencia de otras partes del mundo, casi toda la población de este grupo etario en el país está escolarizada, se desarrollan en un ambiente que promueve valores.

La educación integral de la sexualidad forma parte de la educación de la personalidad y consiste en preparar a los adolescentes para el amor, el matrimonio, la familia, la aceptación a la diversidad sexual. Un tratamiento eficaz de este tema en este grupo de riesgo, permitirá que muchos de los conflictos o situaciones que lo llevan a esta condición desaparezcan o disminuyan por lo que constituye tema de investigación.

En la actualidad, familia, escuela y sexualidad aparecen imbricadas dado los disímiles problemas sociales causados por factores como: la promiscuidad, embarazo, matrimonios tempranos y no deseados , crecimiento de las tasas de las Infecciones de Transmisión Sexual *(ITS),* la propagación del Virus de inmunodeficiencia Humana *SIDA*, la pérdida de solidaridad humana y deserción escolar.

La naturaleza del tema requiere un abordaje sistémico, más profundo, que propicie acciones restauradoras de la personalidad de padres, madres o tutores para regular factores que provocan conflictos y crear las condiciones formativas necesarias para la educación de la sexualidad durante la adolescencia. Para ello es menester propalar conocimientos puntuales que caracterizan a este grupo de edades. Por todo lo antes expuesto, decidimos realizar la siguiente investigación con el fin de orientar a la familia para que este grupo de edad asuma conductas adecuadas ante la sexualidad mediante la comunicación asertiva.

Rol de la familia en la orientación de la sexualidad de los adolescentes en la sociedad cubana actual.

La familia constituye una institución y un grupo social cuya función básica es proporcionar la educación de sus hijos. A través de todos los tiempos, su responsabilidad y encargo social han estado dirigidos hacia la formación del nuevo ciudadano, capaz de responder a las múltiples y crecientes demandas de una sociedad que se desarrolla a un ritmo acelerado.

La educación de la sexualidad está estrechamente relacionada con la comprensión, la reflexión y el discernimiento, y fortalece las bases para el aprendizaje a lo largo de la vida, preparando a los adolescentes para la vida adulta. Cerruti (2015) define la educación integral de la sexualidad como,

> (…) el proceso educativo continuo vinculado profundamente a la formación integral de niñas/os y adolescentes que les aporte información científica y elementos de esclarecimiento y reflexión para incorporar la sexualidad de forma plena, enriquecedora, responsable y saludable en los distintos momentos y situaciones de vida (Cerruti, 2015, p.6)

Así, se entiende entonces que,

> (…) la educación sexual constituye un proceso, cuya trascendencia educativa rebasa los límites de la enseñanza y el aprendizaje, y su alcance va más allá de la escuela para penetrar en el campo de la actuación y creación de valores en los individuos y grupos sociales, mediante una participación activa, positiva y transformadora en las comunidades donde habitan (Roca, 2012, p.45)

Desde otra perspectiva la educación sexual es definida por Castro (2006), como:

> (…) El proceso activo que potencia al individuo para el encuentro pleno y responsable con el otro sexo y con la propia sexualidad, en correspondencia con sus necesidades y las del contexto social, garantizando, el protagonismo y la capacidad de elegir los límites personales de su sexualidad, así como el respeto de las personas con las cuales se relaciona Castro (2006, p.11)

En este sentido, educar a las familias en el logro de una educación sexual que se traduzca en un comportamiento responsable implica prepararlos para que asuma estilos de vida favorables, que eviten conductas de riesgo que puedan originar graves consecuencias para la salud sexual y reproductiva y por tanto para la vida personal, en parejas o familiar. La orientación familiar con respecto a este tema encausaría al adolescente hacia la toma decisiones acertadas.

R. Alvira (2000) considera la orientación familiar como un arte que supone conocer muchas experiencias familiares; estudiar las realizaciones educativas y los problemas de esas familias; captar el estilo familiar en cada caso; observar su modo peculiar de convivencia, de mutua ayuda, de apertura al entorno mediante la amistad, conocer cuáles son los principales valores descubiertos, aceptados y vividos en cada familia.

La educación familiar es definida por varios autores, dentro de ellos se destaca la conceptualización propuesta por Rodríguez, citado por Álvarez, (1994), al concebirla como:

> (…) un sistema de influencias conscientes pedagógicamente dirigidos a los padres y otros familiares cercanos, responsabilizados con la educación de los niños y adolescentes en el hogar, encaminado a elevar su preparación pedagógica y a estimular su participación activa en la formación de su descendencia (Álvarez, 1994, p.75)

La temática de la orientación familiar acumula muchos años de estudios por diversas ciencias como la psicología, la pedagogía y la sociología, fundamentalmente. Estos estudios se iniciaron en París, Francia, en la década del setenta del siglo pasado, referidos a brindar asesoría a las familias utilizando para ello las escuela de padres, lo cual condujo a la sistematización de las experiencias a la publicación de un libro titulado, *L´ecale de parents de Isambert* (La escuela de padres de Isambert) referenciado por Antonov (1980)

Con respecto al concepto de orientación familiar, al igual que en el caso anterior, existen múltiples definiciones; no obstante, el concepto que ofrece, G. Casas Fernández citado por Álvarez, M (1988), resume las características apuntadas por muchos de los autores, al definirla como: “un proceso de ayuda para la mejora personal de quienes integran la familia y para la mejora de la sociedad, en y desde la familia, fundamentalmente en todo aquello que hace referencia a la educación familiar” (Álvarez, 1988, p.49).

La atención al tema de la orientación familiar encaminada a la educación de la sexualidad en Cuba antes del Triunfo de la Revolución era prácticamente nula. La situación política y social imperante en estos años no permitía el desarrollo ni preocupación de este tema. La niñez, adolescencia y juventud carecían de programas que se encargaran de su adecuado desarrollo psicosocial.

Con el triunfo de la Revolución Cubana y el despliegue de una serie de programas donde se incluía la Educación y Salud, la fundación de instituciones y organizaciones de masa se da inicio a las bases de la educación de la sexualidad. En la década de los 60 la atención estaba centrada en la parte ginecológica y a la embaraza. Específicamente en el año 1962, surge el Programa Nacional de Educación Sexual, adscrito a la Comisión permanente de atención a la infancia, la juventud y la igualdad de derechos de la mujer.

El código de Familia de Cuba fue a probado en 1975 y el Código de la Niñez y la Juventud, aprobado en 1978 en la Asamblea del Poder Popular. Ambos dentro de sus objetivos tienen materializar los derechos de los niños, adolescentes y jóvenes, responsabilizando a la familia, escuela y comunidad de su pleno desarrollo donde la sexualidad ocupa un lugar preponderante.

Como continuidad del ascendente desarrollo social de la Revolución en el año 1976 el Ministerio de Salud Pública realiza el Primer Seminario Nacional de Educación Sexual, su objetivo era incluir temas relacionados con la educación sexual en la formación integral a la familia. La Resolución 400 de 1978 (creación de los consejos de escuela) impulsa la vinculación familia -escuela, la que en 1989 es deroga y en su lugar se estable la Resolución 364 que aprobó el reglamento de los Consejos de Escuela, quedando establecido dentro de sus objetivos realzar a primer plano la responsabilidad de la familia en la formación de sus hijos y así se recoge en sus artículos.

En las Tesis del I Congreso del PCC se expresa:

> (..) es necesario que los jóvenes de uno y otro sexo crezcan con sentimientos adecuados sobre la responsabilidad y las necesarias previsiones que conlleva la relación sexual, tanto por lo que pueda afectar la maternidad temprana a los jóvenes en su desarrollo educativo-biológico, psíquico y social, como por las obligaciones que se derivan de la creación de un ser humano (Tesis y resoluciones del I Congreso del PCC, 1975).

El GNTES devino Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) como institución especializada en esta temática centró sus objetivos en el desarrollo teórico y metodológico de la producción de conocimientos y potenciación de capacidades profesionales a nivel académico y práctico, como parte de sus acciones se integraron al MINED, entre otras instituciones la UJC, la Federación de Estudiantes de la Enseñanza Media (FEEM), la familia y la comunidad, lo que posibilitó una intervención más armónica en tanto fueron espacios de socialización.

En 1994, en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, se hizo un llamado a los países participantes para reconocer el derecho fundamental a la salud reproductiva, lo que en la práctica se vería reflejado en acciones gubernamentales que permitirían reducir los embarazos en la adolescencia. Fue así que el Estado Cubano y demás países participantes promovieron medidas para que, en condiciones de igualdad, se pudiera asegurar el acceso universal a los servicios de salud, incluida la sexual y reproductiva.

La construcción de la vida social y afectiva durante la adolescencia se halla influida por elementos de diversa índole, que guardan relación con factores individuales, familiares y sociales de los sujetos. Específicamente, en el plano de las relaciones afectivas tienen especial relevancia, en primer lugar, el carácter singular que para el adolescente tengan las relaciones en el ámbito familiar y, en segundo lugar, los significados que asigne a las relaciones con amistades y noviazgos. Ambos tipos de relaciones han de constituirse en componentes fundamentales a la hora en la que el adolescente delimita su ámbito social y afectivo fuera del correspondiente a la familia.

En estudios realizados sobre el tema, es evidente que la familia asume estilos educativos de crianza que no potencian la autonomía, la coherencia, la autenticidad y la conciencia crítica de los hijos; esta situación podría condicionar el surgimiento de alteraciones en el desarrollo de la personalidad como rasgos de inseguridad, dependencia, falta de confianza en sí mismos, incapacidad para evaluar y enfrentar situaciones reales, simulación, violencia, entre otros.

La comunicación familiar en la educación de la sexualidad en adolescentes.

> (…) La familia constituye el primer agente de socialización de la personalidad y el grupo de referencia más estable a lo largo de la vida en cuanto a la formación de valores, normas de comportamiento y actitudes; en los vínculos intrafamiliares se potencian la comunicación humana y los lazos emocionales. Tiene la responsabilidad de educar en cada una de las etapas de vida a su descendencia; pero sin lugar a dudas donde más necesaria se hace es en la adolescencia y la juventud ya que constituyen períodos de difícil manejo donde comienzan a tener nuevas necesidades y desean obtener experiencias (Ares, 2010, p.9)

No podemos desligar la comunicación de la educación cuando de adolescentes se trata por lo que se hace necesario referirse a esta última. Toda influencia ordenada ejercida

sobre una persona para formarla y desarrollarla a varios niveles complementarios; en la mayoría de las culturas es la acción ejercida por la generación adulta sobre la joven para transmitir y conservar su existencia colectiva. Es un ingrediente fundamental en la vida del ser humano y la sociedad y se remonta a los orígenes mismos del ser humano. La educación es lo que transmite la cultura, permitiendo su evolución mediante una comunicación no solo verbal.

Es importante destacar que en cuanto a la educación de la sexualidad la comunicación personal es un componente esencial debido a que constituye una fuente importante de información e influencia para la mayoría de las personas, las cuales a menudo buscan el apoyo y aprobación social de su conducta a través de interacciones con otras personas, un ejemplo es la “comunicación cara a cara”, que le permite al emisor variar el mensaje de acuerdo con las reacciones de la audiencia o personas, formular preguntas, dar retroalimentación y aclarar aspectos.

Resulta evidente que la educación integral de la sexualidad promueve la conciencia crítica y la autodeterminación. La sexualidad es parte de nuestro ser como personas, por lo que el sistema educativo debe tener como misión fundamental en esta materia, promover una educación de la sexualidad armónica e integral y rescatar la importancia del afecto, las emociones y los sentimientos que permitan descubrir mejores formas de vivir y relacionarse entre sí y con el entorno.

Según la sexóloga Cerruti (2015), entre los objetivos de la educación integral de la sexualidad están:

> (…) Lograr el desarrollo de un pensamiento crítico que posibilite la adquisición de actitudes positivas hacia la sexualidad, entendida como elemento inherente al ser humano, más bien que buscar la acumulación de contenidos e información per se.
>
> Favorecer el proceso mediante el cual sea posible conocerse, identificarse y aceptarse como ser sexual y sexuado durante todo el transcurso de la vida, sin angustias, temores ni sentimientos de culpa.
>
> Propiciar la comunicación en la pareja y en la vida familiar promoviendo relaciones equitativas y horizontales dentro del hogar, destacando el respeto y consideración que, como personas, merecen todos sus integrantes, cualquiera que sea su sexo y edad.
>
> Promover criterios equitativos y conductas de responsabilidad compartida en la pareja tanto en la procreación y el cuidado de la descendencia, como frente al empleo de métodos anticonceptivos.
>
> Promover conductas de responsabilidad recíproca en la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Cerruti, 2015, p.8)

Para dar cumplimiento a estos objetivos se hace necesaria una comunicación amena y de intercambio. Los modelos educativos que hoy son utilizados por las familias en la comunicación son disimiles ya que estamos en la etapa de la tecnología ,los padres se desarrollaron con la prensa escrita ,la radio y la tv, hoy nuestros hijos sacian sus necesidades de conocimiento con descargas de internet .Sin renunciar a los espectaculares avances de la tecnología debemos retomar en la comunicación el dialogo y así establecer contacto para dar o recibir ,expresar o comprender lo que pensamos y percibir emociones.

El Sistema Nacional de Salud potencia el desarrollo de la sexualidad en los adolescentes

El programa de Educación sexual en Cuba es preocupación del estado desde el triunfo revolucionario, gestado por la Federación de Mujeres Cubanas. En el año 2011 es aprobada la Resolución Ministerial 139 del Ministerio de Educación la que aprueba entre sus objetivos el programa de de Educación de la sexualidad, ratificado en el convenio MINED- MINSAP del 2013.

En el documento Promoción de la Salud sexual, Recomendaciones para la acción, editado por la OPS, la OMS, se describen las características de la Educación Sexual Integral. A las que se hace referencia a continuación.

- Lograr el desarrollo de un pensamiento crítico que posibilite la adquisición de actitudes positivas hacia la sexualidad, entendida como elemento inherente al ser humano, más bien que buscar la acumulación de contenidos e información.
- Favorecer el proceso mediante el cual sea posible conocerse, identificarse y aceptarse como ser sexual y sexuado durante todo el transcurso de la vida, sin angustias, temores ni sentimientos de culpa.
- Propiciar la comunicación en la pareja y en la vida familiar promoviendo relaciones equitativas y horizontales dentro del hogar, destacando el respeto y consideración que, como personas, merecen todos sus integrantes, cualquiera que sea su sexo y edad.
- Promover criterios equitativos y conductas de responsabilidad compartida en la pareja tanto en la procreación y el cuidado de la descendencia, como frente al empleo de métodos anticonceptivos.
- Promover conductas de responsabilidad recíproca en la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Para favorecer la educación integral de la sexualidad, prevenir la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA y disminuir el impacto social que provocan, es preciso realizar acciones de promoción de salud partiendo de una visión integral multidisciplinaria del ser humano, considerando a las personas en su contexto familiar, comunitario y social.

El compromiso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para mejorar la salud y el bienestar de la población joven son de larga data. Dentro de este contexto, la OPS presenta en una Estrategia Regional y un Plan de Acción para Mejorar la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes sobre la Salud ambas iniciativas fueron aprobadas por Estados Miembros de la Organización en el 48.º y el 49.º Consejo Directivo en el 2008, 2009, respectivamente, evaluada en el año 2018.

Según el Comité de los Derechos del Niño y la Estrategia de Salud Reproductiva de OMS, existen varios derechos reproductivos, tales como el derecho a la salud sexual y reproductiva, el derecho a decidir libremente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, el derecho a la no discriminación, el derecho a recibir toda la información sobre salud sexual, entre otros. Los derechos sexuales (según la propuesta conceptual de la Secretaria de la OPS, OMS y WAS (“World Association of sexology”) los derechos sexuales incluyen: el derecho a la salud sexual, el derecho a la libertad sexual, el derecho a la expresión de la sexualidad, el derecho a la educación sobre sexualidad, el derecho al placer sexual, entre otros.

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes ocupan un lugar de importancia entre las prioridades internacionales de desarrollo, que incluyen desde la necesidad de formular políticas innovadoras y eficaces en el nivel regional como el fomento de una mayor sensibilización y una participación más activa de los adolescentes, sus familias y sus comunidades en el ámbito local. Estos logros deben protegerse, y además impulsarse y ampliarse a mayor escala las prácticas más adecuadas.

El Ministerio de Salud Pública en Cuba tiene diseñado una amplia gama de acciones que desde todos los niveles de atención promueven la sexualidad responsable en la adolescencia, teniendo en cuenta las características de esta etapa. Es necesario resaltar la labor que se realizan desde los Equipos Básicos de Salud, ya que están más cercanos a la familia y sus problemáticas.

CONCLUSIONES

La educación de la sexualidad es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, se inicia desde el nacimiento dentro del grupo familiar y transcurre durante toda la vida en los sucesivos vínculos que establecen las personas al interactuar con diferentes grupos. Hoy se aprecian importantes cambios de conductas, actitudes y valores en lo referente a la sexualidad de los adolescentes de distintos sexo por lo que la manera de decir hacer y educar debe estar al ritmo de estos cambios, tocándole a la familia asumir una posición que favorezca este desarrollo.

La adolescencia de por sí es un período maravilloso de crecimiento, construcción, forjador de metas y sueños; además de apertura al mundo y a los demás. La sexualidad como ya se ha dicho suele hacer explosión en la adolescencia, al iniciarse los cambios psicológicos y fisiológicos. La educación familiar como núcleo de este proceso, encauza y dirige hacia el logro de una mayor calidad en el pleno desarrollo de la personalidad su acción socializadora, orientadora y educativa, en función de la formación de una nueva generación a que aspira la sociedad. La familia por lo tanto tiene que ser integral, desarrollando diferentes aristas, es decir, un hombre que piense, sienta, valore, actúe, cree y ame, es prepararlo para la vida presente y futura, para el trabajo, lo que constituye la esencia misma del proceso educativo.

REFERENCIAS

Aler, L.M. Pedagogía de la sexualidad humana. En *Sexualidad y Educación. Colección Mesa Redonda*. Cooperativa Editorial Magisterio. Santafé de Bogotá, D. C. Colombia. s/a pp. 26-45

Barbón, O.G. (2009). *El enfoque de género en la prevención del embarazo en la adolescencia*. (Tesis en opción al título académico de Máster). ISCM. Facultad Dr. Miguel Enríquez. La Habana.

Castellanos, B. y González, A. (1995).*Sexualidad humana, personalidad y educación*. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación.

Castellanos, B. (1994).*Una alternativa personológica en el estudio de la sexualidad humana*. (Tesis presentada en opción al grado científico de Dr en Ciencias Pedagógicas). Universidad Pedagógica E. José Varona. La Habana, Cuba.

Carvajal, C., López, A.B. (2013). *La formación de promotores estudiantiles en las universidades de ciencias pedagógicas: una herramienta para la preparación de docentes en el trabajo de promoción de la salud en el Sistema Nacional de Educación*. Curso 29. Pedagogía 2013. La Habana.

Castro, PL. (1998): *Hacia una sexualidad responsable y feliz: Para ti adolescente*., La Habana: Pueblo y Educación.

Cerruti Basso S. (2015). Educación sexual en Uruguay: la materia pendiente. En Documento rector del PRONESS.

Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la Acción. OPS, OMS, WAS, Antigua, Guatemala, mayo 2009

Revista Cubana de Salud Pública. 2013; 39(1) 161-174

Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana ISSN 19 8 4 - 6 4 87 / n.17 - ago. 2014 - pp. 9 8 -123 / Reyes, D. & González, E. / www. Sexualidad salud y sociedad .org

TALLERES DE ORIENTACIÓN PROFESIONAL PARA EL TECNÓLOGO DE LA SALUD

SHOPS OF PROFESSIONAL ORIENTATION FOR THE TECHNOLOGIST OF THE HEALTH

Talía Galán Arias.
Madelín García Sánchez madelings@ult.edu.cu
Edelio Rondón Alarcón edeliora@ult.edu.cu

RESUMEN

En el presente se han realizado múltiples investigaciones en el área de orientación profesional, que se corresponde con una adecuada información y la formación de vivencias significativas sobre la profesión, a partir del conocimiento y relación con el modelo del profesional y en la reflexión sistemática, práctica en los futuros contextos de actuación. La investigación es una respuesta a las necesidades existentes en este ámbito, se hace énfasis para ubicar esta experiencia en el sistema de trabajo como aporte valioso, por lo que es necesario complementarlo con resultados científicos que avalen la pertinencia de ésta, para beneficio de los profesionales comenzando por el conocimiento que adquiera cada estudiante para alcanzar estos propósitos.

PALABRAS CLAVES: orientación profesional, motivación, intereses.

ABSTRACT

Presently they have been carried out multiple investigations in the area of professional orientation, which should spread to appropriate information and the formation of significant experiences on the profession, starting from the knowledge and relationship with the professional's pattern and in the systematic reflection, practice in the future performance contexts. The investigation is an answer to the existent necessities in this environment, emphasis is made to locate this experience in the work system like valuable contribution, for what is necessary to supplement it with scientific results that endorse the relevancy of this, for the professionals' benefit beginning with the knowledge that each student acquires to reach these purposes.

KEY WORDS: professional orientation, motivation, interests, conflicts

INTRODUCCIÓN

El problema de la orientación profesional ha sido una preocupación de la humanidad a través del tiempo, la sociedad ha tratado que el individuo se ajuste a la profesión como una de las cuestiones fundamentales para el desarrollo del hombre y su actividad principal, el trabajo, por lo que siempre ha estado en la mente de pensadores, filósofos, sociólogos, psicólogos y estudiosos en general.

La orientación es condición permanente para el desarrollo humano. La práctica de la orientación como una actividad organizada y dirigida al logro de objetivos específicos, comienza desde la primera década del siglo XX, identificada con el ámbito profesional en sus inicios y extendiéndose a otros campos con posterioridad donde toma cuerpo de disciplina educativa.

En nuestro país la atención a la orientación profesional ha sido tarea de primer orden desde el triunfo de la Revolución, la Campaña de Alfabetización en 1961, que marcó las pautas para la formación de obreros, técnicos y profesionales en las más variadas especialidades a consecuencia del pujante desarrollo económico y social, su dirección tuvo conciencia plena de la necesidad de lograr altos niveles de formación vocacional y orientación profesional para poder enfrentar las grandes metas trazadas, a corto, mediano y largo plazo en el plano de las transformaciones políticas, económicas y sociales a las que se aspiraba.

Así "la formación vocacional y orientación profesional surgen por la necesidad de facilitar una información que oriente al individuo para lograr las competencias que requiere para insertarse en un contexto social laboral" (Sánchez., 2014, p.5).

Teniendo en cuenta la importancia de esta labor, se han establecido decretos y resoluciones que rigen el trabajo vocacional y profesional. Asimismo, el Lineamiento 150 del Partido Comunista de Cuba, correspondiente al capítulo VI de la política social aprobado en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba (2011); expresa textualmente:

> (…) lograr que las matrículas en las diferentes especialidades y carreras estén en correspondencia con las demandas del desarrollo de la economía y la sociedad. Garantizar que la formación vocacional y la orientación profesional que se desarrolla desde la educación primaria, de conjunto con los organismos de la producción y los servicios y con la participación de la familia, potencien el reconocimiento a la labor de los técnicos de nivel medio y obreros calificados" (Lineamiento 150 del PCC).

La orientación profesional involucra a todos los agentes educativos en su accionar, desarrollando para ello habilidades hacia el desempeño de su rol. Es decir, frente a la tendencia de desvitalizar la figura del profesor sustrayéndole funciones que como educador debe abordar con el grupo- clase, se defiende en la actualidad la necesidad de ofertar al alumnado una educación integral, así como la satisfacción de las necesidades sociales, de esta manera se debe propiciar una formación general de amplio espectro.

El ser humano está necesitado de orientación, ya que desde el momento de su nacimiento hasta su deceso se enfrenta a exigencias, cambios, conflictos; debe elegir el camino que va a seguir, con la consiguiente tensión que genera el saber que cuando nos equivocamos en las decisiones que asumimos, puede incidir en el futuro inmediato y otras veces hasta en el resto de la vida dejando huellas importantes en la personalidad humana.

Hernández (2012), refiere que en los planes de estudios D, el modelo del profesional para el tecnólogo de la salud, exige como fin;

> (…) formar un tecnólogo de la salud, profesional, con competencias técnicas, docentes y científicas, capaz de dirigir y administrar procesos de captación, análisis, difusión e intercambio de información de salud en infraestructuras y entornos cada vez mas virtuales y colaborativos, desde el estudio y el hecho sanitario hasta la publicación y difusión de los resultados alcanzados en este proceso; con el empleo de métodos científicos y tecnológicos, en el marco del enfoque social que promueve el Sistema de Salud cubano y portador de los valores éticos, humanísticos y solidarios que caracterizan al personal de este sector en Cuba (Hernández, 2012, p.7).

En el orden teórico, son relevantes los trabajos que se han realizado en el país; entre los autores más reconocidos se encuentran: González, V. (1999, 2002, 2004). Torres J. (2003); Sánchez J. (2003); Piña J. (2009). Fergunson I. (2010); Avendaño C. (2012); Troncoso C. (2016); en la provincia de Las Tunas, E Alonso (2011) Sánchez, JM (2007,2011); dirigidas hacia la orientación profesional, para lograr una mayor motivación de los estudiantes a sus especialidades. En las ideas de la autora Viviana González, se evidencian posiciones avanzadas sobre la Orientación en Cuba, al reflejarse los límites entre la Orientación Educativa y la Orientación Profesional.

En estudios realizados en documentos como: proyecto educativo, reunión de colectivo de año, diagnostico de estudiantes, fue posible detectar un grupo importante de irregularidades que aún existen en el tratamiento a la orientación profesional, este proceso no constituye una prioridad, desde los cuadros de dirección hasta los docentes, ubican el tema como algo secundario lo que evidentemente conduce a que el estudiante no reciba ningún tipo de influencia e información sobre el servicio que se brinda.

Las manifestaciones generan una contradicción entre las exigencias actuales plasmadas en el fin de la formación del tecnólogo de la salud, que apuntan hacia un profesional integral, con profundo sentido del deber y una elevada responsabilidad moral y ética en el cumplimiento de su actividad profesional y las insuficiencias en el proceso de orientación.

La docencia impartida, el análisis de documentos e informes, la observación en la práctica pedagógica, las visitas a las diferentes actividades que desarrollan los estudiantes y la experiencia personal de la autora en la profesión, ha revelado las siguientes manifestaciones:

- Limitación de los estudiantes con el contenido de la profesión.
- Comportamiento que asumen los estudiantes ante la lógica teórico-práctica de la profesión.
- Los estudiantes no siempre se sienten motivados hacía la búsqueda de información.

Todo lo anterior, conduce a la autora a plantearse elaborar

La situación inscrita permite declarar como objetivo la elaboración de un sistema de talleres para contribuir a la orientación profesional del tecnólogo de la salud dirigido a los estudiantes de formación inicial que les pertrecha de las herramientas necesarias para desempeñarse exitosamente en la planificación e instrumentación de acciones encaminadas a favorecer su crecimiento como profesionales de esta especialidad.

Para el desarrollo de la investigación se tiene en cuenta la concepción dialéctico materialista, utiliza el método general de investigación que postula el estudio del objeto en su devenir histórico y en sus relaciones con otros objetos. Postura que garantizó un alto nivel de evidencia, tanto teóricas como prácticas, que condujeron las indagaciones por caminos apropiados.

Se procedió a una revisión bibliográfica amplia y actualizada de documentos, tales como: tesis, revistas científicas, publicaciones, así como otras investigaciones relacionadas con el tema en cuestión, tanto del ámbito nacional como internacional.

Fueron utilizados además el método histórico-lógico, para determinar la génesis y evolución histórica que sustenta la orientación profesional del tecnólogo de la salud el ordenamiento requeridos, y así como el análisis y síntesis: en el procesamiento de la información, tanto teórica como empírica, en la caracterización del objeto de investigación, la determinación de los fundamentos teóricos, metodológicos y asumir las concepciones que se exponen en este trabajo.

Se llevaron a cabo todas las coordinaciones necesarias con la dirección de la facultad de ciencias médicas y de la carrera de sistemas de información, a fin de la inclusión de los talleres elaborados de manera tal, que su aplicación se concibiera como un curso electivo/optativo; por otro lado, se coordinó con la dirección municipal de educación para la eventual puesta en práctica del programa elaborado.

En el sentido aludido, se requirió la colaboración de la dirección institucional del proyecto comunitario “Reparador de Sueños”, que lleva a cabo la Facultad de Ciencias de la Educación, de la Universidad de Las Tunas, para recoger información válida y fiable respecto a su valor aplicativo, su pertinencia y aceptación graneada por parte de los directivos comunitarios, así como de los pobladores en general.

Las acciones antes descritas, con la inclusión de elementos aportados por la técnica de la entrevista y el sondeo de expectativas, sirvieron como criterio de validación y corrección de aspectos metodológicos y de contenido incluidos en el programa. Tales opiniones fueron consideradas en el perfeccionamiento de todo lo previamente concebido, y elevó ostensiblemente las potencialidades y atributos positivos que finalmente formaron parte del diseño, la instrumentación práctica y la validación de la propuesta que se defiende, organizada con arreglo a las prescripciones del método sistémico estructural funcional.

La orientación profesional ha sido priorizada desde el triunfo de la Revolución como uno de los objetivos más importantes del encargo educacional, y se encuentra dirigida a la preparación estudiantil relacionada con su incorporación al complejo mundo de la producción y de los servicios, de modo tal que sean capaces de realizar una selección consciente, fundamentada en sus intereses y posibilidades reales en concordancia con las necesidades del país.

En las actividades de orientación profesional se expresan las leyes fundamentales de la didáctica así como el resto de los componentes del proceso docente educativo. "Se debe desarrollar un trabajo más efectivo para fortalecer la aplicación de los planes de orientación profesional en los alumnos de acuerdo con sus capacidades y habilidades en correspondencia con las necesidades del desarrollo económico-social" (Rodríguez, 2015)

De acuerdo con la concepción de la personalidad que hemos presentado, su educación en el aspecto profesional debe cumplir un conjunto de exigencias. Nos referimos a los tres elementos que, a nuestro juicio, deben participar de forma decisiva en este proceso.

La familia desempeña un papel esencial en la educación de la orientación profesional de la personalidad, importante en esta esfera. Por su parte la escuela educa la orientación profesional al proporcionar conocimientos sobre la naturaleza, el pensamiento y la sociedad, al desarrollar habilidades y capacidades básicas, necesarias para enfrentar con éxito los estudios profesionales cuando, cuando mediante el sistema de talleres y

comunicación que promueve, desarrolla en el niño intereses, valores e ideales que mediarán su elección profesional.

En la escuela el maestro, por el nivel de preparación general que puede poseer y por el lugar privilegiado que ocupa en el sistema de influencias educativas que actúan sobre el joven, es quien está en mejores condiciones de jugar un papel significativo en la educación de su orientación profesional. La función del maestro, como educador y orientador de este proceso, requiere de amor, dedicación, amplitud de conocimiento y preparación técnica específica.

Pero existe también un elemento más general, de gran influencia, que es la sociedad y su conjunto. Esta influye en la educación de la orientación profesional del joven no solo a partir de la información que le brinda con este fin, sino también mediante la información experiencias y valores que le brindan sobre diferentes aspectos de la vida laboral y profesional, a través de formas muchas veces indirecta, y que el joven va incorporando en su propio sistema valorativo y en la orientación profesional de la personalidad.

Para una educación efectiva de la orientación profesional de la personalidad se requiere que la sociedad y su expresión a través de la familia y la escuela, ejerzan una acción estructurada y consecuente que permita al joven desarrollar valores, motivos capacidades y características necesarias para una elección autodeterminada y un desempeño profesional donde se implique realmente como personalidad.

Como hemos analizado, la educación profesional de la personalidad es un proceso complejo y continuo que comienza a desarrollarse en edades tempranas, transcurriendo bajo la acción de múltiples determinantes.

Entre los fundamentos filosóficos del proceso de orientación profesional, resulta de vital importancia las ideas de C. Marx y F. Engels acerca del papel de la práctica en la formación de la personalidad y de la actividad humana como núcleo, que media la interacción dialéctica de los procesos materiales y espirituales.

La teoría de la actividad cognoscitiva, valorativa y práctica se formula desde la concepción dialéctico - materialista del mundo, diseñada por Marx, C. (1976), postulados que abordan su naturaleza histórico - social como núcleo determinante de la relación entre el sujeto y el objeto.

El móvil de la conducta humana y de la relación entre el sujeto y el objeto siempre subyace en una necesidad, al respecto Marx, C. (1976) refería que todo lo que el hombre hace, lo hace siempre en función de alguno de sus intereses, por ende, el punto de partida de cualquier análisis en torno a la actividad se sustenta siempre en la categoría la necesidad.

Sobre este fundamento es imprescindible resolver las necesidades relacionadas con el modelo que aspira a formar la sociedad, perspectiva que pretende determinar las causas que afectan la formación de intereses hacia la profesión y plantear soluciones, puesto que la solución de la problemática social no puede plantearse al margen de las necesidades personales.

Entre las necesidades y los objetos que rodean al hombre existe una relación coyuntural. Los objetos tienen significación para el hombre cuando pueden satisfacer sus necesidades o parte de ellas. Cuando el sujeto interactúa con el objeto para satisfacer sus necesidades, éstas entonces se convierten en el objetivo de su actividad.

Las actividades se realizan para complementar lo que aportan a la formación de intereses profesionales en los estudiantes, el contenido y el carácter técnico de las diferentes asignaturas del plan de estudio; estas permiten la incorporación de los escolares al trabajo, garantizan la formación de intereses profesionales, presentan un gran valor para la práctica social, y además se relacionan con determinadas especialidades para las cuales resultan fundamentales.

Se expresa como la integración de los componentes académico, investigativo y laboral a los que se vinculan actividades extradocentes dirigidas al desarrollo de intereses, conocimientos y habilidades profesionales, que contribuyen al sistema de influencias educativas en la formación profesional pedagógica desde los primeros años de la carrera y crea las condiciones para un trabajo educativo orientado al desarrollo de la esfera motivacional e intelectual de los estudiantes en su preparación para el desempeño estable y creador de su profesión.

Se toma como soporte teórico, para la realización de este trabajo los estudios realizados por un grupo de psicólogos cubanos, que han dedicado grandes esfuerzos por dar una fundamentación teórica, metodológica, psicológica, pedagógica y filosófica a la educación de la orientación profesional, de la personalidad, entre ellos tenemos a González (2004) y González (1989).

Está demostrado que los aspectos referidos a la orientación profesional de los estudiantes no son innatos ni hereditarios, sino que se forman y desarrollan en función del complejo sistema de influencias educativas e interactivas por las que atraviesa el estudiante, jugando un papel fundamental la familia, la escuela y la comunidad en su conjunto.

Estas influencias conducen a educar a un hombre que responda a su tiempo, que defienda su identidad, que prepare al hombre para el trabajo y para la vida como guía, que aprenda a desarrollar su conciencia crítica, a favorecer su creatividad y convertir a los estudiantes en protagonistas de su momento histórico.

La elección de una profesión no es siempre responsable, por lo que muchos jóvenes, presentan en los primeros años de estudios universitarios conflictos profesionales que se manifiestan en la existencia de vivencias afectivas contradictorias con relación a la profesión elegida (satisfacción-insatisfacción), inseguridad, temor al fracaso que afecta no sólo su estabilidad emocional sino también la calidad de su aprendizaje. El decidir qué se será en la vida representa una decisión de suma importancia, porque de hecho de ella depende el futuro, modo de vida, forma de satisfacer las necesidades básicas, nivel social que se tendrá, etc.

Resulta preocupante el hecho constatado en las investigaciones realizadas, González (1989, 1994,1999, 2004) de la existencia de estudiantes que transitan hacia cursos superiores de la carrera sin haber logrado la solución de estos conflictos. En estos casos es muy frecuente la manifestación de apatía, conformismo, en la realización de tareas profesionales acompañada de un insuficiente desarrollo de las habilidades que garantizan un desempeño profesional exitoso.

Por otra parte la motivación de los estudiantes que ingresan a la Universidad puede resultar muy variada, mientras que unos jóvenes sustentan su elección en un interés profesional otros eligen la carrera por complacer a los padres, por obtener mayores

gratificaciones económicas, aún cuando la profesión elegida no sea de su preferencia o carezca de las aptitudes que puedan favorecer su desempeño.

Es por ello que la Orientación Profesional en la Universidad debe tener en cuenta la diversidad de situaciones que presenta el estudiante por lo que requiere una atención individualizada en la potenciación del desarrollo de la competencia profesional.

La orientación profesional, es por tanto un proceso que se puede programar y dirigir, pero sólo se realiza a través de la autodeterminación del sujeto, que se responsabiliza con sus decisiones en un ambiente espontaneidad y con la consciencia y responsabilidad que el marco social demanda.

El proceso de orientación profesional como ellos plantean transcurre a lo largo de la vida del sujeto, atravesando diferentes momentos o etapas, las cuales no se corresponden exactamente con determinadas edades o niveles de enseñanza, sino que transcurren en dependencia del nivel de desarrollo de la personalidad logrado por los sujetos y el momento de su inserción en la enseñanza profesional y en la vida laboral, lo que reafirma la necesidad de un trabajo diferenciado de Orientación Profesional. Ellas son:

- Etapa de la formación vocacional general
- Etapa de la preparación para la selección profesional.
- Etapa de la formación y desarrollo de intereses y habilidades profesionales.
- Etapa de la consolidación de los intereses, conocimientos y habilidades profesionales.

Es fundamental para lograr efectividad en la orientación profesional dirigida a un buen desempeño profesional encausar el trabajo al desarrollo de intereses profesionales y a la educación de recursos personológicos como la flexibilidad, la independencia que contribuirán a desarrollar cualidades como la perseverancia e iniciativa. Además, es necesario un sistema de influencias educativas, donde participe de manera activa y en estrecha relación la escuela, familia, comunidad y la sociedad, dirigidas a preparar al estudiante en su profesión en correspondencia con sus posibilidades y las necesidades del territorio.

El desarrollo de intenciones profesionales estables garantiza la ejecución por el sujeto de un conjunto de acciones conscientes dirigidas a un fin y orientadas a su desarrollo profesional, los cuales se integran como sistema que posibilita el desarrollo de los distintos elementos psicológicos estimulantes de la actividad profesional del joven. Las intenciones profesionales constituyen el nivel superior de los intereses profesionales

La Doctora Viviana González Maura hace un aporte significativo al constatar a través de un riguroso trabajo empírico, la existencia de una formación motivacional específica que expresa la orientación de la personalidad hacia el contenido de la profesión: el interés profesional, el cual estudia valorando su aspecto funcional, a partir de sus potencialidades reguladoras.

Sus estudios le permiten distinguir con claridad diferentes niveles de integración funcional de la motivación profesional, cuyo diagnóstico nos ofrece la posibilidad de una estrategia con el estudiante universitario desde el primer año, dirigida sobre bases

científicas. Para González, (1989.) las intenciones profesionales serán el nivel superior de desarrollo del interés profesional, que lo define de la siguiente forma:

> (…) El interés profesional se expresa como inclinación cognoscitiva - afectiva de la personalidad hacia el contenido de la profesión que en sus formas primarias de manifestación funcional se manifiesta como intereses cognoscitivos hacia el estudio de la profesión y en sus formas más complejas como intenciones profesionales" (González, 1989, 23)

Se comprende la importancia de que se motive a los estudiantes por las actividades que posibiliten obtener nuevos conocimientos, por indagar y encontrar la solución a sus dudas e inquietudes, de tal forma que se logre que coincida el objeto de esta actividad con su motivación para llevarla a cabo. Sola cuando la motivación constituye un estímulo que mueve al estudiante hacia la búsqueda y adquisición de los conocimientos, estos actuarán conscientemente y lograrán un aprendizaje realmente significativo.

Si no logramos formar motivos, necesidades, e intereses cognoscitivos en nuestros educandos, no podremos lograr una verdadera orientación profesional.

Es fundamental para lograr efectividad en este proceso de orientación dirigido a un buen desempeño profesional, encausar el trabajo al desarrollo de intereses profesionales y a la educación de recursos personológicos como la flexibilidad, la independencia que contribuirán a desarrollar cualidades como la perseverancia e iniciativa. Además, es necesario un sistema de influencias educativas, donde participe de manera activa y en estrecha relación la escuela, familia, comunidad y la sociedad, dirigidas a preparar al estudiante en su profesión en correspondencia con sus posibilidades y las necesidades del territorio.

La situación actual de esta carrera ha tenido un impacto social reconocido, lo cual se evidencia en que su componente laboral ocupa un lugar preponderante, el cual conduce a un desarrollo amplio de las habilidades prácticas. El nivel de competencia y desempeño profesional de los graduados ha fortalecido la calidad y la cantidad de los servicios asistenciales en Cuba y en otros países del tercer mundo.

La orientación profesional tiene gran importancia en el marco histórico contemporáneo, al ofrecer ayuda al estudiante en una de las direcciones más significativas de su proyecto de vida: la inserción en el mundo laboral, el logro de su independencia económica y la construcción de una identidad profesional; a través de ella se ayuda al joven a encontrar de forma autodeterminada un camino profesional, poniendo en correspondencia sus necesidades y posibilidades individuales con las sociales; utilizando vías, métodos, técnicas e instrumentos que estimulen la formación y el desarrollo de las inclinaciones del sujeto hacia la profesión. Una de las vías que se utilizarán en esta investigación son los talleres.

Los talleres ofrecen la posibilidad del trabajo en grupo, para intercambiar experiencias, dar respuestas a sus necesidades, percibir al otro desde su mundo interno, como vía de proyección de las vivencias personales, interrelacionarse, y construir estrategias en un proceso de aprendizaje colaborativo, desde lo social, político, científico, individual, logrando el desarrollo de sentimientos, proyecciones y vivencias imborrables, ya que aprende uno del otro y dejan huellas y sensaciones cercanas a cada uno. Las

experiencias pedagógicas sobre esta forma de organización han demostrado, desde la práctica, su efectividad.

Calzado (2004) en su tesis doctoral ofrece una organización general del taller como forma de organización con la cual nos identificamos para elaborar nuestra propuesta. Asumimos esta definición, en tanto,

> (…) los talleres de orientación como forma de organización es una experiencia grupal que se integra a las que existen actualmente para lograr la preparación y que tienen condiciones propicias para el trabajo de solución y reflexión de tareas profesionales, como ocurre en la realidad, para en ese proceso desarrollar las habilidades, hábitos y capacidades fundamentales para el desempeño óptimo (Calzado, 2004, p.8)

A continuación, se presenta un ejemplo de una actividad, donde se emplea esta forma organizativa.

Taller No. 1.

Titulo: El ideario Martiano en el pensamiento de Fidel y la salud en Cuba.

Bibliografía:

Castro F, (1982) Discurso de constitución Destacamento Carlos J. Finlay. Santiago de Cuba. Ciencias Sociales.

Castro Ruz F. (1973) Alegato “La Historia me Absolverá”. Programa del Moncada. La Habana: Ediciones Políticas/Editorial de Ciencias Sociales.

Del Huerto, M. ett all. Ideario salubrista de Fidel Castro como continuidad del legado martiano a la medicina revolucionaria cubana. Matanzas, Cuba.

Pérez J. (1975). Obras Completas. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.

Valdés Galarraga R. Diccionario del pensamiento martiano. La Habana: Editorial

En la fase de diagnóstico, les ofrecemos a los estudiantes una idea relacionada con el alegato histórico conocido por todos “La Historia me Absolverá”; haciendo énfasis en la salud como uno de los problemas planteados en el mismo; con el objetivo de buscar la vigencia de lo planteado por Martí y Fidel.

Las ideas del Apóstol constituyen un verdadero legado histórico y un referente obligado, las cuales sirvieron de guía a la Generación del Centenario y a su líder, el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, para exponer las profundas raíces sociales de los males que aquejaban al pueblo cubano y los postulados básicos del programa planteado en “La Historia me Absolverá”, en este caso nos circunscribimos a uno de los problemas más acuciantes, la Salud.

Se utilizan métodos como la conversación, el debate y la reflexión.

En la fase de orientación y preparación grupal previa; se les orientará a los estudiantes responder interrogantes relacionadas con la idea antes planteada:

¿La salud constituye una de las políticas priorizadas de la Revolución? Argumente.

Desde su posición como estudiante de la carrera de Licenciatura de SIS; valore la continuidad del pensamiento revolucionario de José Martí en el campo de las Ciencias Médicas y la Salud.

Interprete la siguiente frase expuesta por José Martí: “La verdadera medicina no es la que cura, sino la que precave Martí, (1982, p.9).

Fidel Castro constituye el líder indiscutible de las esenciales estrategias para las transformaciones del Sistema Nacional de Salud en Cuba. Ponga ejemplos que demuestren la afirmación anterior.

Fase de construcción de episodios, desde la problematización:

Se formarán tres equipos en lo que los estudiantes deberán elaborar situaciones problémicas de acuerdo a su profesión y relacionadas con el contenido de la fase de diagnóstico y las interrogantes planteadas.

A partir de sus elaboraciones se propiciará la reflexión, la interpretación y el análisis por parte de los integrantes del grupo; con el enriquecimiento en el intercambio y la sistematización de lo que cada cual ha interiorizado en la vinculación de la teoría y la práctica.

Fase de profundización grupal en los problemas, sus causas:

Se propicia el análisis y la discusión colectiva de los aspectos de mayor interés de acuerdo con el objetivo planteado en la fase de diagnóstico, retomando las principales problemáticas y vinculando los aspectos analizados a las experiencias o vivencias de la práctica profesional, de forma tal que se enriquezca la discusión y se socialicen las experiencias.

Se pueden ofrecer frases relacionadas con la salud, el ideario martiano en el pensamiento de Fidel para enriquecer el debate.

Fase de proyección de alternativas de soluciones:

Esta fase les permite proyectar estrategias y/o alternativas a aplicar en función de darle solución al problema tomando como base las reflexiones realizadas, el debate grupal, las respuestas a las interrogantes, que manifiesta las vivencias que cada uno tiene, así como las experiencias del grupo.

Fase de reflexión valorativa:

Se escucharán sus criterios en cuanto a las actividades o las tareas desarrolladas.

Debe estimularse la valoración por parte de los estudiantes del trabajo realizado en equipos y de cómo influyen los resultados científicos y su materialización práctica.

CONCLUSIONES

El diseño de los talleres constata, que constituyen una experiencia grupal que centra el proceso, ayuda a intercambiar experiencias, dar respuestas a sus necesidades, percibir al otro desde su mundo interno, como vía de proyección de las vivencias personales, interrelacionarse, y construir estrategias en un proceso de aprendizaje colaborativo, desde lo social, político, científico, individual, logrando el desarrollo de sentimientos, proyecciones y vivencias imborrables, además, se ha demostrado, desde la práctica, su efectividad.

REFERENCIAS

Sánchez. V., et all. (2014). Orientación y formación vocacional hacia la carrera de Medicina. *Medisur* 12(1). Recuperado de: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2725

Pérez. O.; et all. (2012). Propuesta de textos para Orientar profesionalmente a los estudiantes diferidos del grupo de ciencias Médicas. *Edumecentro* 4(3). Recuperado de: Http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/198/399

Hernández, A. (2012).*Estrategia docente para vincular los contenidos con los requerimientos del modelo profesional*. adaha@ucm.vcl.sld.cu.

Rodríguez, M. (2015) *La orientación profesional: indicador de eficiencia en la formación de profesionales*.

González, V. (1989). *Niveles de integración de la motivación profesional*. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas. Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.

Calzado, D. (2004). *Un modelo de formas de organización del proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación inicial del profesor*. (Tesis en opción al título académico de Máster en Educación). Universidad de Ciencias Pedagógicas E.J. Varona. Ciudad de la Habana, Cuba.

Castro, F. (1973) Alegato “La Historia me Absolverá”. Programa del Moncada. La Habana: Ediciones Políticas/Editorial de Ciencias Sociales.

Pérez, J. (1882). Obras Completas, en el diario "La América”. Artículo titulado "Abono: La sangre es un buen abono". La Habana: Editorial Ciencias Sociales.

PROPUESTA DIDÁCTICA PARA PERFECCIONAR LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA INVESTIGATIVA EN EL POLICLÍNICO DE VÁZQUEZ

DIDACTIC PROPOSAL FOR THE ACTIVITY PERFECT SCIENTIFIC INVESTIGATE AT POLICLINIC IN VAZQUEZ.

Yudenia Coca García coca@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se diseñó una propuesta didáctica, por los trabajadores de la información de la "Biblioteca del Policlínico 28 de Septiembre", para incrementar la investigación científica en el área de salud. Para ello, se revisó la bibliográfica existente donde se fundamenta el conocimiento científico contemporáneo. El método empírico permitió formular juicios, valorar, para finalmente elaborar una propuesta que modifica el programa vigente hasta el momento. La población estará constituida por 30 docentes y 32 residentes de 1er y 2do año de las especialidades de Medicina General Integral y Estomatología General Integral del policlínico. Se utilizaran materiales didácticos elaborados por el autor.Se evaluaran variables como: vencer los objetivos propuestos para cada etapa para logar buena calidad del trabajo final y publicarlos. Se espera que la propuesta sea la solución a los problemas detectados, se estima que además sirva de incentivo para el desarrollo de competencias informacionales.

PALABRAS CLAVES: alfabetización informacional, competencias informacionales, didáctica.

ABSTRACT

In order to stimulate research activities in health area, Information workers area at Biblioteca del Policlínico 28 de Septiembre, havedesigned a didactic proposal to be further applied. It includes a number of Informational Literacy activities that it assume will encourage to create working group and develop Informational skills. For that, it was available bibliography reviewed, including contemporary knowledge. The empirical method allowed making judgments, assess. It will involve 30 teachers and 32 residents of 1stand 2ndyear of General Comprehensive Medicine and General Comprehensive Stomatology at Polyclinic. It will be assessed the following: i.e. objectives for each stage achieved, activities planned attendance, good quality for final work achieved, final works published, among others. It expects thatthe proposal would be problems' solution. It shows its applicability to modify the attitude in relation to scientific information and skills acquisition, abilities and knowledge for teaching, assistance and research.

KEY WORDS: informational literacy, informational skills, didactics, research projects.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual, la información se ha convertido en un recurso importante para el desarrollo: "información es poder". Para Castillo (2016) la Alfabetización Informacional (AI) es una expresión que proviene del inglés *Information Literacy.* El término comenzó a usarse por educadores y bibliotecarios a finales del pasado siglo, a decir de Hernández (2013).

La AI se dirige a promover una educación capaz de advertir cuándo y por qué se requiere información y tener la capacidad para localizarla, evaluarla y utilizarla con efectividad. La formación en Competencias Informacionales (CI) o AI, desde mediados de los años ochenta, ha venido desarrollándose en las bibliotecas. Se preconiza la necesidad de que todas las personas la adquieran. Su filosofía es el "aprender a aprender".

En Cuba, se destaca el liderazgo del grupo de trabajo de Infomed como órgano coordinador nacional del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS). Torrijo (2010) entiende que: "las CI son la base para la resolución de problemas, la comunicación y el trabajo en equipo, el aprendizaje continuo, la toma de decisiones en el ejercicio de cualquier profesión, y se debe insistir en su importancia" (Torrijo, 2010, p.22). Por lo que "la integración curricular favorece la aplicación de métodos de enseñanza basado en la evidencias" a decir de Valverde (2017, p.2)

Así, "cada institución debe asumir el adiestramiento de sus usuarios. Es necesario lograr motivar para un mayor desarrollo de la AI" (De las Mercedes Fernández, 2015, p.11). Las bibliotecas deben brindar servicios que contribuyan a la cultura informacional y a la adecuada inserción en la sociedad de la información" (Sánchez, 2014, p.3) y "deben demostrar aplicabilidad y potencialidades para perfeccionar la información científica, la docencia, la asistencia y la investigación (De León, 2018, p.17).

Actualmente se demandan acciones concretas a diferentes niveles que permitan elevar la capacidad de las personas para utilizar información y solucionar sus problemas informacionales. Según Hernández (2018) "el desarrollo de habilidades informacionales en una muestra de profesionales de la salud ha demostrado lo positivo de estas acciones, tanto para la institución como para el usuario y para la propia biblioteca; o sea, todos ganan con estas acciones" (p.9); mientras que Medina (2018) reconoce que "las experiencias revelan la necesidad de un programa de AI que cubra esas necesidades" (Medina, 2018, p.7)

En el área de salud se cuenta con: nueve máster, dos especialistas de 2do grado de Estomatología General Integral, ningún especialista en 2do grado Medicina General Integral, 3 profesores asistentes: de ellos, uno EGI, un Psicólogo, un MGI, un profesores auxiliar de EGI, veintiséis profesores instructores. Se impone entonces la interrogante de: ¿cómo lograr que los profesionales del Policlínico 28 Septiembre investiguen y hagan visibles los resultados de sus investigaciones a pesar de las dificultades expuestas anteriormente?

Este trabajo consiste en el diseño y aplicación de una propuesta didáctica para incrementar la investigación científica en el área de salud.

Para incrementar la investigación científica en el área de salud, ofrecer una orientación eficaz y lograr una adecuada cultura informacional que proyecte el quehacer de la biblioteca en la AI, los trabajadores de la "Biblioteca del Policlínico 28 de Septiembre" de Vázquez, Puerto Padre, Las Tunas, realizarán un estudio prospectivo longitudinal, consistente en la aplicación de una propuesta didáctica.

Se intentó la construcción de datos empíricos que mostraran en qué estado se encuentran docentes y residentes de 1er y 2do año de la especialidades de Medicina General Integral y Estomatología General Integral del policlínico en relación con la AI.

Se revisó la bibliográfica existente sobre el tema, específicamente, las consistentes en propuestas similares, donde se fundamenta el conocimiento científico contemporáneo.

El método empírico permitió formular juicios, valorar, para finalmente hacer una propuesta que modifica el programa vigente hasta el momento.

Se realizaron las gestiones pertinentes con la administración para la aprobación de la propuesta, consiste en el diseño y aplicación de una serie de actividades de AI denominadas (propuesta didáctica) de carácter multidisciplinario con docente y residentes que se estima servirán de incentivo para la creación de grupos de trabajo y el desarrollo de CI.

La población estará constituida por 30 docentes y 32 residentes de 1er y 2do año de las especialidades de Medicina General Integral y Estomatología General Integral del policlínico.

Criterios de salida: Residente o profesor que cause baja de la entidad en el transcurso de la investigación.

Entre las actividades que se impartirán se encuentran: clases prácticas, talleres y videoconferencias, en ellas se utilizaran: materiales didácticos elaborados por los autores encaminados a alcanzar una adecuada cultura informacional que influya en la transformación del comportamiento, de manera que los cursistas interactúen con las nuevas tecnologías y esto les sirva para motivar, de forma realista, su interés por la superación personal.

Las actividades serán efectuadas con una frecuencia de una hora semanal, preferentemente los sábados, divididas en cuatro etapas en el periodo comprendido entre los cursos académicos del 2018 hasta 2021.

Se contará con la autorización de los implicados y se les explicará que estas son actividades de carácter voluntario. Los resultados se verificarán a través de la entrega del informe final, luego de concluido el curso académico 2020/2021, y a través del registro de publicaciones de la institución.

Para evaluar los resultados se medirán las variables:

- Vencer los objetivos propuestos para cada etapa
- Asistir a las actividades planificadas
- Investigar las líneas propuestas en el banco problema del área
- Utilizar recursos de información certificados
- Confeccionar citas según estilo Vancouver
- Utilizar los gestores bibliográfico
- Evaluar la partes del artículo científico en las fechas programadas
- Logar buena calidad del trabajo final
- Publicar los trabajos
- Validar los trabajos

Propuesta didáctica para incrementar la investigación científica en el área de salud

Etapa # 1. Actividades de Alfabetización Informacional. Objetivo general: Lograr que cada profesor con sus respectivos residentes definan su línea investigativa.		
Actividades	Objetivos	Evaluación
1.1. Introducción a la Alfabetización Informacional	• Definir: (información, conocimiento, gestión de información, gestión de conocimientos, competencias informacionales) • Incentivar para lograr las competencias informacionales necesarias para la gestión de información en salud • Motivar a los profesores para su liderazgo en el diseño de proyectos de investigación que respondan a las líneas de investigación del área	Conocer cuando se necesita información y donde encontrarla
1. 2. La información científica. Fuentes de información	• Identificar las fuentes de información certificada disponibles a través de Infomed para la toma de decisiones para la docencia, la asistencia y la investigación • Contribuir para la formación en residentes y profesores con competencias informacionales	Reconocer las fuentes de información certificada
1.3. Normas de Vancouver. Referencias Bibliográficas. Gestores bibliográficos	• Lograr habilidades en el uso y manejo de los gestores bibliográficos	Obtener Referencias bibliografías de calidad

Etapa # 2. Metodología de la Investigación. Objetivo general: Divulgar de forma simplificada los aspectos fundamentales de la metodología de la investigación		
Actividades	Objetivos	Evaluación
2.1.Introducción. Problema e hipótesis	Confeccionar la introducción, problema e hipótesis	Validación del consejo científico

2.2.Marco teóricos y con Objetivos	Confeccionar marco teóricos y objetivos	Validación del consejo científico
2.3.Diseño metodológico.	Elaborar el diseño metodológico	Validación del consejo científico
2.4.Análisis y discusión de los resultados	Elaborar análisis y discusión de los resultados	Validación del consejo científico
2.5.Conclusiones y recomendaciones	Elaborar conclusiones y recomendaciones	Validación del consejo científico
2.6.Referencias bibliográficas y anexos	Elaborar las referencias bibliográficas estilo Vancouver y los anexos	Validación del consejo científico

Etapa # 3. Redacción y edición de artículos científicos. Objetivo general: Desarrollar habilidades en la redacción de artículos científicos.		
Actividades	Objetivos	Evaluación
3.1. Identificar tipos de artículos científicos	Conocer que es un artículo científico. Diferenciar los tipos	Conocer qué tipo de articulo elaboró
3.2. Reglas generales sobre la redacción científica y algunos consejos preliminares	Informar sobre las reglas generales para la publicación científica	Saber cómo redactar un artículo científico
3.3. Partes de los artículos científicos	Conocer las partes de los artículos	Ubicar cada parte del articulo correspondiente
3.4. El resumen. Sus partes y clasificaciones	Elaborar un resumen. Conocer sus partes y clasificaciones	Saber cómo y qué escribir en el resumen
3.5. El título	Elaborar un título “Gancho”	Elaborar un titulo que atraiga la atención de los demás

Etapa # 4. Publicación de artículos científicos. Objetivo general: Obtener la mayor cantidad posible de publicaciones en el área.		
Actividades	Objetivos	Evaluación
4.1. Importancia de que cada autor obtenga su número de registro de la ORCID	Lograr que todos los autores obtengan su identificación en la ORCID	Lograr que cada autor ingrese en la ORCID
4.2. Demostrar con la práctica cómo publicar en las revistas científicas disponibles a través Infomed	Adquirir habilidades en la edición de artículos científicos	Evidencia de la propuesta del artículo en la revista seleccionada por el autor

La falta de competencias en el uso de la información de ciudadanos de diferentes edades, ha despertado el interés de los bibliotecólogos Torrijo (2010). Es necesario acometer nuevos retos, para trasmitir conocimientos a los usuarios, para así logar alcanzar los objetivos propuestos.

Debemos ser capaces de compartir ideas y nuevas experiencias con la comunidad científica, de manera que esto sirvan de incentivo a otros en su actuar cotidiano.

La obtención de habilidades, multiplica las posibilidades del estudio individual y nos compromete a utilizar variedad de recursos para expandir los conocimientos individuales, hacer preguntas científicas bien formuladas y perfeccionar el pensamiento crítico.

La integración curricular de habilidades favorece la creación y aplicación de nuevas estrategias para enseñanza.

La incorporación de la AI en los programas, servicios y en la vida administrativa, requiere los esfuerzos conjuntos de docentes, bibliotecarios y administrativos.

El bibliotecario tiene doble función. Por una parte; como especialista, organizador, recuperador, difusor y conocedor de los recursos de información. Por otra parte, como docente, enseña a utilizar correctamente estos recursos, haciendo posible el surgimiento de nuevos métodos de aprendizaje. Asumir la falta de competencias por parte de los profesionales de salud, representa un reto para los trabajadores de la información, así refiere Hernández (2013). Es necesario lograr motivar para un mayor desarrollo de la AI.

En caracterización realizada por de León (2018), el estado de la superación de los profesores vinculados al posgrado, reveló que la participación en la confección de programas de superación era insuficiente. La Estrategia de Superación planificada, es

factible para incrementar la confección de programas de superación profesional Pulido-Medina (2018).

Esto evidencia que existe pobre capacidad en el área científica por parte de los docentes, lo que debería ser estudiado ya que, si los docentes no predican con el ejemplo, esto se reflejará en los estudiantes y se convertirá en un círculo vicioso de baja producción científica. Se plantea que los docentes tienen carga horaria, si bien es importante el tener requisitos, se deben tener incentivos, ya que, la investigación es una actividad que demanda tiempo, por lo que si un docente se siente que es recompensado, realizará la investigación por tener la motivación de que el resultado final le será reconocido su esfuerzo; lo que indirectamente genera que otros se animen a investigar.

CONCLUSIONES

La propuesta didáctica, desarrolla iniciativas y puede ser la solución a los problemas detectados en previo diagnóstico, está a tono con los requisitos para la formación de competencias informacionales. Se muestra su aplicabilidad para modificar la actitud en relación a la información científica y la adquisición de destrezas, habilidades y conocimientos para la docencia, la asistencia y la investigación.

REFERENCIAS

Castillo, Y (2016). Evolución y transformación del concepto de Alfabetización Informacional de acuerdo a criterios de diferentes autores. *Información Científica* 95(2):331–8. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=125788261&lang=es&site=ehost-live

Castillo, Y.; Reyes, A.; Rodríguez, I. (2016). Competencias informacionales. Breves reflexiones sobre el tema. *Información Científica* 95(4):647–58. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=125838128&lang=es&site=ehost-live

De las Mercedes Fernández, CM.; Zayas, R. (2015). Estándares para bibliotecas universitarias de Ciencias de la Salud en Cuba. *Revista Cubana de Educación Medica Superior* 29(4):843–62. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=114011080&lang=es&site=ehost-live

De León RGP.; Cardoso, CL.; Valdés, Y.; Díaz, M De Los Angeles.; Méndez, A.; López, A (2018). La superación de los profesores que participan en el posgrado desde la teoría de la Educación Avanzada. *Panorama Cuba y Salud* 13(1):67–75. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=132650033&lang=es&site=ehost-live

Hernández XG, Botell, ML. (2013). Conocimientos sobre alfabetización informacional en profesionales de la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 29(1):27–35. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=111426551&lang=es&site=ehost-live

Pulido-Medina C.; Mejia, CR. (2018). Publicación científica de los docentes de medicina en una universidad colombiana: características y factores asociados. *Revista Cubana de Educación Medica Superior* 32(2):1–9. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=135650022&lang=es&site=ehost-live

Ramos, R.; Díaz Díaz, AA.; Valcárcel, N.; Ramírez, BM. (2018). Las competencias profesionales específicas en la formación de los especialistas en Medicina General Integral. *Educ Med Super* 32(1): 130-140. Recuperado de: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000100013&lng=es.

Rodríguez, R.; Pineda, C.; Sarrión, A. (2006). La alfabetización informacional en la educación médica superior en Cuba. *ACIMED* 14(4):1. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=24120322&lang=es&site=ehost-live.

Sánchez, C.; Llano Gil, EA. (2014). Estrategia para la formación de competencias informacionales en los profesores de la Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. *Gaceta Médica Espirituana* 16(2):41–7. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=102787650&lang=es&site=ehost-live

Torrijo, EMQ (2010). Introducción de la alfabetización informacional en la especialidad de Bibliotecología y Ciencias de la Información. *ACIMED* 21(1):99–110. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=61467123&lang=es&site=ehost-live

Valverde, O.; Rosales, SA. (2017). Propuesta de programa para la formación de competencias informacionales en estudiantes de pregrado de Estomatología. *Revista Cubana de Estomatologia* 54(1):1–13. Recuperado de: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123367517&lang=es&site=ehost-live

Dr. LUIS GERALD SIMÓN ESCALONA: UN PARADIGMA PARA LA REAFIRMACIÓN DE VALORES EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. LUIS GERALD SIMÓN ESCALONA: A PARADIGM FOR THE REAFFIRMATION OF VALUES IN STUDENTS OF MEDICAL SCIENCES

Yunelsy Ortiz Cabrera yunelsy75@ltu.sld.cu

Midalmis Pérez Batista

Idalmis Rivero Rodríguez tierrayfuego@ltu.sld.cu

RESUMEN

El presente estudio permitió elaborar mediante el método biográfico la historia de vida del Dr. Luis Gerald Simón Escalona utilizando diversos materiales que permitieron la recopilación de la información. Nació en Puerto Padre el 5 de marzo de 1934, siendo joven se convirtió en fundador del Movimiento 26 de Julio llevando a cabo disímiles acciones revolucionarias en el municipio. Estudió medicina en la Universidad de La Habana y allí estuvo presente en todas las formas de lucha estudiantil junto a José Antonio Echevarría, Fructuoso Rodríguez y otros jóvenes. Debido a la persecución policial por su comprometimiento con las acciones del 13 de marzo viajó a España donde continuó sus actividades a favor de la libertad de Cuba. Al triunfar la Revolución ocupó cargos importantes en el ministerio de salud pública como viceministro recibiendo innumerables medallas y reconocimientos a lo largo de su vida profesional, destacándose por su magnífica dirección de la misión médica cubana a Argelia. Murió el 7 de junio del año 2016 siendo un ejemplo de médico y revolucionario a imitar por los nuevos y futuros profesionales de la salud.

PALABRAS CLAVES: viceministro de salud pública, jefe de misión médica a Argelia.

ABSTRACT

The present study permitted elaborate by means of the biographical method the history of life the Dr. Luis Gerald hack spaces out by using diverse materials they facilitated the compendium of the information. It sprouted in Puerto Padre on 5th March 1934, by being young it is converted in founder of the movement July 26 carrying out dissimilar revolutionary actions in the municipality. It studied medicine in the University of La Havana and there was present in all forms of student fight near José Antonio Echevarría, Fructuoso Rodríguez and other youthes. Due to the police persecution for your implication with the actions of 13th March it travelled to Spain where continued your activities in favor of the freedom of Cuba. When triumphing the revolution occupied important positions in the ministry of health department as vice-minister receiving countless medals and reconnaissances along your professional life, standing out for your magnificent direction of the Cuban moral duties arising from a status to Algeria. Died on 7th June of the year 2016 being an example of physician and revolutionary to imitate for the new and future professionals of the health.

KEY WORDS: vice-minister of health, chief of medical moral duties arising from a status to Algeria.

INTRODUCCIÓN

Debido a la crítica situación existente en el país por la cruel dictadura de Fulgencio Batista, tras apoderarse del poder político y militar mediante el golpe de estado del 10 de marzo de 1952, un grupo de jóvenes del pensamiento izquierdista y popular, conocidos como la Generación del Centenario por su ideología martiana, decidieron tomar las armas y levantarse contra el régimen para iniciar una revolución armada que derrocara al dictador. Este movimiento liderado por Fidel Castro tenía como objetivo principal ocupar el Cuartel Moncada en Santiago de Cuba y el Cuartel Carlos Manuel de Céspedes en Bayamo.

> (…) Aunque el objetivo principal de las acciones no se cumplió y la mayoría de los asaltantes fueron asesinados, las acciones de los revolucionarios le demostraron a la tiranía que el pueblo cubano estaba dispuesto a levantarse en armas para lograr su libertad y acabar con los males que existían bajo el gobierno de Batista (Cantón y Silva, 2009, p.7)

Abreu y Uralde (2016) destacan que

> (…) el Movimiento 26 de Julio en Puerto Padre, piedra angular de la lucha revolucionaria en el norte oriental del país, movimiento formado por valerosos jóvenes, entre estos Luis Gerald Simón Escalona que luego se convierte en líder estudiantil en la Universidad de la Habana durante sus estudios de Medicina y cumple con disímiles tareas tras el triunfo de la Revolución (Abreu y Uralde, 2016, p.8).

De manera que:

> (…) la enseñanza de la Historia de Cuba es una necesidad vital pues a través de ella se preservan los valores históricos y culturales de la nación cubana haciéndose imprescindible no solo su conocimiento sino lograr convertir éstos en sólidas convicciones revolucionarias y en valores morales en defensa de nuestra cultura e identidad nacional resultando esencial relacionar las figuras y hechos de la historia de nuestra patria así como su vinculación con la historia regional y local (Cantón y Silva, 2009, p.17).

Coincidiendo con estos autores nos trazamos como objetivo: divulgar la vida y obra del Dr. Luis Gerald Simón Escalona mediante la elaboración de su historia de vida para enriquecer la formación integral de los estudiantes y contribuir a la calidad del profesional egresado según exigen los planes de estudio de la carrera de Medicina.

Se utilizaron los métodos histórico-lógico y análisis documental, fundamentales para elaborar la historia de vida del Dr. Luis Gerald Simón Escalona. El método histórico-lógico condujo al conocimiento en función de percibir cómo fue desarrollándose la obra de Luis Gerald Simón en su devenir histórico desde 1934 hasta el 2016, teniendo en cuenta las diferentes etapas por las que se ha transitado. El método análisis documental posibilitó estudiar significados y representaciones a partir del estudio de documentos que recogen información acerca de su vida y obra.

En correspondencia con los métodos empleados se utilizaron técnicas para la recolección de datos. La técnica revisión bibliográfica se complementó a través del empleo de las fichas bibliográficas y de contenido que permitieron recoger y resumir el contenido de diferentes fuentes escritas consultadas, existentes tanto en soporte plano como en digital.

Estos materiales que permitieron la recopilación de la información, fueron su autobiografía, fotografías, objetos personales, entrevistas, testimonios de familiares, amigos y compañeros de lucha, así como publicaciones en soporte plano y digitales.

Vida familiar y estudiantil. Comienzos de su labor revolucionaria

Luis Gerald Simón Escalona nace el 5 de marzo de 1934 en la ciudad de Puerto Padre, Oriente, en la actual provincia de Las Tunas. Procede de una familia de clase acomodada, su padre Luis Simón, descendiente de libaneses y su madre Angélica Escalona radicaban en la calle 24 de febrero actual casa No. 56, sede de la Casa de la Ciencia Municipal.

En su recorrido por los diferentes niveles de enseñanza cursa sus estudios primarios en el colegio Wilmington de esta localidad y la enseñanza media en el colegio Los Amigos de la ciudad de Holguín. De allí pasa a la Universidad de La Habana donde comienza a estudiar la carrera de Medicina, recibiendo finalmente el título de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Madrid, España, en el año 1959.

Desde bien joven en su localidad comenzó su destacada labor revolucionaria en el marco del contexto histórico que transcurría por aquella época, matizada por la sangrienta tiranía de Fulgencio Batista, convirtiéndose en un fundador del Movimiento 26 de Julio, donde además de su destacada labor se caracterizó por su sencillez y por compartir con todos sus compañeros de la clandestinidad sin diferencias, disfrutando con ellos del béisbol en la Anacahuita y La Playita. E. Carralero (comunicación personal, 5 enero 2019)

Las reuniones se efectuaban en la casa de Vicente Quesada Mora para organizar y preparar la estrategia del movimiento, su familia también colaboró mediante donaciones de medicamentos pues su padre era propietario de la Farmacia Simón, además de regalar juguetes a niños pobres en determinadas ocasiones, pues también era propietario de la tienda Mi Regalo. Su tío Horacio Escalona González pertenecía a una célula del movimiento liderada por Fabio Quesada Mora, lo que evidencia la participación de Gerald y su familia en el movimiento de liberación. V. Quesada (comunicación personal, 10 enero 2019)

Labor revolucionaria como estudiante universitario

Desde el año 1952, cuando comienza a estudiar Medicina en la Universidad de La Habana se vincula con el efervescente movimiento estudiantil de la época. El 10 de marzo de 1952 participó en la protesta por el golpe de estado ejecutado por Batista. Estuvo presente en todas las formas de lucha del movimiento estudiantil, entabló amistad personal con compañeros de destacada actividad revolucionaria como José Antonio Echeverría Bianchi, Fructuoso Rodríguez Pérez y otros.

En 1953 fue detenido junto a varios de sus compañeros por su intensa participación en las actividades de la FEU en oposición a la tiranía, siendo acusado por el Tribunal de Urgencia y sentenciado a un mes de encarcelamiento en El Príncipe.

En 1955 y 1956 fue elegido delegado del cuarto y quinto año de la carrera de Medicina respectivamente, secretario de deportes de la FEU en el año 1956 y vicepresidente de la FEU en la Escuela de Medicina entre los años 1956 y 1957. En esa etapa cumplió la

misión de cierre de la escuela de Medicina en los días previos al asalto al Palacio Presidencial y la toma de Radio Reloj, ocurrido el 13 de marzo de 1957.

En esa acción cayó combatiendo el líder estudiantil José Antonio Echeverría Bianchi, entre sus pertenencias encontraron documentos probatorios de la participación activa de Luis Gerald Simón en la insurrección. Era amigo de éste y como tal estaba decidido a todo con tal de ver a Cuba libre. Este mismo día fue detenido junto a otros compañeros y conducido al Buró de Investigaciones.

Por estar comprometido con las acciones del 13 de marzo y la persecución policial se vio obligado a esconderse en la casa de Juan Concepción, en el Yarey de Vázquez, localidad rural de Puerto Padre. Después, por instrucciones del Directorio Revolucionario 13 de marzo, tiene que abandonar el país y se va a España desde donde dirige el movimiento. M. Batista (comunicación personal, 15 enero 2019)

Labor revolucionaria desde el exterior

Buscó colaboración dentro de la emigración cubana mediante la recaudación de fondos para apoyar la lucha insurreccional en la Isla, así como aportó dinero a la causa a través de bonos obtenidos por servicios de biblioteca, seminarios, laboratorios y prácticas docentes. Participó en la toma de la Embajada y Consulado Cubano en España y organizó la repatriación de exiliados en Europa.

Después del triunfo de la Revolución y tras graduarse en Medicina, regresa a Cuba y se incorpora a ella, ocupando diferentes responsabilidades, sobre todo, en el Ministerio de Salud Pública. M. Romañach (comunicación personal, 3 febrero 2019)

Labor revolucionaria como jefe de la misión médica en Argelia

Molina (2013) en su artículo narra como Luis Gerald se convierte en el jefe de la misión médica en Argelia. En la apertura del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas “Victoria de Girón”, en Marianao, La Habana, el 17 de octubre de 1962, el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz pronuncia el discurso central. En su intervención hace referencia a la terrible situación que afrontaba el hermano país de Argelia en el campo de la salud enunciada por Ben Bella, su presidente. En ese país la mayor parte de los médicos eran franceses y más de 3000 dejaron el país estimulados desde el exterior y pidió la participación de cincuenta médicos estando seguro de que se iban a ofrecer más, como expresión del espíritu de solidaridad del pueblo cubano.

En ese acto estaba presente el Dr. Luis Gerald Simón Escalona, en su condición de director de Clínicas Mutualistas del Ministerio de Salud, quien, ante el llamado del Comandante en Jefe le plantea al ministro de salud, comandante José Ramón Machado Ventura, sus deseos de participar en esta misión, entre otras razones por sus raíces árabes (sus abuelos eran libaneses) y porque durante su infancia había seguido en televisión los episodios sobre la lucha del pueblo argelino contra el colonialismo francés que lo había dejado muy impresionado. Machado Ventura dio su aprobación y lo designó Jefe de la misión. Siete meses después, el 27 de mayo de 1963, partía hacia Argel la primera misión cubana de ayuda médica a países subdesarrollados que abrió las puertas de la fecunda colaboración con el Tercer Mundo.

Una vez completa la información, el propio ministro Machado Ventura presidió la misión y abordaron un vuelo especial de Cubana de Aviación. Tras 19 horas de vuelo arribaron

al aeropuerto de Argel, donde los esperaban funcionarios de los ministerios de Salud Pública, Relaciones Exteriores, Defensa, y Juventud argelinos. La delegación cubana estaba formada por 28 médicos, 3 estomatólogos, 15 enfermeros y 8 técnicos.

Ben Bella recibía ese día a Machado y Simón y en el curso de la reunión, preguntó por los médicos. Al informársele dónde estaban, decidió ir a conocerlos; allí el Presidente fue muy cordial con todos, estaba contento y le daba mucha importancia a la misión médica, tanto que en varios meses tuvo Gerald el honor de verlo en cinco oportunidades, para informarle sobre la misión.

Después de organizado el trabajo, Machado regresó a Cuba y Luis Gerald Simón quedó al frente de la misma. Gerald recorría toda Argelia, miles de kilómetros en cada uno de los recorridos, teniendo como tarea principal estar al corriente de los trabajos y dificultades a que se enfrentaban los galenos cubanos que estaban situados en hospitales de ciudades, dispensarios, consultorios y hasta en casas, aislados por grandes distancias.

Uno de sus primeros contactos fue con el entonces ministro de Juventud y Deportes Abdelaziz Bouteflika quien lo invitó a acompañarlo en un recorrido por las provincias, para conocer de primera mano los más acuciantes problemas de la población.

> (…) A mediados de año, Simón Escalona recibe al comandante Ernesto Che Guevara, quien visita el país, se preocupa y se pone al tanto de esta misión. Después de siete meses Escalona regresa a la Isla. En ella el doctor Luis Gerald mostró una gran capacidad para cumplir con las tareas encomendadas por la Revolución (García, 1990, p.2)

Otras responsabilidades asumidas después de finalizada la misión

Según Carballido (2014), en las siguientes etapas de la Revolución en el poder Gerald Simón desempeña disímiles responsabilidades.

Destaca su participación el 14 de noviembre de 1965 junto al Comandante en Jefe Fidel Castro, en el Pico Cuba, del Turquino, en la graduación de 400 médicos y 26 estomatólogos, primera generación de profesionales de la salud formados por la Revolución. De estos 227 eran especialistas, en Medicina las especialidades más numerosas resultaban medicina interna (31), pediatría (23), cirugía (21) y ginecobstetricia (18) y en Estomatología, ortodoncia (7) y prótesis (5), asumiendo 28 de ellos la docencia por la falta de profesores en los primeros años de la Revolución.

En el año 1972 se desempeña como Viceministro de Salud Pública, y en marzo de ese mismo año sostiene un encuentro con el primer ministro de Viet Nam del Norte Pham Van Dong, considerado uno de los más fieles discípulos de Ho Chi Minh y una de las mayores figuras de la guerra de Viet Nam por su independencia y unidad.

En ese mismo año recibe una carta fechada el 12 de abril, donde Raúl Valdés Vivó, diplomático en la embajada de Cuba en Hanoi, lo felicita por el encuentro con el líder vietnamita y le envía además, un ejemplar del periódico Nhan Dan en el que aparecía en primera plana el encuentro sostenido con el líder vietnamita.

Luis Gerald ocupó también los cargos de Viceministro de Industria Eléctrica y del Ministerio del Transporte.

A pesar de su edad continuó su preparación académica y obtiene el título de Licenciado en Ciencias Sociales por la Escuela Superior del Partido “Ñico López, a tenor de haber cumplido con los requisitos correspondientes a los estudios de esta especialidad en el año 1980.

Medallas y reconocimientos recibidos por su labor revolucionaria

Por su extensa labor revolucionaria tanto en la lucha clandestina como al frente de múltiples funciones se le otorgaron diferentes medallas y reconocimientos. M. Romañach (comunicación personal, 3 febrero 2019)

- Medalla XX Aniversario del Asalto al Cuartel Moncada.
- Orden Internacional “Medalla energético destacado de la URSS”.
- Medalla “Comandante Piti Fajardo”.
- Medalla Orden “Internacionalista”.
- Medalla “Combatiente de la lucha clandestina”.
- Medalla Conmemorativa 30 Aniversario de las FAR.
- Medalla Conmemorativa 40 Aniversario de las FAR.
- Medalla Conmemorativa 50 Aniversario de las FAR.
- Medalla conmemorativa XX Aniversario. 1953-1973.
- Medalla de la Alfabetización.
- Distinción 28 de septiembre.
- Sello 30 Aniversario. Comités de Defensa de la Revolución.
- Reconocimiento por su participación en la primera misión médica cubana de cooperación internacionalista en la República Democrática y Popular de Argelia en 1963. MINSAP y MINREX, 24 de mayo de 2008.
- Reconocimiento “Por una vida consagrada al triunfo de la Revolución en su aniversario 55”. Buró Ejecutivo Provincial del Partido de La Habana, diciembre del 2013.
- Reconocimiento otorgado por el MINSAP por el 40 aniversario del inicio de la medicina internacionalista en Cuba. 24 de mayo de 2013.
- Reconocimiento otorgado por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, por su contribución a la Salud Universal y a la Solidaridad Internacional. Diciembre de 2015.
- Certificado otorgado por el Comité Central del PCC “Por su condición de Miembro Fundador del Partido Comunista de Cuba”.
- El MINSAP otorga el certificado de Especialista de Segundo Grado y Organización y Administración de Salud Pública.
- Reconocimiento otorgado por la FEU en el marco de las actividades centrales por el Aniversario 45 de las acciones del 13 de marzo.

Luis Gerald Simón Escalona y su esposa Maritza Romañach construyeron una familia. Junto a sus hijos Luis Gerald y Gizne siempre estuvieron rodeados de amor, comprensión y educación. Se jubiló padeciendo Diabetes mellitus y fallece en la mañana del día 7 de junio del año 2016 como consecuencia de una prolongada enfermedad (cáncer de páncreas) a la edad de 82 años, M. Romañach (comunicación personal, 3 febrero 2019), anunciada el 9 de junio en el periódico Granma digital, donde

los comentarios de los internautas fueron muchos refiriéndose a la gran pérdida como revolucionario, profesional y ser humano que significaba su muerte.

CONCLUSIONES

El eminente Dr Luis Gerald Simón Escalona fue un extraordinario profesional, humano y revolucionario, hombre integral, del grupo de los imprescindibles que consagró su vida a la patria, al triunfo y la consolidación de la Revolución, a la salud de su pueblo y de otros pueblos del mundo. Su altruismo, humanismo, optimismo, consagración, abnegación, sacrificio, integralidad y amor constituyen ejemplos a imitar por los nuevos y futuros profesionales de la salud.

REFERENCIAS

Abreu, J., y Uralde, M. (2016). *Soldados clandestinos y rebeldes.* Las Tunas: Sanlope.

Argelia: 50 años de la primera misión médica cubana. (2013). Recuperado de http://www.fidelcastro.cu/de/node/50182

Cantón, JC., y Silva, A. (2009). *Historia de Cuba. 1902-1958.* La Habana: Pueblo y Educación.

Carballido, V. (2014). *En el Pico Turquino con Fidel. La primera graduación de médicos de la Revolución.* Recuperado de http://www.cubadebate.cu

Castro, F. (1962). *Inauguración del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón".* Recuperado de http://www.fidelcastro.cu/es/discursos/discurso-pronunciado-en-la-apertura-del-instituto-de-ciencias-basicas-y-preclinicas

Comentarios en las redes sociales relacionados con la muerte del Dr Luis Gerald Simón Escalona. (2016). Recuperado de htpp: // www.sld.cu/noticia/2016/06/08/dr-gerald-simon-escalona-en-el-recuerdo

García, G. (1990). *La misión internacionalista de Cuba en Argelia.* Recuperado de http://www.fidelcastro.cu/de/node/29075

Molina, G. (2013) Argelia: 50 años de la primera misión médica cubana. *Granma*, p.5.