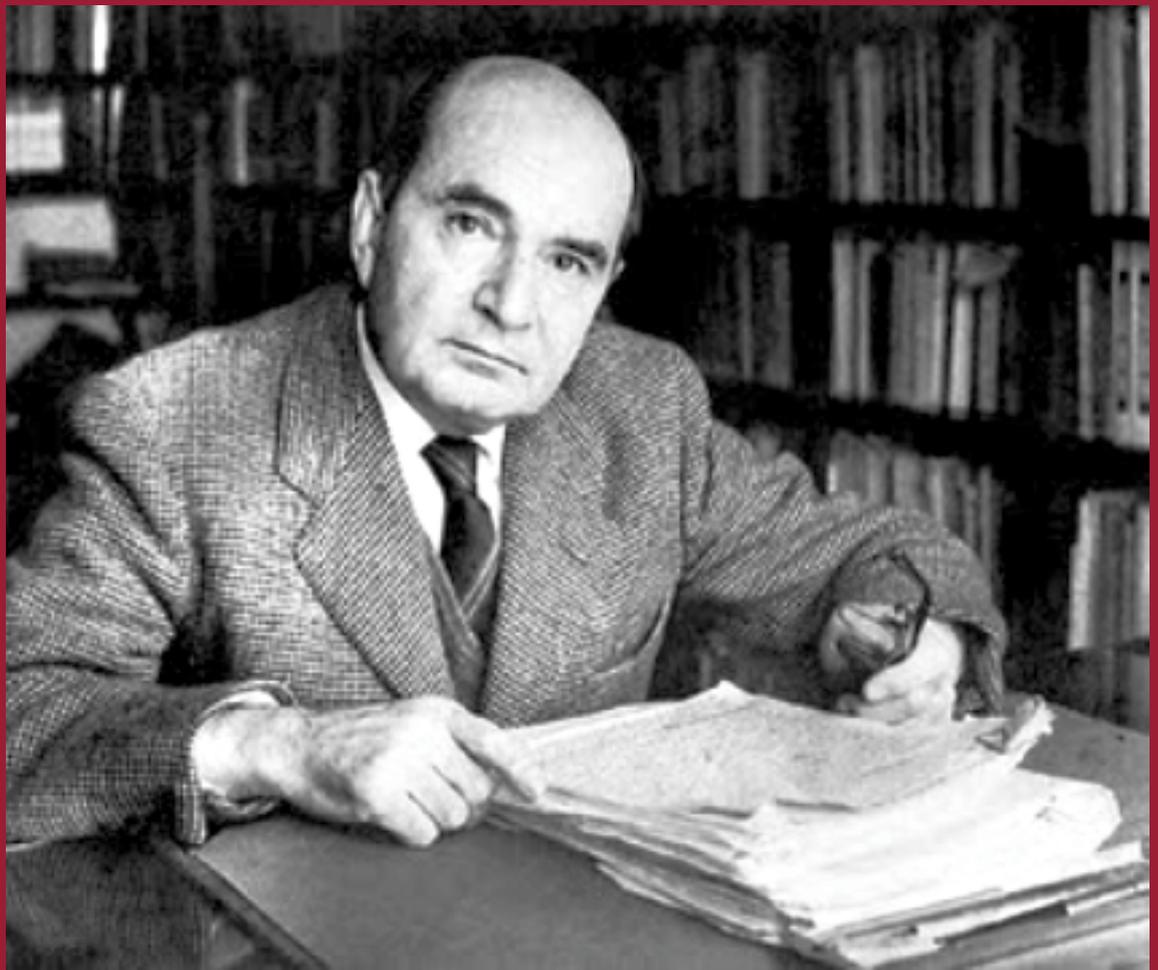




ISSN 2077-0014

VOL. 7 N° 2
JULIO - DICIEMBRE 2013



REVISTA MÉDICA BASADRINA

Facultad de Ciencias de la Salud

Tacna, Perú

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JORGE BASADRE GROHMANN
TACNA-PERÚ**

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

**RECTOR
DR. MIGUEL ÁNGEL LARREA CÉSPEDES**

**VICERECTOR ACADÉMICO
DR. WALTER IBÁRCENA FERNÁNDEZ**

**VICERECTOR ADMINISTRATIVO
MGR. RAMÓN VERA ROALCABA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**DECANA
DRA. NORA VELA DE CÓRDOVA**

**SECRETARIA ACADÉMICA-ADMINISTRATIVA
MGR. MARÍA LOURDES VARGAS SALCEDO**

DIRECTORES DE ESCUELA

**DR. CLAUDIO RAMÍREZ ATENCIO
DIRECTOR DE LA E.A.P. DE MEDICINA HUMANA**

**MGR. DALILA SALAS DE CORNEJO
COMISIÓN TRANSITORIA DE GOBIERNO
DE LA E.A.P. FARMACIA Y BIOQUÍMICA**

**MGR. MARÍA PORRAS ROQUE
DIRECTORA DE LA E.A.P. DE ENFERMERÍA**

**DR. LUIS ALBERTO ALARICO COHAILA
DIRECTOR DE LA E.A.P. DE ODONTOLOGÍA**

**MGR. NÉRIDA PÉREZ CABANILLAS
DIRECTORA DE LA E.A.P. DE OBSTETRICIA**

CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE LA FACS

**DR. MANUEL TICONA RENDÓN
DR. OSCAR CÁCERES MOSCOSO
DR. RICARDO ORTIZ FAUCHEUX
DR. LUIS ALBERTO ALARICO COHAILA
DRA. RINNA PILCO VELASQUEZ
MGR. WENDER CONDORI CHIPANA**

**PRESIDENTE
E. MEDICINA HUMANA
E. FARMACIA Y BIOQUÍMICA
E. ODONTOLOGÍA
E. OBSTETRICIA
E. ENFERMERÍA**



REVISTA MÉDICA BASADRINA

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre de Tacna

ISSN 2077-0014

VOLUMEN 7

NUMERO 2

JULIO - DICIEMBRE 2013

DIRECTOR

Dr. Manuel Ticona Rendón
Médico Pediatra - Neonatólogo
Profesor Principal de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

COMITÉ EDITOR

Dr. Oscar Cáceres Moscoso
Dr. Ricardo Ortiz Faucheux
Dr. Alejandro Vela Quico
Mgr. C.D. Paola Hurtado Mazeyra
Dra. Diana Huanco Apaza
Dr. Víctor Arias Santana

Universidad Nacional Jorge Basadre de Tacna
Universidad Nacional Jorge Basadre de Tacna
Universidad Nacional San Agustín de Arequipa
Universidad Católica Santa María de Arequipa
Hospital Regional Hipólito Unánue de Tacna
Universidad Privada de Tacna

COMITÉ CONSULTOR EXTERNO

Dr. Rodrigo Álvarez Cambras
Medico Traumatologo-Ortopedista
Profesor Académico Titular, Investigador de
Mérito, Universidad Médica Cubana
Dr. Percy Pacora Portella
Medico Gineco-Obstetra
Profesor Asociado, Universidad Nacional Mayor
de San Marcos Lima-Perú
Dr. Ciro Maguiña Vargas
Médico Infectologo-Tropicalista, Dermatólogo
Profesor Principal, Universidad Peruana
Cayetano Heredia, Lima-Perú
Director de la Revista Acta Medica Peruana
Dr. José Pacheco Romero
Medico Gineco-Obstetra
Profesor Principal de la Universidad Nacional
Mayor de San Marcos, Lima-Perú
Director de la Revista Ginecología y Obstetricia
del Perú
Presidente y Editor de la Revista Anales de la
Facultad de Medicina de la UNMSM

Dr. Ernesto Miyares Díaz
Medico Dermatólogo
Universidad La Habana Cuba
Dra. María Mercedes Gil campos
Medico Pediatra-Nutricionista
Docente del Hospital Universitario Reyna Sofía,
Córdoba-España
Dr. José Juárez Eizaguirre
Quimico-Farmacéutico
Profesor Principal de la Universidad Nacional
Mayor de San Marcos, Lima-Perú
Dr. Juan Pablo Alarcón Mena
Cirujano Dentista
Especialista en Implantología Oral
Presidente del Centro Investigación
Latinoamericana de Implantes (SILAI)
Dr. Miguel Oliveros Donohue
Médico Pediatra-Neonatólogo
Profesor Principal, Universidad Nacional Mayor de
San Marcos Lima-Perú

**Revista Indizada en Latindex (Sistema Regional de Información en Línea
para Revistas Científicas en América Latina, El Caribe, España y Portugal)**

Dirección:

Av. Miraflores s/n - Ciudad Universitaria-Tacna, Perú.
Telefono: 58 3000 Anexo 2296-2297/Casilla Postal 316
Telefax: 052 583000 -2296

Frecuencia:

Semestral

Distribución:

Gratuita

Impresión

GRÁFICA MACIGRAF E.I.R.L.
Telf. 424559 - Tacna

Reserva de Derechos:

Prohibida la reproducción total o parcial de los artículos
publicados en esta revista.

Correspondencia:

facs@principal.unjbg.edu.pe
manueliconar@yahoo.es

Descargos de Responsabilidades:

El Contenido de cada artículo es de responsabilidad
exclusiva del autor o autores y no compromete la opinión
de la revista

Diseño y Diagramación

Tec. Jose L. Mollinedo
jolumo11@hotmail.com

CONTENIDO

EDITORIAL	03
ARTICULOS ORIGINALES	
La circunferencia media del brazo materno como predictor del peso al nacer en el Hospital Hipólito Unanue Minsa Tacna 2007 – 2008 <i>Luis Fredy Choque Mamani</i>	04
Tuberculosis en menores de 15 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 1972 – 2011 <i>Mauro Robles Mejía</i>	08
Incidencia del prematuro tardío en hospitales del Ministerio de Salud Del Perú <i>Manuel Ticona Rendón, Diana Huanco Apaza</i>	13
Estudio biofarmacotécnico in vitro entre comprimidos orales de isoniazida mr y genérica 100 mg <i>Diana Paloma Coaquera Lencinas</i>	16
Capacitación y rendimiento del profesional de enfermería que labora en áreas críticas. Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2012 <i>Carla Patricia Milagros Mori Fuentes, Gladys Arratia Torres</i>	20
Variación in vitro de la ubicación del orificio mentoniano en relación a diversos grados de reabsorción del reborde alveolar en mandíbulas edéntulas totales <i>Yury Miguel Tenorio Cahuana</i>	24
Factores asociados al bienestar psicológico de los estudiantes de la escuela académico-profesional de odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann <i>Gladys Claudia Arias Lazarte, Fernando Navarrete Seminario, Milton Saúl Flor Rodríguez</i>	28
Percepción del placer sexual en los y las estudiantes del quinto año de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, 2010 <i>Gema Natividad Sologuren García</i>	31
Expectativa y percepción del proceso enseñanza aprendizaje de los alumnos de la escuela académica profesional de obstetricia de la UNJBG- Tacna 2012 <i>Leandra Llanca Ramos, Gladys Concori Cori</i>	35
REPORTE DE CASOS	
Revisión de guías de manejo de tromboembolia pulmonar aguda a propósito de un caso <i>Ronald Víctor Soto Acero, Regina Rivera Delgado, Julio Aguilar Vilca</i>	38
Aplicación del oclusograma en el plan de tratamiento ortodóncico: reporte de caso clínico <i>Roxana Gabriela Chahuara Apaza, Yury Tenorio Cahuana</i>	41
ARTICULO DE REVISIÓN	
Prótesis provisionales y salud gingival <i>Jaime Bárcena Taco, Luis Alarico Cohaila</i>	43
Evolución de los modelos de farmacia asistencial en el Perú <i>Royer Luis Castro Huarachi</i>	45
Nivel alto de arsénico en el agua potable y su repercusión en la salud. <i>Darwin Williams Enriquez Castro</i>	47
Recomendaciones y pautas clave en el tratamiento de los enfermedad hipertensiva del embarazo (eh) <i>Jaime Vargas Zeballos, Hilda Rosmary Campos C.</i>	49
Estomatitis aftosa recurrente <i>Karim Veronica Figueroa Mendoza</i>	52
Hepatitis e enfermedad emergente a nivel mundial <i>Claudio Ramirez Atencio</i>	55
ARTICULO DE OPINIÓN	
Escribamos sobre la historia de enfermería <i>Ingrid María Manrique Tejada</i>	58
NORMAS DE PUBLICACIÓN	60

La Ley Universitaria

Necesidad de enriquecer el modelo de universidad democrática

Según la editorial del diario La República, del día 04 de diciembre del 2013, la Comisión de Educación del Congreso ultima el debate de la nueva Ley Universitaria. La discusión transcurre con una excesiva aspereza. Es el resultado de una tensión acumulada entre la mayoría de la Comisión y las autoridades universitarias agrupadas en la Asamblea Nacional de Rectores (ANR). La oposición parlamentaria, que inicialmente estuvo de acuerdo con la reforma, se ha plegado a la mayoría de puntos de vistas de la ANR, de modo que, en general, se tienen dos grandes posiciones.

Lo aprobado hasta ahora permite afirmar que lo que se gesta en el Parlamento no es una reforma democrática de la universidad, a tono con los imperativos de la modernidad y que cautele sus históricas conquistas de autonomía, cogobierno, difusión de la ciencia y del pensamiento. El eje de la discordia es la desaparición de la ANR y su reemplazo por una Superintendencia Nacional de Educación Universitaria.

Es probable que este debate necesite ser enfocado con un criterio más ordenador y menos controlista. A estas alturas, luego de varias décadas de inoperancia, la ANR es indefendible como ente representativo de la universidad peruana. Sin embargo, sus limitaciones no pueden servir de argumento para la creación de una instancia que violaría el mandato constitucional que reconoce autonomía a la universidad.

La discusión debería girar en torno a la creación de un sistema de la universidad peruana que supere la dispersión institucional, la fragmentación académica y el divorcio en el cumplimiento de sus fines, es decir, la formación profesional, la difusión cultural, la creación intelectual y artística y la investigación científica y tecnológica.

Esta carencia es inherente a su condición de universidad democrática y debe ser resuelta dentro de ese modelo. Al respecto, se han planteado desde los gremios de docentes, de estudiantes y especialistas alternativas que implican la creación de una instancia que refleje su composición histórica, es decir, profesores, estudiantes y graduados.

La figura de una Superintendencia plantea un modelo estatista contrario al modelo de universidad pública y democrática. En el sistema legal peruano una Superintendencia corresponde al ejercicio de funciones controladoras, reguladoras y administradoras. La universidad ciertamente necesita una lógica reguladora en una perspectiva ordenadora que resuelva de modo definitivo la coexistencia bajo un esquema de exigencias comunes de universidades públicas y privadas y dentro de estas últimas la vigencia de universidad con fines y sin fines de lucro. La búsqueda de la excelencia académica no está asegurada en un marco cerrado y autoritario, como lo evidencian varios casos en la región.

Es probable que el debate tenga que ser reconducido bajo la idea de que se necesita una nueva Ley Universitaria. La primera reforma debería procesarse en la Comisión de Educación, un grupo de trabajo que sorprendentemente reúne a 16 miembros titulares y 30 accesorios, que en sí misma indica las presiones que en ella se ejerce y en más de un caso de modo directo por parte de dueños o personeros de universidades privadas, deseosos de una moratoria indefinida de la actual situación de desorden.

Desde la aprobación de la Ley N° 23733, en diciembre de 1983, y por espacio de 30 años, no se había iniciado una discusión nacional sobre el quehacer universitario. Vale la pena, sin apuro y en consulta con la sociedad y otros ámbitos del Estado, procesar una norma superior.

Director de la Revista

LA CIRCUNFERENCIA MEDIA DEL BRAZO MATERNO COMO PREDICTOR DEL PESO AL NACER EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE MINSA TACNA 2007 – 2008

ARM CIRCUMFERENCE MATERNAL HALF AS PREDICTOR OF BIRTH WEIGHT IN HOSPITAL TACNA HIPOLITO UNANUE MINSA 2007 - 2008

Luis Fredy Choque Mamani

Obstetra. Doctor en Ciencias de la Salud
Prof. Auxiliar Facultad de Ciencias de la Salud-UNJBG

RESUMEN

Se estructura una investigación para determinar la proporción de variabilidad explicada y la fiabilidad de la circunferencia media braquial al inicio del embarazo, como predictor del peso del recién nacido. **OBJETIVO:** El propósito del trabajo de investigación fue determinar la calidad de predictor de la circunferencia media braquial, para estimar el peso del recién nacido. **DISEÑO:** Analítico, retrospectivo, observacional, correlacional y predictivo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudiaron 164 unidades de análisis, constituidas por gestantes del primer trimestre y sus recién nacidos, las que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En una ficha de recolección de datos se consignaron las características socio antropométricas maternas, hasta la decimosegunda semana de gestación (edad, condición socioeconómica, paridad, circunferencia media braquial e índice de masa corporal preconcepcional); y luego después del parto se registraron las características antropométricas del recién nacido (sexo, perímetro cefálico, peso, talla e IPn), entre los meses de abril del 2007 a setiembre del 2008, en el servicio de Obstetricia del en el hospital Hipólito Unanue MINSA Tacna. Los datos obtenidos, fueron analizados por técnicas estadísticas de correlación canónica, fiabilidad y regresión lineal simple. **RESULTADOS:** El promedio de edad materna fue 24.87 años, el grupo etario de mayor frecuencia fue de 22 a 25 años. Predominaron las primíparas y su condición socioeconómica fue media. El promedio del IMC pre concepcional fue 23.47. El sexo predominante del recién nacido fue el masculino; el perímetro cefálico (34.61), peso real (3316.65), peso estimado (3316.59). IPn (2.72). El análisis de dependencia entre los dos grupos de variables tuvieron un coeficiente de correlación canónica del 77.33% ($p \leq 0.05$). La asociación de la edad materna con el PC del recién nacido (0.3933), peso (0.4102), talla (0.2886) y con IPn (0.3314). La CSE con el PC (0.2813), peso (0.4102), talla (0.2664) y con IPn (0.2750). La paridad con el PC (0.0253), peso (0.2853), talla (0.1986) y con IPn (0.2651). La circunferencia media braquial con el PC (0.6594), peso (0.7308), talla (0.6651) y con IPn (0.6682). El IMC pre concepcional con el PC (0.5028), peso (0.5094), talla (0.4576) y con IPn (0.4901). La correlación entre la CMB y el peso del recién nacido fue directa, positiva con un coeficiente de determinación 53.41% ($p \leq 0.05$). La concordancia del peso real del recién nacido y el peso estimado por la fórmula de predicción tuvo un ICC: 0.95. **CONCLUSIÓN:** La correlación entre los indicadores socio antropométricos maternos y los indicadores antropométricos del recién, tuvieron intensidad DÉBIL los indicadores, edad, condición socioeconómica, paridad; con los indicadores perímetro cefálico, peso, talla e índice ponderal neonatal. Fue de intensidad FUERTE los indicadores circunferencia media braquial y el índice de masa corporal preconcepcional; con los indicadores perímetro cefálico, peso, talla e índice ponderal neonatal. La proporción de variabilidad explicada por la circunferencia media braquial, en la estimación del peso del recién nacido fue del 53.41%. La concordancia entre el peso del recién nacido estimado por la fórmula de predicción, con el peso real del recién nacido, fue MUY BUENA. La circunferencia media braquial, es un buen predictor del peso del recién nacido.

Palabras Claves: Embarazo: Circunferencia Media Braquial materna y peso del recién nacido.

ABSTRACT

Structure is an investigation to determine the proportion of variability explained and the reliability of the half circle arm at the beginning of pregnancy as a predictor of the weight of the newborn. **OBJECTIVES:** The purpose of the research was to determine the quality of predictor of the half circle arm, to estimate the weight of the newborn. **DESIGN:** Analytical, retrospective, observational, correlation and predictive. **MATERIALS AND METHODS:** We studied 164 units of analysis, made up of the first trimester pregnant women and their newborns, which met the criteria of inclusion and exclusion. In a sheet of data collection were the maternal anthropometric characteristics partner, until the twelfth week of pregnancy (age, socioeconomic status, parity, we measured brachial and prepregnancy body mass index), and then after birth were recorded anthropometric characteristics of the newborn (sex, cephalic perimeter, weight, height and IPN), between april 2007 and september 2008, in the service of obstetrics at the hospital Hipolito Unanue MINSA Tacna. The data obtained were analyzed by statistical techniques of canonical correlation, reliability and simple linear regression. **RESULTS:** The average maternal age was 24.87 years, the age group most often was 22 to 25 years. Predominated primiparous and its socio-economic status was average. The average BMI pre conceptual was 23.47. 34.61). The predominant sex of the newborn was male; perimeter cephalic (The 2.72). 3316.59). IPN (3316.65), estimated weight (weight (analysis of dependency between the two groups of variables had a canonical correlation coefficient of 77.33% ($p \leq 0.05$). The association of maternal age with the PC of the newborn (0.3933), weight (0.4102), height (0.2886) and IPN (0.3314). The CSE with the PC (0.2813), weight (0.4102), height (0.2664) and IPN (0.2750). Parity with the PC (0.0253), weight (0.2853), height (0.1986) and IPN (0.2651). The arm circumference half with the PC (0.6594), weight (0.7308), height (0.6651) and IPN (0.6682). BMI pre conceptual with the PC (0.5028), weight (0.5094), height (0.4576) and IPN (0.4901). The correlation between CMB and weight of the newborn was a direct, positive with a coefficient of determination 53.41% ($p \leq 0.05$). The consistency of the actual weight of the newborn and weight estimated by the prediction was made by ICC: 0.95. **CONCLUSIONS:** The correlation between the anthropometric indicators partner maternal and newborn anthropometric indicators were soft indicators, age, socioeconomic status, parity, with the indicators cephalic perimeter, weight, height and weight neonatal index. FORT intensity was of the indicators we measured brachial and prepregnancy body mass index, with the indicators cephalic perimeter, weight, height and weight neonatal index. The proportion of variability explained by the half circle arm in estimating the weight of newborns was 53.41%. The correlation between the weight of the newborn estimated by the prediction made with the actual weight of the newborn, was VERY GOOD. The half arm circumference, is a good predictor of weight of the newborn.

KEYWORD: Pregnancy: Circle Media brachial maternal and newborn's weight.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición infantil en América Latina sigue siendo un indicador, con valores que van en aumento y que expresan los efectos de una economía globalizada mundial. El Perú no es un país ajeno en el contexto. La desnutrición neonatal e infantil, es el reflejo de un estado nutricional materno; y este factor constituye uno de los principales en la determinación del crecimiento, desarrollo intrauterino y extrauterino, influyendo inclusive en el desarrollo de los receptores que luego constituyen las

características sociales y ambientales del nuevo ser que se va a desarrollar dentro de la sociedad. La desnutrición neonatal, es una de las principales patologías que produce estigmas en el desarrollo neurológico posterior, con efectos en otros indicadores del desarrollo individual. El diagnóstico temprano de la desnutrición neonatal es de importancia capital, para tomar medidas de prevención, que revertan los efectos en el crecimiento y desarrollo corporal, neurológico y social.

Para el estudio de la desnutrición neonatal se disponen de varias

técnicas y métodos, siendo estas muchas veces complejos, poco accesible y de uso restringido. Sin embargo también disponemos de métodos simples y de aplicación a grandes poblaciones. Esta última característica, ha motivado la realización de la investigación, en ella se analizó a la circunferencia media braquial materna como predictor del peso del recién nacido, como un método para diagnosticar o sospechar desnutrición neonatal. Se asoció las variables socio antropométricas maternas, que siempre han sido investigadas como intervinientes en la nutrición fetal y del recién nacido; y se encontró que la circunferencia media braquial materna es un buen predictor del peso del recién nacido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio, retrospectivo, observacional, correlacional y predictivo. Se estudiaron 164 unidades de análisis, constituidas por gestantes del primer trimestre y sus recién nacidos, las que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En una ficha de recolección de datos se consignaron las características socio antropométricas maternas, hasta la decimosegunda semana de gestación (edad, condición socioeconómica, paridad, índice de masa corporal preconcepcional y la circunferencia media del brazo materno medido con cinta métrica); luego utilizando la fórmula o ecuación de predicción se estimó el peso del recién nacido, la cual fue comparado y correlacionado con los datos y las características antropométricas reales del recién nacido después del parto; (sexo, perímetro cefálico, peso, talla e IPn), entre los meses de abril del 2007 a setiembre del 2008, en el servicio de Obstetricia del hospital Hipólito Unanue MINSA de Tacna. Los datos obtenidos, fueron analizados por técnicas estadísticas de; La prueba multivariada de Correlación canónica para determinar la correlación de dependencia, la Prueba de concordancia con dos categorías de observación para evaluar la fiabilidad y eficacia y regresión lineal simple para la proporción de variabilidad.

RESULTADOS

En el presente estudio se encontró que el promedio de edad materna fue 24.87 años, el grupo etario de mayor frecuencia fue de 22 a 25 años. Predominaron las primíparas y su condición socioeconómica fue media. El promedio del IMC preconcepcional fue 23.47. El sexo predominante del recién nacido fue el masculino; el perímetro cefálico (34.61), peso real (3316.65), peso estimado (3316.59). IPn(2.72).

TABLA 01
Características del peso real del recién nacido y el peso calculado por la fórmula predictiva de la circunferencia media braquial materna.

	Media	Mediana	Varianza	D.S.	EEM	Limites Confianza	
						-95%	95%
PRN Real	3316.65	3500.00	377103.41	614.09	47.95	3221.96	3411.33
PRN Cal	3316.59	3253.00	201368.66	448.74	35.04	3247.40	3385.78

n= 164 UUA. t:-0.144793
df: 336 p: 0.8850 (p > 0.05)

TABLA 02
Valores de los coeficientes canónicos de las correlaciones de las variables predictoras (maternas) y dependientes (recién nacido).

	SEXO	PC	PESO	TALLA	IPn
EDAD	-0.078610	0.393286	0.410228	0.420716	0.331439
C.S.E	0.083792	0.281274	0.288550	0.266372	0.274961
PARIDAD	0.025339	0.159542	0.285328	0.198630	0.265118
CMB	-0.120679	0.659369	0.730819	0.665053	0.668241
IMC Pre	-0.061325	0.502790	0.509352	0.457616	0.490114

n = 164 UUA
Fuente: Elaboración Personal

Muestra la intensidad y la orientación de cada una de las variables predictoras con las variables dependientes. La variable predictoradora Circunferencia Media Braquial (CMB), tiene correlaciones directas y de sentido positivo y la intensidad es muy fuerte con el peso del recién nacido. Menor intensidad de correlación con el Índice Ponderal neonatal, talla, luego la talla del recién nacido y perímetro cefálico. En segundo lugar, en intensidad de correlación va la variable índice de masa corporal materno, preconcepcional. Por último la variable edad materna. Las otras variables no son significativas. El análisis de dependencia entre los dos grupos de variables tuvieron un coeficiente de correlación canónica del 77.33% (p ≤ 0.05).

TABLA 03
Análisis predictivo de la variable circunferencia media braquial materna en la determinación del peso del recién nacido

C.M.B.	PESO DEL RECIÉN NACIDO (GRS)											
	2000 - 2499		2500 - 2999		3000 - 3499		3500 - 3999		4000- a más		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
18.00 - 21.50	5	3.05	8	4.88	9	5.49	18	10.98	2	1.22	42	25.61
22.00 - 25.50	10	6.10	9	5.49	14	8.54	32	19.52	4	2.44	69	42.07
26.00 - 29.50	6	3.66	5	3.05	9	5.49	15	9.15	2	1.22	37	22.56
30.00 - 33.50	0	0.00	3	1.83	3	1.83	8	4.88	2	1.22	16	9.76
TOTAL	21	12.80	25	15.24	35	21.34	73	44.52	10	6.10	164	100.00

*CMB: Circunferencia Media Braquial Materna.
n = 164 UUA
Fuente: Elaboración Personal

La interacción de la variable predictoradora Circunferencia media Braquial Materna y la variable dependiente peso del recién nacido, está dado por el coeficiente de determinación (R²: ajustado: 53.41%), es decir en forma global el peso del recién nacido varía en el 53.41%, de sus valores observados, y que es explicado por los valores de la circunferencia media braquial materna. El valor de (p ≤ 0.05), nos indica que los valores de asociación de las variables predictivas y la dependiente, tiene cambios por sus interacciones. La intensidad de la relación de dependencia de las variables es de un grado de intensidad FUERTE (r: 0.7308), siendo estadísticamente significativa la correlación.

TABLA 04
Concordancia de los pesos estimados por la fórmula de predicción de la circunferencia media braquial, con el peso real del recién nacido.

VARIABLES	n	Medias	IC al 95.0%		Std.Dev.
			-95.00%	95.00%	
PRN real(A).	164	3316.65	3221.96	3411.33	614.09
PRN Cal(B)	164	3316.59	3247.4	3385.78	448.74
Diferencia	164	0.06	-64.57	64.68	419.12
Medias	164	3316.62	3240.25	3392.99	495.3

IC: intervalo de confianza
Prn: peso del recién nacido
N = 164 uua.
Fuente: elaboración personal.

Se analiza la concordancia o fiabilidad y validez de la fórmula. La predicción del peso de los recién nacidos, es realizada por la ecuación lineal [c.m.b* = 13.334 + 0.00279 * prn]. El valor de concordancia alcanzado por el peso del recién nacido pronosticado y el peso real es de cci: 0.95; siendo una concordancia muy buena (clasificación de fleissj.l.).

DISCUSIÓN

Se realizó un estudio, para analizar el valor predictivo de la circunferencia media braquial materna, en la determinación del peso del recién nacido y prevenir la desnutrición neonatal, en el

servicio de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue MINSA, Tacna; La muestra estuvo constituida por 164 gestantes, y que luego fueron parturientas saludables; las que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; y sus recién nacidos por parto eutócico y de producto único. Con respecto al promedio de edad materna fue 24.87 años con una DS. 5.68; la mayor frecuencia de la edad materna fue en el grupo etario 22 a 25 años 36.59 y un rango de 23 años. A. Sánchez y Cols. (19), refiere en su investigación edades maternas que oscilaron entre 18 y 40 años, el promedio de la edad fue de 24 años con D.S. 6.34. Los valores son aproximados; ello nos demuestra que se están comparando países latinoamericanos, es decir tienen un comportamiento demográfico muy parecido (3,14,15). En la investigación uno de los criterios excluyentes fue que las gestantes/parturientas fueran saludables.

Las características sociodemográficas de las madres: en la condición socioeconómica, la más frecuente fue la condición MEDIA 79.27% y en la paridad, las primíparas fueron las que predominaron 45.12%. La desnutrición y el medio socioeconómico y cultural adverso ejercen un efecto desbastador en el crecimiento corporal y el sistema nervioso central (SNC) del niño, impactando en el desarrollo intelectual y conductual. Si lo afecta en etapas críticas de su crecimiento, puede resultar en una alteración permanente de las funciones del cerebro y su plasticidad como en su inserción social (6.). HALPERN R y Cols. (7) Más del 96% de los casos de bajo peso al nacer ocurren en el mundo en vías de desarrollo, lo que demuestra que es más probable que esta situación se presente en condiciones socioeconómicas de pobreza. Los resultados indican que el peso al nacer y la situación socioeconómica están fuertemente asociados con potenciales atrasos en el desarrollo de niños hasta los 12 meses de edad. Para TICONA RENDÓN, M, Y HUANCOAPAZA, D. (19) Los recién nacidos de sexo masculino tienen mayor peso que los femeninos, y si se colocan en paralelo, los pesos de los primeros son superiores a los segundos en todas las semanas de embarazo. Lo mismo ocurre cuando se comparan los hijos de múltiparas con los de primíparas (22). En la investigación el promedio del peso del recién nacido se encuentra dentro del rango de valores normales; la condición socioeconómica, la paridad materna se considerarían adecuadas, explicarían parcialmente su influencia en los valores de rango normal.

El comportamiento del índice de masa corporal preconcepcional de las embarazadas tuvo un promedio de 23.47 y la DS: 3.01 con límites de confianza (23.01 - 23.93). El peso preconcepcional es sensible para diagnosticar a las gestantes desnutridas, lo cual es de gran utilidad especialmente en los niveles de atención primaria por la escasa disponibilidad de herramientas diagnósticas (15,16,11,16). El promedio de los valores se encuentran en el rango normal, con una dispersión de valores aceptable. Algunos autores han relacionado un estado nutricional deficiente en la mujer embarazada con una elevada incidencia de peso bajo al nacer, incremento de la tasa de mortalidad neonatal, retardo o detención del crecimiento y riesgo de déficit psicomotor posterior (2,8,11), por lo que la evaluación del estado nutricional de la embarazada se ha convertido en una prioridad.

Con respecto a las características antropométricas del recién nacido; Por el sexo, fueron más frecuentes en el estudio, los recién nacidos de sexo masculino. El perímetro cefálico tuvo un promedio general de 34.61 cms con una desviación estándar 1.80. El perímetro cefálico debe mantenerse como indicador antropométrico nutricional y neurosensorial y su medición sistemática debe fomentarse para evaluar el crecimiento y desarrollo infantiles (1.), por lo tanto, el PC es un índice confiable del crecimiento del SNC durante la infancia y es importante para predecir su posterior comportamiento, Debido a que el cerebro es el órgano que crece más rápidamente durante los

primeros meses de vida, la privación de nutrientes que ocurra durante ese período afectará su crecimiento (7). El perímetro cefálico, cuyo valor medio es de 35 cm., en el estudio el promedio es normal (6,7,12,13).

El sexo y la asociación al peso de los recién nacidos; en el estudio hubo mayor frecuencia de varones, los resultados son similares a los mostrados por Carazas Pinto, R. D. (3) y afirma que no existe asociación significativa entre el peso del recién nacido y el sexo. Sánchez A y cols (19), concluye que sí existe asociación entre la circunferencia media braquial y el peso del recién nacido; siendo los pesos mayores en el sexo masculino.

Los valores del Índice Ponderal Neonatal; el promedio fue 2.72 y la DS: 0.33 y rango de (2.67 - 2.77). El índice ponderal neonatal constituye una forma de cuantificar el grado de malnutrición (obesidad o desnutrición) del neonato y se representa por la siguiente fórmula: $\text{Peso al nacer en gramos} \times 100 / (\text{talla en cm})^3$. Esta fórmula se asocia más estrechamente a la mortalidad perinatal que al percentil del peso al nacer con respecto a la edad de gestación (15). Los promedios también estuvieron en el rango de valores normales. Los promedios del índice ponderal neonatal, para neonatos normales y a término (37 a 41 semanas de gestación) de la ciudad de Lima (Pacora y Cols) (14) fue de 2.73.

Al compararse el peso real del recién nacido y el peso calculado por la fórmula de predicción encontramos que el promedio de ambos pesos, son 3316.65 y 3316.59 grs. respectivamente. Las diferencias no son significativas ($p > 0.05$); El feto, al nacer, suele pesar entre 3,200 Kg y 3,600 Kg. El peso medio de un recién nacido varón en nuestro medio es de 3,415 kg y el peso medio de un recién nacido hembra de 3,300 kg. Se considera peso normal en el recién nacido al que oscila entre los 2,500 kg y los 4,500 Kg por tanto el promedio del peso de los recién nacidos para la edad gestacional, se encuentran en el rango normal (4,5,12,14.).

Al analizar la correlación de dependencia múltiple entre las variables predictoras (maternas: edad, condición socioeconómica, paridad, circunferencia media braquial y el índice de masa corporal pre concepcional) y las variables dependientes (del recién nacido: sexo, perímetro cefálico, peso al nacer, talla y el índice ponderal neonatal). El grado de relación global de las variables predictoras o socio antropométricas maternas y las dependientes, o variables antropométricas del recién nacido, tuvieron un valor ALTO (R: 0.77327); la correlación entre las variables fue de orientación positiva. Se ha realizado varios estudios, estos asocian y analizan estas relaciones de dependencia, en forma parcial. En la investigación se analiza en forma global todas las variables maternas y del recién nacido; se explica que el 77.33% de las variables se asocian las una con las otras. La diferencia 22.67%, son variables que no se asocian, o si tienen asociaciones; estas tienen una orientación diferente. La proporción de varianzas; explica el porcentaje con que explica las variables predictoras sobre las variables dependientes; en forma global explican el 100% del comportamiento. El índice de redundancia, proporciona una medida resumen de la capacidad de las variables predictoras edad, condición socioeconómica, paridad, circunferencia media braquial, e índice de masa corporal preconcepcional consideradas en conjunto para explicar la variación de las variables dependientes (sexo, perímetro cefálico, peso, talla e índice neonatal ponderal).

El valor del estadístico X² con un valor de probabilidad significativo ($p \leq 0.05$), informa que al menos existe una correlación entre las variables predictoras y las dependientes y que estas correlaciones son diferentes..

Con respecto a la intensidad y la orientación de las variables; La variable predictoras Circunferencia Media Braquial (CMB), tiene correlaciones de sentido positivo y la intensidad es muy fuerte

con el peso del recién nacido. Menor intensidad de correlación con el Índice Ponderal neonatal, luego la talla del recién nacido y por último el perímetro cefálico. La variable sexo del recién nacido, la correlación es despreciable. Las otras variables no son significativas. Estas asociaciones constituyen la información más importante, del comportamiento de las variables estudiadas. Esta asociación es similar a la sostenida por otros autores (9,10,17,181).

El mayor porcentaje de recién nacidos tuvieron pesos de 3,500 a 3,999 gramos; el promedio fue 3316.65 gramos, y sus madres tuvieron una circunferencia media braquial de 22 a 25.50 cms., el promedio de esta fue 22.55 cms. con una DS. 2.03. El coeficiente de determinación o la proporción de varianza explicada de la circunferencia media braquial sobre el peso del recién nacido es del 53.41%; la diferencia del peso del recién nacido es explicada por otros factores externos y ajenos a la medición de la circunferencia media braquial. El valor de la probabilidad de α ($p \leq 0.05$), nos indica que se producen cambios en las iteraciones entre variables.

La concordancia de los pesos es evaluada por el coeficiente de correlación intraclase (r_I) para un modelo de efectos fijos, el valor alcanzado es: 0.95; siendo una concordancia MUY BUENA; nos demuestra que el poder predictivo la fiabilidad y validez de la fórmula, es buena, ya que explica el 53.41% de proporción de varianza y la concordancia y similitud de los pesos del recién nacido y los pesos estimados es de 9 aciertos en 10; por lo que se puede afirmar que la circunferencia media braquial es un buen predictor del peso del recién nacido, asociación válida para la población analizada.

En Conclusión, La correlación entre los indicadores socio antropométricos maternos y los indicadores antropométricos del recién nacido, tuvieron intensidad DÉBIL los indicadores, edad, condición socioeconómica, paridad; con los indicadores perímetro cefálico, peso, talla e índice ponderal neonatal. Fue de intensidad FUERTE los indicadores circunferencia media braquial y el índice de masa corporal preconcepcional; con los indicadores perímetro cefálico, peso, talla e índice ponderal neonatal. La proporción de variabilidad explicada por la circunferencia media braquial, en la estimación del peso del recién nacido fue del 53.41%. La concordancia entre el peso del recién nacido estimado por la fórmula de predicción, con el peso real del recién nacido, fue MUY BUENA. por tanto La circunferencia media braquial, es un buen predictor del peso del recién nacido.

Se recomienda; Investigar el valor diagnóstico del indicador antropométrico circunferencia media braquial para la estimación del ponderado fetal, como también estudios para comparar la eficacia en la predicción clínica del peso del recién nacido, de los indicadores antropométricos circunferencia media braquial y circunferencia media de la pantorrilla materna.

Así mismo proponemos su implementación de la técnica de la medición del perímetro braquial materno, a todas las mujeres gestantes en el primer trimestre en todos los establecimientos y centros de salud de la región de Tacna, como un procedimiento obstétrico de rutina. Ya que su aplicación es sencillo y muy bajo costo pero de un alto valor diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARRIOS, L. BLUVSTEIN, E. ELIZALDE, S Y COLS. Relación entre talla y ganancia de peso de la madre durante el embarazo con la duración de la gestación y el peso y talla del recién nacido. Cátedra n° 1 de fisiología humana. Cátedra N° II de Clínica Obstétrica. Facultad de Medicina – UNNE Moreno 1240 - (3400) Corrientes – Argentina 2007.
- CARAZAS PINTO, R. D. "Relación de la circunferencia media braquial materna con la antropometría del recién nacido en el servicio de obstetricia del hospital militar regional Arequipa – 2007". Tesis de grado profesional en Medicina Humana. Universidad Católica de Santa María – Arequipa. 2007.
- CÁRDENAS-LÓPEZ, C. HAUA-NAVARRO, K. SUVERZA-FERNÁNDEZ, A. M. EN C. OTILIA PERICHART-PERERA. Mediciones antropométricas en el neonato. Área de Nutrición Clínica, Dirección de Investigación, Instituto Nacional de Perinatología, México, D.F., México 2010.
- GOTHELF, S. JUBANY, L. Evolución del perímetro cefálico en niños desnutridos de bajo nivel socioeconómico durante el tratamiento de recuperación nutricional. Arch. argent. pediatr; 100(3):204-209, jun. 2002.
- HALPERN R, BARROS F, HORTA B, VÍCTORA C. Desempeño neuropsicomotor a los 12 meses de edad en un grupo de base populacional no sul de Brasil: diferencias conforme peso al nacer e renda familiar. Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro, Brasil) 1996; 12(supl.): 73-79.
- INSTITUTE OF MEDICINE. Subcommittee on nutritional status and weight gain during pregnancy. Nutrition during pregnancy: weight gain and nutrient supplements. National Academy Press. Washington, D.C. 1990; Part I: 27-233.
- KRASOVEC, K. Arm circumference: background issues. In: Krasovec, K. & Anderson, M. A. ed. Maternal nutrition and pregnancy outcomes. Washington, D. C., Pan American Organization, 1991. p. 119-131 (PAHO - Scientific Publication, 529).
- LIFSHITZ F, FINCH N, LIFSHITZ J. Children's Nutrition. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1991; Chapter 1: 3-16.
- Lohman, T; Roche, A.F y Martorell, R. (1998). Anthropometric standardization reference manual. USA: Human Kinetics Books.
- LUBCHENCO, HANSMAN, BOYDE. Intrauterine growth in length and head circumference as estimated from live births at gestational ages from 26 to 42 weeks. Pediatrics. 1966; 37:403-405.
- PACORA, P. BUZZIO, Y. INGAR, W. SANTIVÁÑEZ, Á. El peso del recién nacido sano según edad gestacional en una población de Lima. An. Fac. med. v.66 n. 3 Lima sept. 2005.
- RACHED DE PAOLI, I. HENRIQUEZ PÉREZ, G. AZUAJE SÁNCHEZ, A. Efectividad de dos indicadores antropométricos en el diagnóstico nutricional de gestantes eutróficas y desnutridas. ALAN v.51 n.4. Caracas dic. 2001.
- Restrepo Calle, M.T. la antropometría en la evaluación del estado nutricional del adulto. En: Nutrición y Dietética. Volumen 5 No. 02. Medellín: Centro de Atención Nutricional. 1997.
- RICALDE, A., VELAZQUEZ, G., TANAKA, A. AND SIQUEIRA, A. Mid-upper arm circumference in pregnant women and its relation to birth weight. Rev. Saúde Pública. 32:112-17, 1998.
- RICALDE, P. A. E. Contribuição para o estudo do perímetro braquial na avaliação do estado nutricional da gestante. São Paulo, 1994. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública, da USP]. Brasil.
- TIBREWALA, S. & SHAH, K. The use of arm circumference as an indicator of body weight in adult women. Baroda J. Nutr., 5: 43-5, 1978.
- TICONA RENDÓN, M, HUANCOAPAZA, D. Crecimiento fetal del recién nacido peruano según su sexo, región geográfica, paridad y talla materna. Rev. Ginecol Obstet Mex 2008; 76(9):512-9.
- WINIKOFF, B & DEBROVNER, C. Anthropometric determinants of birth weight. Obstet. Gynecol., 58: 678-84, 2001.
- World health organization. WHO Collaborative Study. Maternal anthropometry and pregnancy outcomes. Bulletin of the WHO, supplement vol 73, 1999.

CORRESPONDENCIA:

luischoque@hotmail.com

Recibido: 12/10/2013

Aceptado: 13/11/2013

TUBERCULOSIS EN MENORES DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 1972 – 2011

TUBERCULOSIS IN CHILDREN UNDER 15 YEARS OF HOSPITAL TACNA HIPOLITO UNANUE. 1972 – 2011

Mauro Robles Mejía

Médico Pediatra. Profesor Asociado de la Facultad de Ciencias de la Salud UNJBG. Magister en Salud Pública.

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis es un problema de salud pública preocupante que afecta incluso a niños. El objetivo fue determinar la incidencia, características clínicas y epidemiológicas en niños menores de 15 años hospitalizados. **Material y Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en 923 niños menores de 15 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 1972 a 2011 con el diagnóstico de tuberculosis. La información se obtuvo de las historias clínicas. **Resultados:** La frecuencia de tuberculosis fue 4,8 por 100 egresos, con tendencia descendente. Los diagnósticos fueron: 75,3% tuberculosis pulmonar, 10,9% meningea, 8,9% pleural y 3,4% enteroperitoneal. Fueron: 40,3% de 10 a 14 años, 51,1% sexo femenino, 41,1% analfabeta, 95,6% nacidos en Tacna, 33,3% y 25,6% provenientes de los distritos Gregorio Albarracín y Ciudad Nueva, 61,1% con antecedentes familiares, 89,5% con vacuna previa y 60,2% con deficiente estado nutricional. Predominó sintomatología de 14 días a más (80%), presentó 90% sensación febril, 84,1% tos, 76,7% sudoración e hiporexia y 66,6% pérdida de peso. Fue positiva en 53,3% la baciloscopia y en 20,2% el cultivo; el tratamiento en 80% fue según Esquema I. La letalidad fue de 21,3%. **Conclusión:** La frecuencia y letalidad de la tuberculosis en niños menores de 15 años en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, descendió considerablemente en los últimos 40 años, presentándose prioritariamente en adolescentes, con bajo grado de instrucción, mal estado nutricional, antecedentes familiares, provenientes del cono norte o sur de la ciudad, a predominio del pulmón. **Palabras clave:** Tuberculosis, tuberculosis infantil, tuberculosis pulmonar.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is a worrying public health problem that affects even children. The objective was to determine the incidence, clinical and epidemiological characteristics in children under 15 years hospitalized in the hospital Hipólito Unanue of Tacna. **Materials and Methods:** A descriptive, retrospective, cross-sectional, in 923 children under 15 years hospitalized in the Pediatric Department of Tacna Hipólito Unanue Hospital during the years 1972-2011 with the diagnosis of tuberculosis. The information was obtained from medical records. **Results:** The frequency of tuberculosis was 4.8 per 100 discharges, the trend is decreasing. The diagnoses were: 75.3% pulmonary tuberculosis, meningitis 10.9%, 8.9% and 3.4% pleural enteroperitoneal. Were: 40.3% of 10-14 years old, 51.1% female, 41.1% illiterate, 95.6% born in Tacna, 33.3% and 25.6% from Gregorio Albarracín districts and City new, 61.1% with family history, with 89.5% and 60.2% previously vaccinated with poor nutritional status. Predominant symptoms more than 14 days (80%) presented 90% with fever, cough 84.1%, 76.7% and hyporexia sweating and 66.6% weight loss. Positive was 53.3% smear and culture 20.2%, the 80% treatment was according to Scheme I. The mortality was 21.3%. **Conclusion:** The frequency and lethality of tuberculosis in children under 15 years in hospital Tacna Hipólito Unanue down substantially in the past 40 years, primarily in adolescents presenting with low levels of education, poor nutritional status, family history, from northern or southern cone of the city, predominantly of the lung.

Keywords: Tuberculosis, childhood tuberculosis, pulmonary tuberculosis

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) constituye en el mundo un grave problema de salud pública aún no resuelto, especialmente en países en desarrollo. Un tercio de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis*, con una incidencia anual de 8 a 10 millones de casos, aunque debe considerarse que esa cifra puede estar sesgada por notificaciones deficientes y, en muchos casos, prácticamente nulas. La prevalencia suma más de 30 millones de casos y la letalidad oscila entre 2 y 3 millones por año (1).

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa de curso progresivo y tendiente a la cronicidad, producida por especies del género *Mycobacterium*, principalmente *M. tuberculosis*. Afecta principalmente al pulmón, aunque puede comprometer cualquier órgano.

En el Perú, en la década de los 80, el Programa de Control de Tuberculosis enfrentaba serios problemas de organización, estructura y logística, que se expresaban en inadecuadas medidas de intervención cuyos resultados eran altas tasas de incidencia, una respuesta técnica débil o inadecuada en las actividades de control; búsqueda insuficiente de sintomáticos respiratorios, una baja cobertura de detección y dificultad para asegurar el acceso de los pacientes al tratamiento gratuito. En respuesta a este panorama nacional, se desarrollaron desde 1990, grandes esfuerzos para controlar la tuberculosis, fomentando estrategias sanitarias eficaces para generar nuevas actitudes y prácticas saludables, incluyendo además, acciones de promoción de la

salud, con la finalidad de disminuir los estragos sociales y económicos de esta epidemia (2).

La tuberculosis afecta todas las edades, de los pacientes infectados un 10% desarrolla la enfermedad en el curso de sus vidas. La edad influye en forma importante en la gravedad del cuadro clínico. En el primer año de vida la enfermedad es muy grave con predominio de las formas diseminadas: tuberculosis miliar y meningitis tuberculosa que son de elevada letalidad. Las condiciones socioeconómicas adversas son factores de riesgo, ya que favorecen el hacinamiento y así la mayor transmisión del bacilo. La desnutrición y las inmunodeficiencias primarias o secundarias, son importantes elementos a considerar al momento de evaluar el riesgo de infección y por lo tanto, de desarrollar la enfermedad (3).

En los niños la tuberculosis puede tener diversos síntomas y signos dependiendo del grado de compromiso y ubicación de la lesión, pudiendo ser incluso asintomática. La tuberculosis infantil está siempre en relación a la primo infección, lo que implica a un adulto bacilífero, el que constituye la principal fuente de contagio.

La forma clásica es la localización pulmonar, que en los niños frecuentemente corresponde a la primo infección (complejo primario). Este suele ser asintomático, constituyendo frecuentemente un hallazgo en el estudio de contactos de pacientes bacilíferos. Cuando existen síntomas, éstos pueden manifestarse como fiebre, astenia, baja de peso, eritema nodoso,

queratoconjuntivitis flictenular, además de síntomas respiratorios inespecíficos (4).

Si bien la incidencia de TBC ha disminuido significativamente gracias a las estrategias de manejo aplicadas por el sistema de salud, sigue siendo un problema de salud pública preocupante debido al gran número de infectados que eventualmente se hacen bacilíferos; pese a ello, existen escasos estudios de tuberculosis infantil en el Perú, que aporten una orientación clínica y epidemiológica más allá de los datos obtenidos del Ministerio de Salud. Nuestro objetivo fue conocer la frecuencia de los casos de tuberculosis en menores de 15 años hospitalizados durante 40 años en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, entre los años 1972 y 2011, así como conocer sus características clínicas y epidemiológicas.

MATERIAL Y METODO

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de corte transversal. Se estudió al 100% de los pacientes menores de 15 años de edad con diagnóstico de egreso de Tuberculosis, hospitalizado en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 1972 a 2011. Se excluyó pacientes con otra patología concomitante.

Se realizó estudio documental de historias clínicas, revisión del registro de muestras para la investigación bacteriológica en tuberculosis, así como de los libros de registro de ingresos y egresos de pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría y epicrisis de los egresos.

La información de filiación, diagnóstico, tiempo de enfermedad, síntomas, exámenes auxiliares, tratamiento y condición de egreso se recogió en fichas. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos descriptivos. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20.

RESULTADOS

Durante los cuarenta años de estudio (1972 a 2011) en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, egresaron 19 276 niños menores de 15 años del Servicio de Pediatría, de los cuales 923 presentaron el diagnóstico de Tuberculosis, teniendo una frecuencia global para este periodo de 4,8 por 100 egresos; esta frecuencia fue mayor en el tercer quinquenio durante los años 1982 a 1986 con 9,6% y menor en el último quinquenio durante los años 2007 a 2011 con 0,4%. La frecuencia más elevada se presentó en el año 1986 con 12,2% que corresponden a 62 casos, observándose una reducción progresiva y marcada a partir del año 1986 (Tabla y Figura 1).

TABLA 1:
Frecuencia de tuberculosis en menores de 15 años por quinquenio. Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Años 1972 – 2011.

QUINQUENIO	EGRESOS	TB	FRECUENCIA
1972 – 1976	3 450	207	6,0
1977 – 1981	2 950	162	5,5
1982 – 1986	2 730	262	9,6
1987 – 1991	2 104	109	5,2
1992 – 1996	1 941	87	4,5
1997 – 2001	1 789	66	3,7
2002 – 2006	2 221	22	1,0
2007 – 2011	2 091	8	0,4
1972 – 2011	19 276	923	4,8

Fuente: Historias Clínicas del Hospital H. Unanue de Tacna

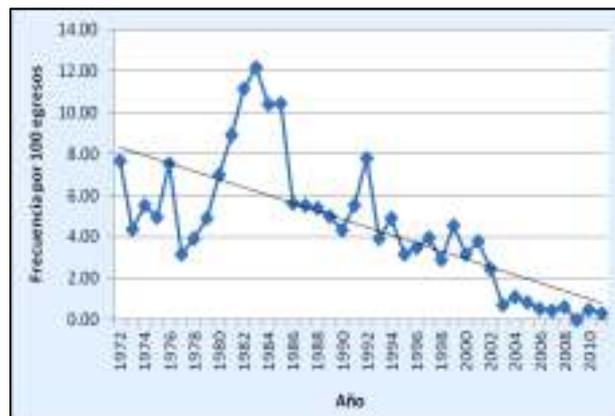


FIGURA 1: Frecuencia anual de tuberculosis en menores de 15 años. Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Años 1972 – 2011

Presentó tuberculosis pulmonar 75,3% de los niños, seguida de 10,9% de tuberculosis meníngea o meningitis tuberculosa, 8,9% de tuberculosis pleural, 3,4% de tuberculosis enteroperitoneal y en menor proporción tuberculosis osteoarticular, renal o de otras ubicaciones.

TABLA 2:
Diagnóstico de tuberculosis en niños menores de 15 años. Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Años 1972 – 2011

DIAGNOSTICOS	N°	%
TB Pulmonar	695	75,3
TB meníngea	101	10,9
TB pleural	82	8,8
TB entero peritoneal	31	3,4
TB osteoarticular	9	1,0
TB renal	3	0,3
TB otros	2	0,2
TOTAL	923	100,0

Fuente: Historias Clínicas. Hosp. H. Unanue Tacna

En cuanto a la edad, 40,3% fueron adolescentes de 10 a 14 años, reduciéndose este porcentaje conforme disminuye la edad, así el 25,5% presentó edades entre 5 y 9 años, 24,8% entre 1 a 4 años y sólo 9,4% fueron menores de 1 año. Se presentó 41,1% de analfabetos, 33,2% cursaron estudios de primaria y 25,8% estudios de secundaria. En cuanto al sexo de los niños, proporcionalmente la distribución fue semejante, con discreto predominio en el sexo femenino, con 51,1%. La mayoría de niños, nacieron en la región de Tacna con el 95,6%, sólo 2,7% nació en Moquegua y 1,5% en Puno. El 33,3% de los niños proviene del distrito Gregorio Albarracín, seguido por 25,6% provenientes del distrito Ciudad Nueva y 23,3% de Alto de la Alianza, en mínima proporción, 3,4% del cercado de Tacna.

Presentó antecedente familiar de tuberculosis 61,1% de los niños; 89,5% fueron vacunados previamente con BCG y 10,5% no fueron vacunados. Más de la mitad (60%) fueron distróficos; es decir, presentaron deficiente estado nutricional, siendo el 40% eutróficos o con adecuado estado nutricional. Fueron diagnosticados como caso nuevo 86,8% de los niños, el resto 13,2% fueron casos ya diagnosticados con anterioridad. Sólo 6,7% presentó una primera recaída y la mayoría (93,3%) no presentó recaídas. Se encontró que 26,7% presentó sintomatología de 14 a 20 días antes de su hospitalización, seguida de 20% con 21 a 31 días y 19,9 de tres meses a más, en mínima proporción (3,4%) su sintomatología fue menor a 1 semana.

TABLA 3:
Tiempo de sintomatología en niños con tuberculosis.
Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Años 1972 – 2011

TIEMPO DE SINTOMATOLOGÍA	N°	%
< 1 semana	31	3,4
7 a 13 días	154	16,7
14 a 20 días	246	26,7
21 a 31 días	185	20,0
1 a 2 meses	123	13,3
3 meses a +	184	19,9
TOTAL	923	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital H. Unanue de Tacna

La sintomatología más frecuente fue la sensación febril en un 90%, tos en 84,1%, sudoración e hiporexia en 76,7% respectivamente, pérdida de peso en 66,6% y expectoración en 63,4%, en menor proporción el resto de síntomas.

TABLA 4:
Sintomatología en niños con tuberculosis.
Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Años 1972 – 2011

SÍNTOMAS	SI	%
Sensación febril	831	90,0
Tos	776	84,1
Sudoración	708	76,7
Hiporexia	708	76,7
Pérdida de peso	615	66,6
Expectoración	585	63,4
Disnea	492	53,3
Nauseas	462	50,1
Vómitos	431	46,7
Astenia	369	40,0
Diarrea	338	36,6
Hemoptisis	215	23,3
Dolor abdominal	123	13,3
Epistaxis	62	6,7
Cefalea	31	3,4
Rinorrea	31	3,4
Disfonía	31	3,4

Fuente: Historias Clínicas. Hospital H. Unanue Tacna

Se muestra que 53,3% presentó baciloscopia positiva, siendo 36,9% proveniente del esputo, 14,6% del contenido gástrico, 1,3% del líquido cefalorraquídeo y sólo 0,4% de la orina; 46,7% de las baciloscopias fueron negativas.

De los niños hospitalizados con cultivo, se encontró que 20,2% tuvo resultado positivo, 46,7% negativo y 33,2% no se encontró el registro del resultado del cultivo.

TABLA 5:
Estudio de baciloscopia en niños con tuberculosis.
Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Años 1972 – 2011

BACILOSCOPIA / CULTIVO	N°	%
Estudio de Baciloscopia		
Esputo	341	36,9
C. Gástrico	135	14,6
LCR	12	1,3
Orina	4	0,4
Negativo	431	46,7
Resultado de Cultivo		
Positivo	186	20,1
Negativo	431	46,7
No se registro	306	33,2
TOTAL	923	100,0

Fuente: Historias Clínicas. Hospital H. Unanue Tacna

El 80% de los niños recibió tratamiento según Esquema I, seguido por 10% con el esquema III y sólo 3,4% con el esquema II, en 6,7%, no se registro el esquema de tratamiento.

Se encontró que 34,3% presentó una estadía de un mes a más días de hospitalización, 23% de 21 a 31 días, 21,9% de 14 a 20 días y sólo el 4,1% tuvieron menos de una semana de hospitalización.

TABLA 6:
Tiempo de estadía en niños hospitalizados con tuberculosis.
Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Años 1972 – 2011

TIEMPO DE ESTANCIA	N°	%
Menos de 7 días	38	4,1
De 7 a 13 días	154	16,7
De 14 a 20 días	202	21,9
De 21 a 31 días	212	23,0
De 1 mes a más	317	34,3
TOTAL	923	100,0

Fuente: Historias Clínicas. Hospital H. Unanue Tacna

Con la condición de mejorado 71,9% egresó del hospital, 6,7% no mejoró y 21,3% falleció. La tasa de letalidad por tuberculosis durante los cuarenta años de estudio fue de 20,8 por 100 casos, con un descenso progresivo. La letalidad por año, osciló entre 50% en el año 1977 a 0% a partir del año 2001 en adelante, siendo las tasas de letalidad más elevadas en los primeros diez años.

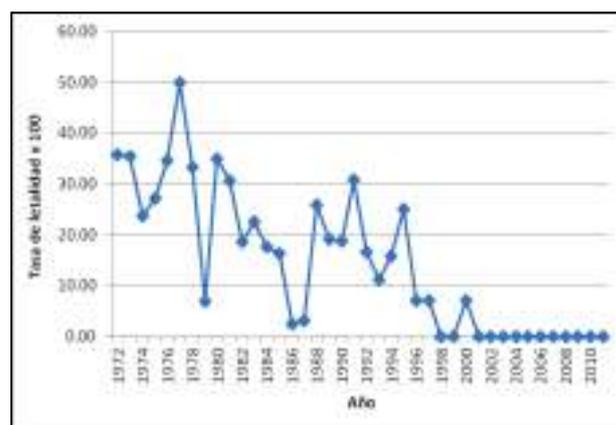


FIGURA 2: *Letalidad en niños con tuberculosis por año.*
Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Años 1972 – 2011

DISCUSIÓN

La TBC en la edad pediátrica presenta características peculiares en cuanto a su abordaje, patogenia, presentación clínica y posibilidad de confirmación microbiológica e implicancias epidemiológicas, que la distingue de las formas del adulto.

La morbilidad por tuberculosis en niños tacneños hospitalizados va en descenso, como lo muestran las tasas en 40 años de estudios sucesivos, siendo en el quinquenio 1972 a 1976 de 6 por 100 egresos, con un incremento en el quinquenio 1982 a 1986 hasta de 9,6% y el quinquenio 2007 a 2011 se presentó el mayor descenso hasta 0,4%. Este mayor incremento en el quinquenio 1982 a 1986 se debe a que en este periodo los medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis faltaron, las coberturas de la vacunación de la BCG fueron bajas, la actitud del personal de salud para la captación de pacientes sintomáticos respiratorios o casos nuevos no fue buena; es decir, que hubo un descuido por parte del Ministerio de Salud frente a las políticas nacionales para la reducción de esta enfermedad.

Como era evidente, se encontró una alta frecuencia de las formas de presentación clínica pulmonares (75,3%). Una distribución similar se obtuvo en diversos estudios (5-9). Son notables las escasas formas graves como la TB meningea o miliar en nuestros pacientes, lo que se puede atribuir a la protección conferida por la vacunación BCG. Es sabido que esta vacuna brinda una alta y continuada cobertura en el caso de las formas graves de TB, no así para formas pulmonares como lo encontraron otros autores (5,6).

Cruz (8) en México en el año 2010 reporta que 81,6% de todos los casos de tuberculosis fueron de localización pulmonar, ganglionar 5,7% y meningea 1,6%.

Respecto de la distribución etaria de la tuberculosis, podemos observar que la afección alcanzó en mayor porcentaje a los adolescentes de 10 a 14 años, lo cual coincide con el alto riesgo de contraer la enfermedad que caracteriza a ese grupo etario (10,11). Una probable explicación que daría cuenta de nuestros hallazgos es que los adolescentes de este grupo etario son más bacilíferos y permiten obtener muestras de mejor calidad y, por lo tanto, de mayor rendimiento en los cultivos, a diferencia de las presentaciones clínicas que se dan en los menores de 5 años. Por otra parte, están más expuestos a la problemática social con impacto en la salud (trabajo ilegal o insalubre, maltrato, abuso o negligencia, etc.).

El riesgo de desarrollar la enfermedad varía en función de la edad, siendo más alta en mayores de 10 años, mientras que la presencia de formas graves predomina en menores de 5 años (7,8).

No se han encontrado diferencias entre ambos sexos en la edad pediátrica, aunque, la tuberculosis de reactivación es más frecuente en mujeres durante la adolescencia, este mismo hallazgo fue encontrado en nuestro estudio y en otros (7,9).

Si bien la mayoría de los pacientes pediátricos hospitalizados nacieron en Tacna, es importante señalar que nuestra región tiene alta migración de la Región de Puno, por lo tanto probablemente los padres proceden de esta región, por lo cual es necesario consignar la procedencia de los padres como dato epidemiológico.

Cabe destacar que nuestra región Tacna tiene elevada incidencia de tuberculosis, y siendo el hospital Hipólito Unanue de Tacna el único establecimiento hospitalario del Ministerio de Salud de la Región, es que recibe los casos más graves de esta enfermedad, que como muestran nuestros resultados provienen principalmente de los conos norte y sur de la ciudad, principalmente del cono norte en casi el 50% de los casos (Distritos de Alto de la Alianza y de Ciudad Nueva), donde se encuentran mayor migración y marginalidad de la ciudad, lo cual se ve reflejado en la elevada frecuencia. La TBC es una enfermedad marcadora de pobreza, hacinamiento y mala alimentación de los niños (5).

Muchos migrantes que llevan consigo la tuberculosis son la fuente de contacto de los niños, ya que a menudo coincide el lugar de trabajo con el lugar reducido de vivienda precaria. La migración de regiones más deprimidas aumenta la gravedad de la situación, debido a la falta de controles sanitarios, las consultas tardías y la dificultad en el acceso a los sistemas de salud. El incumplimiento de las indicaciones médicas y la falta de adherencia al tratamiento por cuestiones culturales o sociales también son factores agravantes.

Reviste una importancia especial el aspecto nutricional, puesto que los niños desnutridos tienen mayor riesgo de padecer enfermedades contagiosas, así lo muestran nuestros resultados y de algunos estudios, en donde los casos más graves los presentaron niños de menor peso (7,12,13).

En la búsqueda de la enfermedad destacó el antecedente de contacto con un adulto tuberculoso conocido. Se considera que los casos pediátricos son los centinelas de la comunidad, pues sugiere una transmisión reciente por parte de un adulto bacilífero, por eso hacemos hincapié en la necesidad de continuar el estudio de los contactos. Las madres siguen siendo la principal fuente de contagio para los niños, ya que con ellas se establecen los contactos más directos y prolongados (7,12).

El diagnóstico de certeza de TBC implica la identificación del agente causal en las muestras clínicas y mediante el cultivo de secreciones orgánicas o muestras de tejidos. La baciloscopia en muestras pediátricas presenta bajos rendimientos: solamente entre 1% y 10% de ellas son positivas, esto se relaciona con la presentación paucibacilar de la TBC en los niños. Es preciso tener en cuenta que para que una muestra sea positiva se requiere la presencia de entre 5000 y 10 000 bacilos por mililitro; es decir, se trata de una prueba poco sensible pero altamente específica, por lo que una baciloscopia negativa no descarta la enfermedad (5,14,15). El cultivo es un método diagnóstico de mayor complejidad y costo que el anterior, y sus resultados recién se obtienen entre 20 y 60 días después de procesada la muestra. Sus ventajas son la alta sensibilidad (detecta hasta 10 bacilos por mililitro en la muestra) y la especificidad absoluta, al permitir el estudio de los bacilos vivos por técnicas de identificación y la realización de pruebas de sensibilidad a los antibióticos.

La TBC infantil continúa siendo una patología vigente y de suma importancia, debido a la gravedad que puede llegar a alcanzar y a las consecuencias derivadas de la falta de tratamiento oportuno. Los casos de tuberculosis en el Perú disminuyeron en los últimos 10 años; sin embargo, el número de niños que padecen la enfermedad continúa siendo preocupante (10).

Los escasos rendimientos del examen bacilosκόpicó directo y la demora en la obtención de los resultados mediante la recuperación por cultivo, obligan a tener en cuenta para el diagnóstico de la TBC infantil consideraciones epidemiológicas y a recurrir a un sistema de criterios para diagnosticar la mayoría de los casos.

En definitiva, el criterio diagnóstico de mayor valor predictivo, en ausencia de posibilidades de cultivo o con resultado pendiente, sería el examen directo positivo de los esputos o del líquido de aspiración gástrica.

Otro hecho ya descrito es que la vacuna BCG no excluye la posibilidad de enfermar de ninguna de las localizaciones de TB.

Parece importante recalcar que el PPD negativo puede ocurrir en enfermos tuberculosos, tanto en niños vacunados o no vacunados. La desnutrición, un estado inmunitario deficiente o ambos pueden ser responsables de este hecho, que debe ser considerado, pues en estos casos el diagnóstico tendrá fundamentos en otros parámetros clínicos y de laboratorio. Por otra parte, la reacción positiva al PPD en enfermos no vacunados apoya fuertemente el diagnóstico e indica infección por bacilo de Koch, pero no necesariamente es enfermedad.

El rendimiento de los estudios bacteriológicos en la TBC del niño oscila en las diferentes publicaciones entre el 15% y 40%, francamente menor que en el adulto (80% a 90%). En nuestro estudio el laboratorio confirmó el diagnóstico en más de la mitad de los casos (53,3%), lo que demuestra un alto rendimiento del examen, siendo el cultivo de Koch el más importante. Creemos que la búsqueda rutinaria del bacilo de Koch en niños sanos o sintomáticos respiratorios, en contacto con pacientes tuberculosos, contribuyó a aumentar el número de casos diagnosticados precozmente.

La incidencia de la tuberculosis en niños hospitalizados en nuestro hospital Hipólito Unanue de Tacna, así como la letalidad, muestran tendencias al descenso, concordante con lo observado a nivel nacional en los últimos años. Esto se debería al mejoramiento de las condiciones de vida de la población tacneña, al incremento de las coberturas de vacunación de la BCG, a la captación temprana de los sintomáticos respiratorios y de los casos positivos por parte del personal de salud y al tratamiento vigilado que se brinda en todos los establecimientos de la Red de

Salud de Tacna.

Si bien la tuberculosis sigue siendo un problema actual; su diagnóstico oportuno depende del estudio de los contactos de tuberculosis, de la sospecha clínica y de los esfuerzos que se hacen para confirmarla con los exámenes de laboratorio analizados. Ella debe investigarse en los contactos directos sintomáticos respiratorios o sanos y en niños con imágenes radiológicas sugerentes o atípicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global tuberculosis control: surveillance, planning and financing 2009*. Recuperado de: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/en/.
2. MINISTERIO DE SALUD. *Situación actual del Control de la Tuberculosis*. 2007, Lima Perú.
3. HERRANZ M. *Características de la enfermedad tuberculosa en la infancia*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2007; Vol. 30, Suplemento 2.
4. FUENTES L. *Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2009; 26(3): 370-379.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). *Global tuberculosis control: WHO report*.
6. RODRIGUEZ, M., PATALLO, C., RIZZOTTI, V., y MOSCOLONI, M., y BALLESTER, D. (2011). *Tuberculosis pediátrica en un hospital de referencia durante el periodo 2004-2008*. *Revista Argentina de Microbiología*, 43, 37-41.
7. OROZCO, I., NESBITT, C., y GONZÁLEZ, S. (2009). *Tuberculosis en Pediatría: epidemiología*. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría (México)*, 22(87), 83-90.
8. CRUZ, I., y VELASQUEZ, J. (2012). *Tuberculosis infantil ¿Cómo diagnosticarla?*. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 110(2), 144-151.
9. ARENAS, N., GARCIA, A., CORONADO, S., BELTRAN, C., ACOSTA, S., GOMEZ, J., y QUINTERO, L. (2010). *Prevalencia de tuberculosis infantil en Armenia Colombia*. *Revista de Salud Pública (Colombia)*, 12(6), 1000-1009.
10. MINISTERIO DE SALUD. *Plan estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010-2019. Estrategia Nacional de Prevención de Control de la Tuberculosis*. Primera Edición, 2010. Lima-Perú.
11. STARKE, J.R., JACOBS, R.F., y JEREB, J. (1992). *Resurgence of tuberculosis in children*. *Journal Pediatric*, 120, 839-55.
12. LEWINSON, D., CLERO, N., y VEJAR, L. (1988). *Tuberculosis en niños*. *Revista Chilena de Pediatría*, 59(14), 250-253.
13. SANCHEZ, G., MAMANI, R., RETAMAL, J., ROJO, A., y CASAR, C. (2008). *Formas clínicas de la tuberculosis infantil: Hospital Roberto del Río 1989-2005*. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 24, 101-105.
14. GIUFFRÉ, A., ZABALA, A., LORETO, E., y PISERA, Z. (2009). *Tuberculosis pediátrica*. En J. Sancineto, *Tuberculosis, diagnóstico y tratamiento* (pp. 157-69). Argentina.
15. KANTOR, I., FALCONE, R., HERNÁNDEZ, T., y PONTINO, M. (2009). *Epidemiología de la tuberculosis*. En: J. Sancineto. *Tuberculosis, diagnóstico y tratamiento* (pp. 55-80). Argentina.

CORRESPONDENCIA:

maurorobles@hotmail.com

Recibido: 15/10//2013

Aceptado: 14/11/2013

INCIDENCIA DEL PREMATURO TARDÍO EN HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

INCIDENCE OF PREMATURE LATE IN HOSPITALS HEALTH MINISTRY OF PERU

Manuel Ticona Rendón (1), Diana Huanco Apaza (2)

(1) Medico Pediatra y Neonatólogo. Doctor en Medicina y Salud Pública. Profesor Principal de la Escuela de Medicina Humana

(2) Obstetra del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Doctora en Salud Pública.

RESUMEN

Introducción: Los recién nacidos prematuros tardíos presentan mayor morbilidad y riesgo de mortalidad que los nacidos a término. El objetivo fue determinar la incidencia de estos recién nacidos en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. **Material y Método:** Estudio descriptivo, de corte transversal. Se analizó total de 4543 recién nacidos vivos con edad gestacional de 34 a 36 semanas, de embarazo único, nacidos en 29 hospitales del Ministerio de Salud del Perú en el año 2008. Se realizó descripción de incidencia por hospital y región natural. Se utilizó base de datos del Sistema Informático Perinatal. **Resultados:** En el año 2008 en 29 hospitales del Ministerio de Salud, se atendieron 96.265 recién nacidos vivos, de los cuales 6,6% fueron prematuros, siendo 4,7% prematuros tardíos (34 a 36 semanas), lo que representa 71,6% de todos los prematuros. La incidencia oscila entre 1,5% en el hospital de Apoyo de Ica hasta 9,5% en el hospital de Apoyo de Yarinacocha. Según región natural: en la sierra la incidencia de prematuros tardíos fue de 5%, en la selva 4,7% y en la costa 4,6%, con pequeñas diferencias pero estadísticamente significativas. **Conclusión:** La incidencia de prematuro tardío en hospitales del Ministerio de Salud en el Perú se encuentra en el promedio internacional.

Palabras clave: Prematuro tardío, Prematuridad, Recién nacido pretermino.

ABSTRACT

Introduction: Late preterm infants have higher morbidity and mortality risk than those born at term. The objective was to determine the incidence of these babies in hospitals of the Ministry of Health of Peru. **Material and Methods:** A descriptive, cross-sectional. We analyzed 4543 total live births with gestational age of 34-36 weeks of pregnancy only, born in 29 hospitals of the Ministry of Health of Peru in 2008. Was described and hospital incidence and natural region. Database was used Perinatal Information System. **Results:** In the year 2008 in 29 hospitals of the Ministry of Health, were treated 96 265 live births, of which 6.6% were preterm, 4.7% being late preterm (34-36 weeks), representing 71.6% of all premature. The incidence ranges from 1.5% in hospital Ica Support up to 9.5% in hospital Yarinacocha Support. According to natural region: in the mountains late preterm incidence was 5%, 4.7% in the forest and on the coast 4.6%, with small but statistically significant differences. **Conclusion:** The incidence of late preterm in MOH hospitals in Peru is located in the international average.

Keywords: Premature Late Prematurity, Newborn preterm

INTRODUCCIÓN

En el 2005 el Instituto Nacional de Salud y Desarrollo Humano (NICHD), de los EEUU, hizo una propuesta para sustituir la imprecisa frase "cerca a término" con "prematuro tardío", para reflejar la inmadurez de desarrollo y fisiología de este grupo de infantes, y sugirió una definición como los nacimientos entre 34 0/7 y 36 6/7 semanas de gestación, habían razones para la elección de la nueva frase, la más importante fue que incluso los infantes nacidos pocas semanas antes de término eran inmaduros, con una mayor morbilidad y riesgo de mortalidad en comparación con los nacidos de gestaciones a término (1).

Un informe reciente ha demostrado que los bebés nacidos entre 34 y 36 semanas de gestación representó el 75% de los partos prematuros en los Estados Unidos y alrededor de 6-7% de todos los nacimientos.

Las complicaciones incluyen una mayor incidencia de taquipnea transitoria, síndrome de dificultad respiratoria neonatal, hipertensión pulmonar, apnea, inestabilidad de la temperatura, ictericia y mala nutrición (2-4). Tal vez lo más preocupante ha sido el reciente reconocimiento de que dichos lactantes también son propensos a pobre rendimiento neurológico a largo plazo, incluyendo parálisis cerebral, lectura y resultados matemáticos bajos (5-11). Estos hallazgos anormales de desarrollo no debería ser una sorpresa porque hay un aumento de 35% en el tamaño del cerebro y un aumento de 5 veces en volumen de la materia blanca en las últimas 6 a 8 semanas de gestación (10).

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, de corte transversal. Se analizó total de 4543 recién nacidos vivos con edad gestacional de 34 a 36 semanas, de embarazo único, nacidos en 29 hospitales del Ministerio de Salud

del Perú en el año 2008. Se realizó descripción de incidencia por hospital y región natural. Se utilizó base de datos del Sistema Informático Perinatal.

RESULTADOS

En el Perú, en el año 2008 en 29 hospitales del Ministerio de Salud, se atendieron 96.265 recién nacidos vivos, de los cuales 6,6% fueron prematuros, siendo 4,7% prematuros tardíos (34 a 36 semanas). Fig. 1.

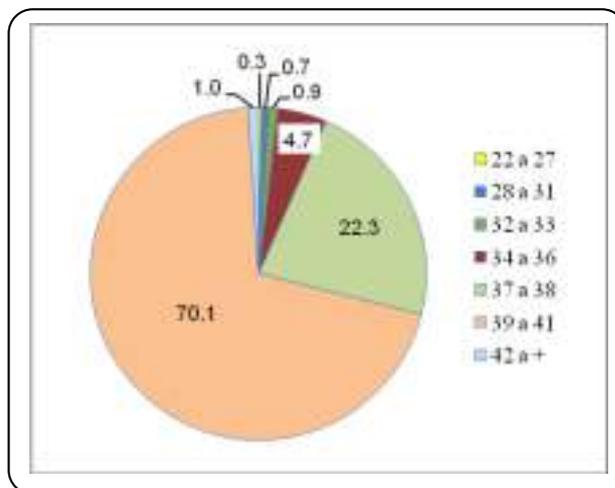


Figura 1. Frecuencia de recién nacidos vivos según edad gestacional en hospitales del Ministerio de Salud del Perú 2008

En hospitales del Ministerio de Salud del Perú, los prematuros tardíos representan el 71,6% de todos los prematuros (Fig. 2).

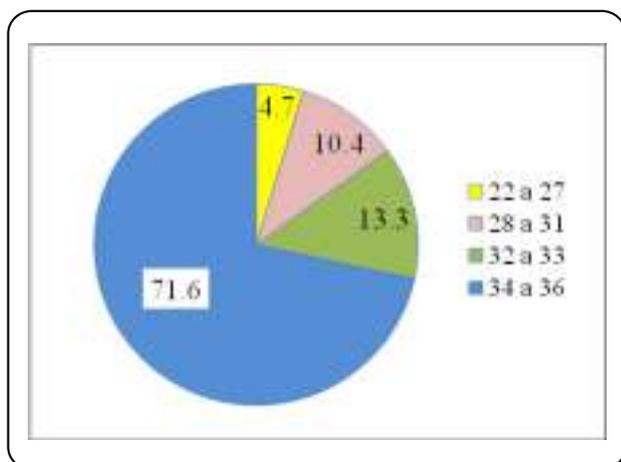


Figura 2. Frecuencia de recién nacidos vivos prematuros según edad gestacional en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. 2008.

Tabla 1.

Frecuencia de nacidos vivos prematuros tardíos de embarazo único en hospitales del Ministerio de Salud del Perú 2008.

HOSPITAL	RN vivo	34 a 36 sem.	Frecuencia
HOSPITALES DE LA COSTA	58 525	2 688	4,6
Hospital Belén de Trujillo	3 563	258	7,2
Hospital Apoyo de Sullana	4 092	276	6,7
Hospital Regional de Trujillo	3 415	224	6,6
Hospital Apoyo María Auxiliadora	8 672	461	5,3
Hospital Nacional San Bartolomé	6 991	323	4,6
Instituto Materno Perinatal	17 046	685	4,0
Hospital Nacional Hipólito Unanue	8 599	306	3,6
Hospital Hipólito Unanue de Tacna	3 678	111	3,0
Centro Referencial de Ilo	636	16	2,5
Hospital Apoyo de Ica	1 833	28	1,5
HOSPITALES DE LA SIERRA	22 969	1 157	5,0
Hospital Subregional de Andahuaylas	1 229	86	7,0
Hospital Regional del Cusco	2 671	186	7,0
Hospital Regional de Huánuco	680	46	6,8
Hospital Regional de Cajamarca	2 344	148	6,3
Hospital de Moquegua	837	45	5,4
Hospital Regional de Huancavelica	539	28	5,2
Hospital Regional de Ayacucho	2 870	146	5,1
Hospital Lorena del Cusco	1 551	75	4,8
Hospital Regional de Puno	1 510	68	4,5
Hospital Apoyo de Huaraz	1 919	86	4,5
Hospital El Carmen de Huancayo	1 846	77	4,2
Hospital Daniel A. Carrión Huancayo	2 683	106	4,0
Hospital Goyeneche de Arequipa	2 290	60	2,6
HOSPITALES DE LA SELVA	14 771	698	4,7
Hospital Apoyo de Yarinacocha	2 150	205	9,5
Centro Materno Perinatal de Tarapoto	2 146	130	6,1
Hospital Regional de Pucallpa	2 796	119	4,3
Hospital Regional de Loreto	2 668	98	3,7
Hospital Apoyo de Iquitos	3 527	120	3,4
Hospital Sta. Rosa de Pto. Maldonado	1 484	26	1,8
PERU	96 265	4 543	4,7

Fuente: Sistema Informático Perinatal de hospitales del Ministerio de Salud del Perú 2008

Durante el año 2008 en 29 hospitales del Ministerio de Salud del Perú, se atendieron 96 265 nacidos vivos provenientes de la atención de partos, siendo 4,7% prematuros tardíos, oscilando entre 1,5% en el hospital de Apoyo de Ica hasta 9,5% en el hospital de Apoyo de Yarinacocha. Según región natural: en la costa la frecuencia de prematuros tardíos fue de 5%, en la selva 4,7% y en la costa 4,6%, con pequeñas diferencias pero estadísticamente significativas.



Figura 3. Frecuencia de recién nacidos vivos prematuros tardíos según hospitales del Ministerio de Salud del Perú 2008.

Tabla 2

Frecuencia de recién nacidos vivos prematuros tardíos según región natural en hospitales del Ministerio de Salud del Perú 2008.

REGION	RN Vivo	34 a 36 sem.	Frecuencia
Sierra	22 969	1 157	5,0
Selva	14 771	698	4,7
Costa	58 525	2 688	4,6
PERU	96 265	4 543	4,7

Chi2=7,5 p=0,023469

DISCUSION

El crecimiento fetal y la maduración ocurren a lo largo de todo el embarazo. Sin embargo, la categorización estándar de infantes prematuros basados en la edad gestacional es de valor para la evaluación de riesgo de morbilidad y de mortalidad, las comparaciones a través de poblaciones y de estudios de investigación, generan un conjunto de directivas de política de salud, y guías del cuidado de los enfermos (12). Generalmente, los prematuros están definidos como los infantes que nacen <37 semanas, en EEUU el 72% correspondieron a prematuros tardíos, semejante al 71,6% de hospitales del Ministerio de Salud del Perú (Fig. 1).

Los nacimientos pretérmino (<37 semanas de gestación) afecta aproximadamente uno de ocho (12,3% en 2008) de todos los nacimientos en los EEUU cada año, (13) y es la causa más frecuente de mortalidad infantil, así como también la causa principal a largo plazo de las incapacidades neurológicas en niños, incluyendo parálisis cerebral y retraso en el desarrollo. Se estima que el nacimiento pretérmino cuesta al sistema de asistencia médica para la salud de los Estados Unidos más que \$ 26,2 billones cada año (14).

El porcentaje de nacimientos vivos en los Estados Unidos que nacieron prematuros tardíos aumentó entre 1990 y 2006 del 7,3% al 9,14%, un incremento de 25% (15). Este aumento representó el 84% de la tasa de prematuridad durante ese mismo período de 16 años. Durante 2007 y 2008, el porcentaje de nacidos vivos que eran prematuros tardíos se redujo al 8,77% de todos los nacidos vivos (unos 15.000 menos de nacimientos prematuros tardíos). Aunque esta tendencia es alentadora, el porcentaje de nacidos vivos prematuros tardíos permanece sustancialmente mayor que en 1990 (7,3%) y, suponiendo que son cerca de 4 millones de nacimientos en los Estados Unidos cada año, equivale a 351.000 nacimientos prematuros tardíos.

La supervivencia de los neonatos pretérmino mejoró en gran medida en los decenios recientes, primordialmente debido a los avances en el manejo clínico incluyendo unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), ventiladores pediátricos, el uso de agente tensoactivo y esteroides prenatales. Concomitante con las mejoras en la supervivencia de los prematuros, la tasa de nacimientos prematuros aumento en 33% de 1981 al 2006, casi exclusivamente debido a un incremento en los nacimientos pretérmino tardíos (13,16).

Uno de los motivos más importantes para tratar de mantener a los no nacidos sanos en el útero, se refiere a aspectos especialmente críticos del crecimiento y el desarrollo fetal. El cerebro del feto experimenta un notable incremento en el crecimiento de la masa y

de los nervios (corticoneurogenesis) durante las últimas semanas de embarazo, (Adams-Chapman, 2009). La importancia de las últimas semanas de gestación fue reconocida oficialmente por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (CAOG) en 2009. La guía de inducción del parto ahora recomiendan que los embarazos que carecen de indicación clínica de parto prematuro no deben ser inducidos antes de las 39 semanas de gestación, o antes si se ha establecido la madurez pulmonar fetal (CAOG, 2009).

Uno de los factores que afectan la tasa de nacimientos prematuros tardíos en los Estados Unidos es el cambio que ha tenido lugar en el manejo del parto en los últimos 20 años. Específicamente, ha habido un marcado aumento en el número de inducciones de trabajo de parto y por cesárea (17) en la gestación de 34 a 36 semanas, que ha influido en el alza de la tasa de nacimiento prematuro tardío (18,19). Como se ve en la figura 13, las inducciones de partos vaginales se incrementan más del doble (del 7,5% al 17,3%) entre 1990 y 2006. Además, hubo un aumento del 46% en el porcentaje de nacimientos prematuros tardíos por cesáreas (17,20).

Los investigadores encontraron que los bebés que nacieron entre el 34 y 36 semanas sin una indicación médica eran más propensos a necesitar asistencia respiratoria y estaban en mayor riesgo de morbilidad grave en relación a los prematuros tardíos espontáneos (21).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Raju TN, Higgins RD, Stark AR, et al. Optimizing care and outcome for late preterm (near-term) infants: a summary of the workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatrics* 2006; 118(3):1207-14.
- McIntire DD, Leveno KJ. Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births compared with births at term. *Obstet Gynecol* 2008; 111:35-41.
- Hibbard JU, Wilkins I, Sun L, et al. Consortium on Safe Labor. Respiratory morbidity in late preterm infants. *JAMA* 2010; 304:419-25.
- Colin AA, Mc Evoy C, Castile RG. Respiratory morbidity and lung function in preterm infants of 32-36 weeks gestational age. *Pediatrics* 2010; 126:115-28.
- Gurka MJ, Lo Casale-Crouch J, Blackman JA. Long term cognitive, achievement, socioemotional and behavioral development of healthy late preterm infants. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 114:525-32.
- Morse SB, Zheng H, Tany Y, et al. Early school-age outcomes of late preterm infants. *Pediatrics* 2009; 123:e622-9.
- Melamed N, Klinger G, Tenenbaum-Gavish K, et al. Short term neonatal outcome in low risk spontaneous, singleton, late preterm deliveries. *Obstet Gynecol* 2009; 114:253-60.
- Engle WA, Tomashek KM, Wallman C, and the Committee on Fetus and Newborn. "Late-preterm" infants: a population at risk. A clinical report. *Pediatrics* 2007; 120(6):1390-401.
- Chyi LJ, Lee HC, Hintz SR, et al. School outcomes of late preterm infants: special needs and challenges for infants born at 32-36 weeks gestation. *J Pediatr* 2008; 153:25.
- Jain L. School outcomes in late preterm infants: a cause for concern. *J Pediatr* 2008; 153:5-6.
- Petrini JR, Dias T, Mc Cormick MC, et al. Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants. *J Pediatr* 2009; 154(2):169-76.
- Engle WA. A recommendation for the definition of "late preterm" (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Semin Perinatol* 2006; 30:2-7.
- Martin JA, Osterman MJ, Sutton PD. Are preterm births on the decline in the United States? Recent data from the National Vital Statistics System. *NCHS Data Brief, no 39*. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2010; 39:1-8.
- Institute of Medicine, Societal Costs of Preterm Birth. In: Behrman RE, Stuech Butler A, editors. *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention*. Washington, DC: The National Academies Press; 2007. P. 398-429.
- Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data for 2008. *Natl Vital Stat Rep* 2010; 58(16):1-17.
- Martin JA, Hamilton B, Sutton PD, Ventura SJ, Mathews TJ, Osterman MJ. Birth: final data form 2008. *Natl Vital Stat Rep* 2010; 59:1-72.
- Martin JA, Kirmeyer S, Osterman M, et al. Born a bit too early: recent trends in late preterm births. *NCHS Data Brief* 2009; 24:1-8.
- Fuchs K, Wapner R. Elective cesarean section and induction and their impact on late preterm births. *Clin Perinatol* 2006; 33(4):793-801.
- Bettegowda VR, Dias T, Davidoff MJ, et al. The relationship between cesarean delivery and gestational age among US singleton births. *Clin Perinatol* 2008; 35(2):309-23.
- Voelker R. US Preterm Births: "D" is for Dismal. *JAMA* 2010; 303(2):116-7.
- Kuehn BM. Scientists probe the role of clinicians in rising rates of late preterm birth. *JAMA* 2010; 303(12):1129-30.

CORRESPONDENCIA:

manuelticonar@yahoo.es

Recibido: 15/10/2013

Aceptado: 14/11/2013

ESTUDIO BIOFARMACOTÉCNICO IN VITRO ENTRE COMPRIMIDOS ORALES DE ISONIAZIDA MR Y GENÉRICA 100 MG

BIOFARMACOTÉCNICO STUDY IN VITRO BETWEEN ORAL TABLETS ISONIAZID OF MR AND GENERIC 100 MG

Diana Paloma Coaquera Lencinas

Química Farmacéutica, Facultad de Ciencias de la Salud-UNJBG

RESUMEN

Se realizó una evaluación biofarmacotécnica in vitro a través de ensayos fisicoquímicos de identidad, contenido, peso medio, uniformidad de contenido, disolución, cinética y perfil de disolución de 3 presentaciones de Isoniazida 100 mg: Isoniac® Lab. KLONAL S.R.L. - Argentina ("R") y presentaciones genéricas del Lab. CORPORACIÓN INFARMASA S.A. ("T") y ("A"). **El diseño de estudio:** transversal - de carácter experimental comparativo. **Resultados:** Método cromatográfico (identificación y cuantificación): R=96.80%, T=94.87% y A=95.59%; El Peso Medio: R=176,69(±3,95), T=158,46(±1,56), y A=158,99(±1,89). Uniformidad de Contenido por Variación de Peso: R=93,73 a 99,82(DSR=2,15%); T=92,97 a 96,34(DSR=1,10%) y A=94,25 a 97,31(DSR=0,94%); Prueba de Disolución (en único punto), R, T, A fueron 85% a los 45 minutos. El proceso cinético de disolución (Kd; y t30%, t50%, t70% y t90%) se ajustó a orden cinético cero. Los perfiles de disolución (FDA, CDER 1997) a los tiempos 2, 4, 6, 8, 10, 15, 20, 25, 30, 45, y 60 min., según el modelo independiente fueron RvsT, RvsA y TvsA: (f1)=8.87, 5.75, 3.96 y (f2)=52.07; 62.76, 52.07 respectivamente. **Discusión:** Todos los ensayos antes mencionados cumplieron con los criterios de la USP 29 NF 24 (2006) y BP (2005). EL ANOVA de contenido y uniformidad de unidades de dosificación, demuestran diferencias en la manufactura y farmacotécnica, sin embargo no afectan la calidad del medicamento. **Conclusiones:** Existe EQUIVALENCIA entre las tres presentaciones de Isoniazida 100 mg.

Palabras clave: Cromatografía, espectrofotometría, cinética de disolución y Equivalencia farmacéutica.

ABSTRACT

It completed an evaluation in vitro bio-pharmacotechnical through physico-chemical tests of identity, content, average weight, uniformity of content, dissolution, Kinetics and dissolution profiles of 3 presentations of isoniazid 100 mg profile: Isoniac® Lab. KLONAL S.R.L. - Argentina ("R") and generic presentations of the Lab. CORPORACION INFARMASA S.A. ("T") and ("A"). **Study design:** cross-comparative experimental. **Results:** Method chromatographic (identification and quantification): R=96.80%, T=94.87%, and A=95.59%; Average weight: R=176,69(±3,95), T=158,46(±1,56), and A=158,99(±1,89). Content uniformity by weight variation: R=93,73 to 99,82 (DSR=2,15%); T=92,97 to 96,34 (DSR=1,10%) and A=94,25 to 97,31 (DSR = 0,94 per cent); Dissolution test (at one point), R, T, A were 85% within 45 minutes. The kinetic process of dissolution (Kd; and t30%, t50%, t70% and t90%) was adjusted to zero kinetic order. The dissolution profiles (FDA, CDER 1997) to the times 2, 4, 6, 8, 10, 15, 20, 25, 30, 45, and 60 min., according to the independent model were RvsT, RvsA and TvsA: (f1) = 8.87, 5.75, 3.96 and (f2) = 52.07; 62.76, 52.07 respectively. **Discussion:** All above-mentioned trials met the criteria of the USP 29 NF 24 (2006) and BP (2005). The ANOVA of content and uniformity of dosage units, show differences in manufacturing and pharmacotechnical, however they do not affect the quality of the medicinal product. **Conclusions:** There is equivalence between three presentations of isoniazid 100 mg.

Keywords: chromatography, spectrophotometry, kinetics of dissolution and pharmaceutical equivalence.

INTRODUCCIÓN

Las formas farmacéuticas de tipo sólidas como los comprimidos, son elaboradas de modo que posibilitan la administración de fármacos por la vía oral.

Así mismo el rendimiento terapéutico de un medicamento, tras su administración al organismo no depende únicamente de su actividad farmacológica puesto que la respuesta esperada también estará en función de la cantidad y de la velocidad en que el fármaco acceda al lugar de acción o biofase (DOMENECH B. y otros, 2007). Debiéndose observar con mayor detenimiento el proceso complejo que implica la liberación y disolución del principio activo. Es por esto, que la disolución in vitro es fundamental para evaluar el desempeño in vivo de los fármacos. En la actualidad las pruebas de perfil de disolución son muy utilizadas para relacionar el porcentaje de principio activo disuelto en función del tiempo, así también estas pruebas pronostican y garantizan "a priori" la magnitud y velocidad de absorción.

Los perfiles de disolución valoran la liberación del principio activo en función de la concentración según el tiempo, y de allí su importancia en la concepción de una correcta formulación, calidad lote a lote y seguridad.

La isoniacida, es un medicamento considerado la piedra angular del tratamiento en la tuberculosis; útil en la profilaxis y en combinación con otros antituberculosos (pirazinamida, rifampicina, entre otros) representa la base de los esquemas de tratamiento de la Tuberculosis (HARDMAN Joel G. y col.

2002)(NTS N° 041-MINSA/DGSP-V.01).

La tuberculosis (TB) es una enfermedad crónica infecciosa y un problema de salud mundial. En el año 2004, 34.276 nuevos casos de pacientes con TB fueron reportados en el Perú, y Tacna considerada una zona de alto riesgo para contraer este mal (PEÑA Manuel, Lima 2005).

El presente trabajo de investigación se ha realizado como un aporte al programa de tuberculosis del MINSA a fin de contribuir en la búsqueda y selección de los medicamentos equivalentes o similares a productos de marca registrada, de reconocida calidad, seguridad y efectividad terapéutica. Y tiene como objetivo general: "Determinar la identidad, contenido, peso medio, uniformidad de contenido, disolución, cinética y perfil de disolución de los fármacos Isoniazida producidos en Argentina y en el Perú para conocer la equivalencia o diferencia".

MATERIALES Y METODOS

Fueron evaluados el lote M7601(R) del producto de referencia (Isoniac® 100mg - Laboratorio Klonal S.R.L. - Ciudad Buenos Aires - Argentina: comprimido conteniendo 100 mg de Isoniazida) y dos lotes 0071535 (T) y 0071535 (A) del producto test (Isoniazida® 100 mg - Laboratorio Corporación Infarmasa S.A.: comprimidos conteniendo 100 mg de Isoniazida - Distribuido por el MINSA). Utilizando la metodología de la Farmacopea de los Estados Unidos (USP29 NF24, 2006) y Farmacopea Británica (BP,2005) y la Guía para la Industria, 1997.

Equipamientos: Balanza Analítica, Clase I Tipo Electrónica digital SARTORIUS (Modelo MC2103). Estufa Eléctrica FISHER. (Modelo 496). Ultrasonido FISHER SCIENTIFIC (Modelo F560) Purificador de agua TORAYPURE LV-408 (Modelo LV-408). pH- metro METROHM (Modelo 691) Equipo de Baño María FISHER SCIENTIFIC (Modelo 220). Sistema de Disolución con espectro UV-VIS – VARIAN (Modelo VK7025/CAR450), equipado con seis cubas, sistema de agitación (Aparato 1 canastillas). Espectrofotómetro acoplado al Disolutor MERCK. (Modelo CARY 50). Para la determinación de Contenido de principio activo se equipó el Cromatógrafo Líquido acoplado a Espectrofotómetro FINNIGAN (Modelo TSQ.QUANTUM).

Así también se evaluó la Aptitud del Sistema Cromatográfico (Tabla 1) cumpliendo con los parámetros establecidos (USP29NF24).

Tabla 1: Aptitud del Sistema Cromatográfico

Estándar	Criterios			
	Resolución	Nº de Platos Teóricos	Factor de Capacidad	Factor de Cola
Promedio	0,00	2415	3,37	0,08
Especificación	>a>	> a 1800	> a 2,35	< a 1,5

Métodos: Para la identificación y determinación de contenido de Isoniazida, fueron preparadas soluciones acuosas estándar y muestras diluidas en fase móvil (R, T y A) con peso equivalente a 16 mg de Isoniazida, y se inyectó por separado volúmenes iguales en el cromatógrafo (aprox. 20 uL). Se calculó la cantidad en mg de Isoniazida a través de las respuestas a los picos principales.

En el ensayo de peso medio (BP 2005) se pesó individualmente 20 comprimidos de isoniazida.

Para el ensayo de uniformidad de contenido (USP29 NF24), se calculó el contenido individual de ingrediente activo en cada uno de los pesos de 10 comprimidos de cada muestra (R, T y A).

El ensayo de disolución (USP29 NF24) se realizó con ácido clorhídrico 0.01N como medio de disolución (900 mL), aparato 1 (canastillas), velocidad de agitación 100 rpm (tolerancia de ±4% o 4 rpm) y temperatura de 37±0.5°C. También se realizó una curva de calibración a 265 nm, en el rango de 2,236E-03 a 13,416E-03 mg/mL. Siendo la ecuación de la recta $y = 4,2379 * x + 0,002$, con coeficiente de determinación 0,9999. Y en el ensayo de disolución (único punto) se recolectaron tomas de cada vaso (6 vasos) por cada muestra (R, T y A), luego se filtraron y fueron sometidos a lecturas espectrofotométricas a 265 nm.

En el estudio de perfil de disolución (Guía para la Industria, 1997) se utilizaron 12 comprimidos de cada muestra (R, T y A), en las mismas condiciones descritas en el ensayo de disolución, en los tiempos de: 2, 4, 6, 8, 10, 15, 20, 25, 30, 45 y 60 minutos de inicio del ensayo, con reposición en cada tiempo. Los valores de porcentaje disuelto se calcularon a través de la curva de calibración. Y se evaluó la equivalencia o inequivalencia a través del modelo independiente: Factor de diferencia (f1) y factor de similitud (f2), debiendo ser para la equivalencia los valores de f1 cercanos a 0 (ó 0-15) y para f2 cercanos a 100 (ó 50-100); además se debe cumplir los siguientes requisitos: (a) Todos los intervalos de tiempo de disolución deben ser los mismos para los productos evaluados (mínimo 5 muestras de colecta); (b) Se debe considerar una medición después de la disolución del 85% del fármaco y (c)

El coeficiente de variación (CV%) en los intervalos de tiempo anteriores a 15 minutos no debe ser mayor que 20% y después de los 15 minutos no deben ser superiores a 10%.

En la cinética de disolución se utilizaron los datos de la cantidad de fármaco en los tiempos: 2, 4, 6, 8 y 10 minutos, y se aplicó el ajuste de los modelos cinéticos de orden cero y orden uno (basado en los valores del coeficiente de Pearson (r) = > 0 y cercanos a 1). Y los parámetros relativos a la cinética de disolución como: constante de velocidad de disolución (Ks); vida media de disolución (t50%) y tiempos de porcentaje disuelto (t30%, t70% y t90%).

RESULTADOS

Las concentraciones obtenidas por método cromatográfico, en la identificación de isoniazida son: Estándar= 0.3273mg/mL, T= 0.3206 y 0.3224 mg/mL, A= 0.3186 y 0.3188 mg/mL; y R= 0.3197 y 0.3202 mg/mL).

Y los resultados obtenidos en peso medio, contenido, uniformidad de contenido, ensayo de disolución (único punto), cinética y perfil de disolución están descritos en las tablas y figuras a seguir:

Tabla 2:

Contenido del fármaco (p.a.), en muestras del producto Isoniazida 100 mg de T = Test Tacna y A = Test Arequipa eR= Referencia (Isoniac 100 mg – Klonal S.R.L.) D.S. = Desviación estándar; C.V. (%) = Coeficiente de variación porcentual.

Producto	P.A. (mg o %)	
	%	CV(%)
R	96,80	0,57
T	94,87	0,52
A	95,59	0,44
DS _{total}	0,97	
CV _{total}	1,02	

Tabla 3:

Resultados de peso medio (n=20) y contenido de principio activo (n=2) de los productos de referencia (R); y los test Tacna y Arequipa (T1 y T2 respectivamente)

Ensayo	T1	T2	R
Peso medio (mg)	158,46 (0,99)	158,99 (1,19)	176,69 (2,23)
Contenido de principio activo (mg %)	94,87(0,52)	95,59 (0,44)	96,80 (0,57)

Los valores entre paréntesis indican el coeficiente de variación porcentual (C.V.%).

Tabla 4:

Parámetros relativos de los modelos matemáticos de orden cero y de primer orden evaluando los resultados: r= Coeficiente de Pearson de los productos referencia (R) y de ensayo (A y T), en disolución.

Parámetros	ORDEN CERO			PRIMER ORDEN		
	R	T	A	R	T	A
Coeficiente de Pearson (r)	0,9963	0,9888	0,9922	0,9942	0,9838	0,9911

Tabla 5:

Resultados del ensayo de disolución de los comprimidos de Isoniazida 100 mg de los laboratorios: Corporación Infarmasa S.A. (T = Test Tacna y A = Test Arequipa) y Isoniac 100 mg – Klonal S.R.L. (R = Referencia).
 Etapa S1: No menos del 85% de la cantidad declarada en la etiqueta se disuelve en 45 min.

Producto	Etapas S1
R	APROBADO
T	APROBADO
A	APROBADO

Tabla 6:

Uniformidad de contenido del fármaco (p.a.) en la muestra del producto Isoniazida 100 mg – Corporación Infarmasa S.A. (T y A) e Isoniac. 100 mg – Klonal S.R.L. (R). C.V. (%) = Coeficiente de variación porcentual.

Comprimido	T		A		R	
	Peso x TB (mg)	P.A. (%)	Peso x TB (mg)	P.A. (%)	Peso x TB (mg)	P.A. (%)
1	159,93	95,75	159,37	95,82	175,14	95,95
2	155,29	92,97	158,2	95,12	171,93	94,19
3	156,66	93,79	157,97	94,98	181,53	99,45
4	156,62	93,77	157,91	94,95	173,06	94,81
5	157,11	94,06	156,76	94,25	180,76	99,03
6	160,92	96,34	160,33	96,40	179,86	98,53
7	158,71	95,02	158,18	95,11	170,45	93,38
8	157,9	94,54	161,84	97,31	177,55	97,27
9	158,15	94,69	157,85	94,91	177,54	97,26
10	156,27	93,56	157,64	94,78	175,22	95,99
MEDIA	157,76	94,45	158,61	95,36	176,30	96,58
CV %	1,10	1,10	0,94	0,94	2,15	2,15

DISCUSION

Las características físicas y organolépticas de los comprimidos T, A y R indican que el comprimido se encuentra en perfecto estado de conservación y estabilidad.

La evaluación cuali-cuantitativa de Isoniazida, MÉTODO CROMATOGRÁFICO HPLC partió de la calibración Aptitud del Sistema Cromatográfico (Tabla1), según los criterios de aceptación: sensibilidad de detección y la reproducibilidad de los resultados (USP 29 NF 24, 2006) necesario para los ensayos de identificación, contenido y uniformidad de unidades de dosificación por variación de peso.

La identificación del p.a. Isoniazida (T, A y R) en corridas de 20 minutos por muestra, mostró picos semejantes y de cercanos tiempos de retención sin mucha variación.

La prueba de contenido del principio activo (en T, A y R); presentan 94,87 %; 95,59 % y 97,16 % con sus coeficientes de variación 0,52 %; 0,44 % y 0,57 %, respectivamente, cumpliendo los criterios recomendados en la USP29NF24(2006): los comprimidos de Isoniazida contienen no menos de 90,0 % y no más de 110,0 % de la cantidad de Isoniazida declarada en la etiqueta, en nuestro caso 100 mg; y el CV% (o SRD) no debe ser mayor de 1,0 %. Esto indica que la cantidad de principio activo es la adecuada para la formulación, sin embargo ello no indica que sea la cantidad liberada para posteriormente absorbida. La prueba de contenido del principio activo nos da la garantía para poder establecer otras comparaciones biofarmacotécnicas entre las especialidad farmacéuticas analizadas.

En la prueba de peso medio, 20 comprimidos de cada muestra T, A y R, presentan una desviación porcentual en relación a la media, de -2,00 a 1,61; de -1,40 a 3,52; y de -3,65 a 5,63 respectivamente. Cumpliendo con los criterios establecidos por BP (2005) que indican 7,5 de desviación %.

La prueba de Uniformidad de Contenido por variación de peso, 10 comprimidos de cada muestra T, A y R, mostraron pesos medios de 158,46 mg, 158,99 mg y 176,69 mg respectivamente. Según la USP29NF24 es aplicable la prueba de Variación de Peso, puesto que el contenido de Isoniazida declarado en la etiqueta es de 100 mg, correspondiente a más del 50%, en peso, de la unidad de dosificación. Y debido a que se ha establecido una buena correlación lineal entre el peso del comprimido y el contenido del fármaco, la cantidad de p.a. Isoniazida calculada para el producto T está entre 92,97% a 96,34%; para el producto A entre 94,25% a 97,31%; y para el producto R es 93,73% a 99,82%; todos dentro del intervalo de 85,0% a 115,0% que establece USP 29 NF 24 (2006). La desviación estándar relativa de las muestras T = 1,10; A = 0,94; y R = 2,15; cumplen con ser menor o igual a 6,0%. El ANOVA para la Uniformidad de Contenido por variación de peso: Ho: media R = Media A = Media T; yHa: al menos una media es diferente. En la Prueba de Hipótesis F, indica que Fcal = 5,55 es mayor que Ftab = 3,35 para el nivel de significación 0,05, grados de libertad de 2 y 27; con probabilidad de 0,0096. En este caso con una confianza del 95 % afirmamos que al menos una de las medias es diferente (probabilidad < 0,05).

En las evaluaciones de la prueba de disolución, cinética y del perfil de disolución realizado por el MÉTODO ESPECTROFOTOMÉTRICO, se trabajó con el espectro de absorción de Isoniazida a la longitud de onda 263nm en un rango de 200 nm a 600 nm (USP29NF24, 2006). Así también, la recta de calibración muestra linealidad en concentraciones de 2,236E-03 mg/mL a 13,416E-03 mg/mL pudiéndose por tanto, trabajar en estos límites de concentración.

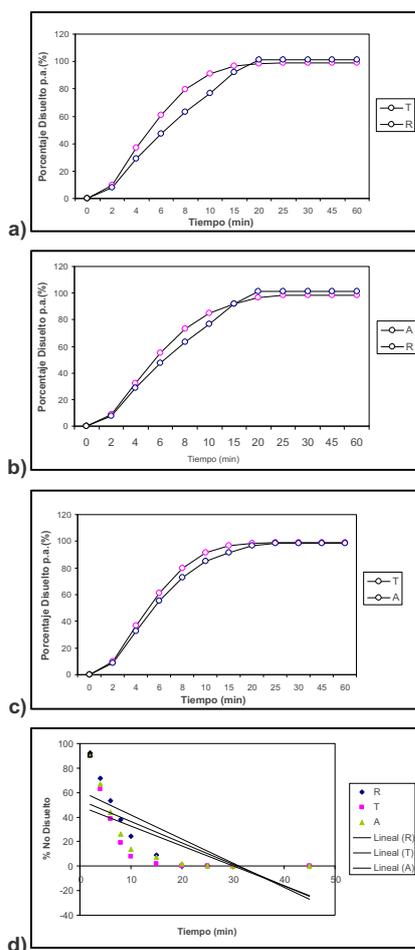


Figura 1: Curvas comparativas de la Velocidad de Disolución (perfiles de disolución): a) RvsT, b) RvsA y c) TvsA; y d) Cinética de disolución ajustado al modelo ORDEN CERO.

El ensayo de disolución (USP29NF24, 2006) exige que no menos de 85% del valor rotulado de Isoniazida debe disolverse en 45 minutos para que el producto sea aprobado en la primera etapa (S1). Esta etapa fue aprobada por las muestras de los productos T, A y R, no siendo necesario realizar la segunda y tercera etapa de evaluación (S2 y S3).

El estudio de la cinética del proceso de disolución, a través de la linealización de las curvas de disolución, fueron obtenidos los respectivos coeficientes de correlación lineal (o coeficientes de Pearson (r^2)) de R, T y A. Obteniéndose que el modelo más adecuado de R, T y A; esto es el que obtuvo mayores valores de r^2 fue el de ORDEN CERO (% no disuelto de p.a. vs Tiempo en minutos), no siendo el esperado para las formas farmacéuticas sólidas de liberación convencional (Primer Orden).

Por otro lado, los valores de K_d (constante de velocidad de disolución) no pueden ser utilizados para comparación directa debido a que varían considerablemente entre los modelos cinéticos, su importancia está en el hecho que son empleados en los cálculos de $t_{50\%}$ (vida media de disolución). Este último es de extrema importancia, en la medida en que se establezca el tiempo necesario para que el 50% del fármaco este disuelto. Así para los productos en los que la liberación del fármaco es más rápida, los valores de $t_{50\%}$ serán más cortos. Se verifica que, para este parámetro todos los productos analizados presentan valores de tiempos cortos de hasta 6 min. como máximo. Y sugiere que en 15 min., la forma farmacéutica libera más de la mitad de cantidad de fármaco contenido, siendo adecuado para una forma farmacéutica de liberación inmediata. Los productos R, T y A presentan valores de $t_{50\%}$ más próximos de 5.99, 4.75 y 5.06

min. respectivamente. Y para los tiempos $t_{30\%}$ (min.): 3.59, 2.85 y 3.04, $t_{70\%}$ (min.): 8.38, 6.66 y 7.09; y $t_{90\%}$ (min.): 10.78, 8.56 y 9.11 para R, T y A respectivamente.

La comparación de los perfiles de disolución (Figura 1: a), b) y c)) por el método modelo independiente (f_1 y f_2), indica que los productos R, T y A son semejantes, mostrando que las formulaciones, independientemente del lote y del laboratorio, presentan bastante homogeneidad ó EQUIVALENCIA ($F_1=8.87$ y $F_2=52.07$ para RvsT; $F_1=5.75$ y $F_2=62.76$ para RvsA; y $F_1=3.96$ y $F_2=52.07$ para AvsT).

CONCLUSIONES

Las 3 presentaciones de Isoniazida® de 100 mg (R= Referencia Isoniac MR ® y genéricas: T y A) analizados, presentaron identidad y contenido, peso promedio (BP 2005), y Uniformidad de Contenido por Variación de Peso, de acuerdo a los criterios farmacopeicos (USP 29 NF 24, 2006 y BP 2005), siendo también aprobados los ensayos de disolución, teniendo 85% disuelto en menos de 90 minutos.

El estudio de la cinética de disolución de las 3 muestras analizadas indicó que el modelo más adecuado es el de Orden Cero, y basándose en los parámetros de cinética de disolución (K_s y $t_{50\%}$), se observó que los productos R, T y A presentaron perfiles semejantes en relación a los porcentajes de liberación de fármaco, es decir los medicamentos que distribuye el MINSA – Perú son EQUIVALENTES por el medicamento Isoniac MR ® - Argentina, según la Food and Drug Administration (United State, 1997).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACCIÓN INTERNACIONAL PARA LA SALUD (AIS). Génericos y Bioequivalencia. Balance y perspectivas en América Latina, Mesa de Expertos. Lima, 2004. p.3-11.
BREGNI Carlos. Medicamento Genérico y el problema de la Intercambiabilidad. Rev. Farm. Univ. Buenos Aires Facult. Farm. y Biotec. Dept. Tecnología Farmacéutica.
CID CARCAMO Edison. Control de Calidad de Biofarmacéutico. Depart. Asuntos Científicos y Tecnológicos de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, 1982. p.4
COMISIÓN PERMANENTE DE LA FARMACOPEA ARGENTINA. Farmacopea Nacional Argentina. Codex Medicamentarius Argentino. S.A. 6.ed. CODEX, 1978. p.599-600.
DOMENECH B.J., LAUROBA V.J., CALPENA C.C. A., COLOM C.H., ESCRIBANO F.E., PERAIRE G.C. BOIX M.A., y DIEZ M.I. Dep. Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Unidad de Biofarmacia y Farmacocinética. Fac. Farmacia. Córdoba, 2007.
FICHAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD QUÍMICA. Isoniazida ICSC: 1258. ©CCE. IPCS, 1994.
<<http://www.mtas.es/insht/ipcsnspn/nspn1258.htm>>.
FORMULARIO MODELO DE LA OMS 2004. Ap.1
<<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5422s/>>
GARCIA A.G. y GARCIA LOPEZ M. Cap.6: Sustitución de medicamentos: Equivalencias e Inequivalencias. p.94. Madrid.
GIARCOVICH Silvia Susana. Génericos, Similares y el Problema de la Intercambiabilidad. Publ. Rev. SAFYBI (Sociedad Argentina de Farmacia y Bioquímica Industrial) – Vol.40 N°101 – 2001, p.3
GUÍA PARA LA INDUSTRIA: Estudios de biodisponibilidad y

bioequivalencia para productos farmacéuticos administrados oralmente. CDER, 2000.
GUÍA PARA LA INDUSTRIA – pruebas de disolución de formas de dosificación oral sólidas de liberación inmediata. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Alimentos y Drogas. CDER, 1997. <www.fda.gov/cder/guidance.htm>
HARDMAN Joel G., LIMBIRD Lee F. GOODMAN GILMAN Alfred. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 10.ed. McGraw-Hill Interamericana Editores, 2002. p.1290.
PEÑA, Manuel, VIII Curso Internacional de Tuberculosis. OPS/OMS. Lima, Perú – 2005. <http://new.paho.org/per/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=498>
SKOOG Douglas LEARY James. Análisis Instrumental -Cromatografía Líquida de Alta Resolución, 1994. 4ta Edición, Ed. McGraw-Hill, p.730,
STORPIRTIS Silvia; MARCOLONGO Raquel, GASPAROTTO Fernanda S.; VILANOVA Crisálida M. A equivalencia farmacéutica no contexto da intercambiabilidade entre medicamentos genéricos e de referencia: Bases técnicas e científicas. <<http://es.scribd.com/doc/77552571/A-equivalencia-farmacutica-no-contexto-da-intercambiabilidade-entre-medicamentos-genericos-e-de-referencia>>
UNITED STATES PHARMACOPEIA, USP 29 NF 24, 2006 Vigésimocuarta edición, Impr. Canadá por Webcem Limited. p.2910, cap.711
VALENTINA PORTA. Tese "Evaluación da bioequivalência de formulações do mercado nacional contendo Fluconazol". Univ. São Paulo. Facult. Ciênc. Farmac. p.129. 1999.

CORRESPONDENCIA:

dianacoquera@yahoo.es

Recibido: 10/10/2013

Aceptado: 20/10/2013

“CAPACITACION Y RENDIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN AREAS CRITICAS. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE, TACNA 2012”

“TRAINING AND PERFORMANCE OF THE PROFESSIONAL OF NURSING WHO WORKS IN CRITICAL AREAS. HIPOLITO UNANUE HOSPITAL, TACNA 2012th”

Carla Patricia Milagros Mori Fuentes.^(1,2,3) Gladys Arratia Torres.^(1,4,5)

(1) Licenciada en Enfermería. (2) Magister en Docencia Universitaria.
(3) Enfermera Especialista en Centro Quirúrgico. (4) Enfermera Especialista en Emergencia.
(5) Enfermera Asistencial del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

RESUMEN

El Profesional de Enfermería es entre todos los Profesionales de la Salud el que mayor contacto tiene con los pacientes; por lo tanto tiene la capacidad de planificar y llevar a cabo las acciones propias de Enfermería, controlar el estado de los pacientes y poner en práctica con eficacia los tratamientos básicos. Se le exige además que cuente con una excelente base de conocimientos no sólo sobre las personas sino además sobre los factores que afectan a su salud. De ahí que la preparación de este Profesional se centra en la práctica, basada en las necesidades de la población, además una sólida base humanista, científica - tecnológica y que se emplea modelos pedagógicos orientados al desarrollo de capacidades creativas, innovadoras, participativas y de autogestión para el desarrollo de los educandos, con experiencias multidisciplinarias y de confrontación con la realidad local, regional y nacional. **OBJETIVO:** Analizar la Relación entre el Rendimiento del Profesional de Enfermería y la Capacitación que recibe. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo y explicativo, ya que se determinó la situación de las variables en la población que se seleccionó y luego en base a los resultados obtenidos establecer la calidad de la prestación de los servicios de enfermería. Luego se procesó la información aplicando el Software SPSS Versión 15 y presentando los cuadros estadísticos para la verificación de la hipótesis. **HIPOTESIS:** La Capacitación del Profesional de Enfermería está asociada con el nivel de rendimiento de este Profesional en la atención que brinda a los pacientes. **RESULTADOS:** Se determinó principalmente que los Profesionales de Enfermería que laboran en el Hospital Hipólito Unanue, presentan en 53.85% un rendimiento profesional no adecuado, de las cuales el 50.96% no tienen una adecuada capacitación. Lo que permite establecer la relación que existe entre la capacitación profesional y el nivel del rendimiento.

PALABRAS CLAVES: Capacitación, Rendimiento, Profesional de Enfermería.

ABSTRACT

The Professional of Nursing is among all the Professionals of the Health the one that major contact has with the patients; therefore he has the aptitude to plan and carry out the proper actions shares of Nursing, to control the condition of the patients and put into practice with efficiency the basic treatments. There is demanded the fact that he relies on an excellent base of knowledge not only on the persons but in addition on the factors that they concern his health. Of there on that the preparation of this Professional centers on the practice based on the needs of the population, in addition a solid humanist, scientific base - technological and that is used pedagogic models orientated to the development of creative, innovative, participative capacities and of auto-management for the development of the pupils, with multidisciplinary experiences and of confrontation with the local, regional and national reality. **TARGET:** To analyze the Relation among the Performance of the Professional of Nursing and the Training that receives. **MATERIAL AND METHOD:** descriptive and explanatory Study, since the situation of the variables decided in the population who was selected and then on the basis of the obtained results to establish the service quality about the nursing services. Then the information was processed applying the Software SPSS Version 15 and presenting the statistical pictures for the check of the hypothesis. **HYPOTHESIS:** The Training of the Professional of Nursing is associated with the level of performance of this Professional in the attention that offers to the patients. **RESULTS:** was determined principally that among the Professionals of Nursing who work at the Hipolito Unanue Hospital, they present in 53.85 % a professional not suitable performance, of which 50.96 % does not have a suitable training. This allows establishing the relation that exists among the professional training and the level of the performance.

KEYWORDS: training, performance, Professional of Nursing

INTRODUCCIÓN

La Enfermería es una disciplina que permite pensar y actuar de determinada manera en el campo profesional. Sus conocimientos responden al cuidado de personas, teniendo como objetivo la satisfacción de necesidades humanas, base fundamental del bienestar y desarrollo humano.

El Profesional de Enfermería analiza, interpreta, toma decisiones, documenta sus conclusiones y las somete a comprobación además evalúa los resultados y retroalimenta el proceso de atención para lograr la completa satisfacción del paciente. Es por eso que tanto la orientación en el pensar como en el actuar se dan en un proceso continuo en la formación y luego en la educación permanente de este Profesional durante el ejercicio de la profesión.

Además éste Profesional cuida al paciente y se preocupa por él, participa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, protege a los enfermos de los factores dañinos que pudieran poner en peligro su salud, es asesor y maestro en problemas de salud y además coordina las actividades del grupo de enfermería cooperando también con diversos profesionales como parte del grupo para la salud, convirtiéndose también en director y

coordinador de los mismo, por lo que es inherente la planificación y evaluación del complejo cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio descriptivo y explicativo, ya que se determinó la situación de las variables en la población seleccionada y posteriormente en base a los resultados obtenidos se estableció la calidad de la prestación de los servicios de enfermería.

Las Técnicas que se utilizaron en la ejecución de éste Trabajo son la observación y la encuesta y dentro de los Instrumentos que se empleó están la Entrevista Escrita, Cuestionario de Opinión y la Hoja de Control.

- El instrumento Nro. 01, es una Entrevista Escrita (Anónima), que recogió información sobre la capacitación que han recibido los Profesionales de Enfermería que laboran en el Hospital Hipólito Unanue. Además este Instrumento ha sido elaborado por el Investigador y permite un análisis de Variable Capacitación

- **Instrumento Nro. 02, es un Cuestionario de Opinión (Anónimo)**, en donde se emplea una Escala de Valoración de 1 a 5, tal como sigue:

- (1) Completamente en Desacuerdo.
- (2) En Desacuerdo
- (3) Indiferente (ni de acuerdo ni en desacuerdo)
- (4) De Acuerdo
- (5) Totalmente de Acuerdo

Todo esto permite determinar la actitud del Profesional de Enfermería frente a diversas situaciones como el puesto de trabajo, la supervisión, organización del trabajo, comunicación, compañeros de trabajo así como el reconocimiento laboral, permitiendo obtener aspectos esenciales de cada una de las variables de estudio.

- **Instrumento Nro. 03, es la Hoja de Control**, que fue desarrollada por el Investigador y que permitió determinar si el profesional de Enfermería cumple con todos los requisitos para la elaboración de las anotaciones de Enfermería, lo que contribuirá a determinar el rendimiento y Calidad en el desempeño laboral.

La recolección de información fue realizada en todos los casos por el mismo Investigador, cabe resaltar que antes de iniciar este Proceso de Recolección se realizó una prueba piloto al 10% de la población total de Profesionales de Enfermería, los cuales fueron escogidos al azar, lo que facilitó el proceso de Validación Estadística de los Instrumentos, siendo Alpha (0.8588) y Sperman (0.8477).

Posteriormente se sensibilizó a todos los Profesionales de Enfermería a fin de lograr su participación activa y consistente en el momento de responder los Instrumentos (Entrevista Escrita y Cuestionario de Opinión), para lo cual se les dio a conocer los objetivos de cada uno de ellos y la forma de responderlos, donde la mayoría de Profesionales lo desarrolló en un período de 2 a 7 días.

A diferencia de los anteriores el Instrumento Nro. 03 (Hoja de Control) fue íntegramente desarrollado por el Investigador, teniendo de base a las anotaciones de Enfermería que realiza cada Profesional de Enfermería.

La información obtenida ha sido procesada estadísticamente, esto ha favorecido que pueda elaborarse los Cuadros Estadísticos que permitieron la interrelación entre las variables e indicadores del estudio y principalmente pueda comprobarse las Hipótesis del Trabajo de Investigación.

Además para la elaboración de Cuadros Estadísticos específicamente para el Instrumento N° 02 Cuestionario de Opinión se considero cinco parámetros:

- A: Completamente en Desacuerdo
- B: En Desacuerdo
- C: Indiferente (ni de acuerdo ni en desacuerdo)
- D: De Acuerdo
- E: Totalmente de Acuerdo

Pero en el procesamiento estadístico y presentación final de los cuadros se unió los parámetros A con B – D con E estableciéndose solamente en tres parámetros:

- Desacuerdo
- Indiferente
- De acuerdo

Posteriormente a todos los Cuadros Estadísticos se les aplicó la Prueba de Chi Cuadrado, permitiendo probar la diferencia de proporción en el grupo.

Todo esto permitió desarrollar adecuadamente el procesamiento de datos.

CUADRO N° 01

Distribución del Profesional de Enfermería según Aplicación de las Notas de Enfermería y su Relación con su actitud profesional

Areas Críticas – Hospital Hipólito Unanue – Tacna 2012									
ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA		ACTITUD PROFESIONAL						TOTAL	
		POSITIVA		INDIFERENTE		NEGATIVA			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
NOTAS DE ENFERMERÍA	ALTO	4	10	1	2.5	2	2.0	1	17.50
	MEDIO	10	25.00	6	15.0	5	12.50	20	50.00
	BAJO	2	5.0	7	17.5	3	7.50	13	32.50
TOTAL:		16	40.00	14	35.00	10	25.00	40	100%

FUENTE: Instrumentos Aplicados Hospital Hipólito Unanue – 2012.

CUADRO N° 02

Distribución del Profesional de Enfermería según Aplicación del Proceso de Enfermería y su relación con la actitud profesional.

Areas Críticas – Hospital Hipólito Unanue – Tacna 2012									
ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA		ACTITUD PROFESIONAL						TOTAL	
		POSITIVA		INDIFERENTE		NEGATIVA			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
NOTAS DE ENFERMERÍA	ALTO	3	7.50	1	2.50	1	2.50	5	12.50
	MEDIO	17	42.50	3	7.50	0	0	20	50.00
	BAJO	12	30	2	5.0	1	2.50	15	37.50
TOTAL:		32	80.0	6	15.0	2	5.0	40	100%

FUENTE: Instrumentos Aplicados. Hospital Hipólito Unanue – 2012.

CUADRO N° 03

Nivel del Rendimiento del Profesional de Enfermería y su relación con la aplicación de las Notas de Enfermería

Areas Críticas – Hospital Hipólito Unanue – Tacna 2012									
NIVEL DE RENDIMIENTO PROFESIONAL		ATENCIÓN QUE BRINDA						TOTAL	
		NOTAS DE ENFERMERÍA							
		ALTO		MEDIO		BAJO			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ALTO		7	17.50	3	7.50	0	0	10	25
MEDIO		15	37.50	5	12.50	3	7.50	25	62.50
BAJO		3	7.50	2	5.0	2	5	5	12.50
TOTAL:		25	62.50	10	25	5	12.50	40	100%

FUENTE: Instrumentos Aplicados. Hospital Hipólito Unanue – 2012.

CUADRO N° 04

Nivel del Rendimiento del Profesional de Enfermería y su relación con la aplicación del Proceso de Enfermería

Areas Críticas – Hospital Hipólito Unanue – Tacna 2012									
NIVEL DE RENDIMIENTO PROFESIONAL		ATENCIÓN QUE BRINDA						TOTAL	
		PROCESO DE ENFERMERÍA							
		ALTO		MEDIO		BAJO			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ALTO		7	17.50	5	12.50	0	0	15	37.50
MEDIO		10	25.00	7	17.50	3	7.50	20	50
BAJO		3	7.50	3	7.50	2	5.00	5	12.50
TOTAL:		20	50.00	15	37.50	5	12.50	40	100%

FUENTE: Instrumentos Aplicados. Hospital Hipólito Unanue – 2012.

CUADRO N° 05
Distribución del Profesional de Enfermería Según Nivel de Rendimiento y su Capacitación Profesional

Areas Críticas – Hospital Hipólito Unanue – Tacna 2012								
CAPACITACIÓN DEL PROFESIONAL	NIVEL DE RENDIMIENTO						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
ALTA	4	10.00	5	12.50	5	12.50	14	35.00
MEDIANA	8	20.00	12	30.00	0	0	20	50.00
BAJA	3	7.50	3	7.50	0	0	6	15.00
TOTAL:	15	37.50	20	50.00	5	12.50	40	100.00

FUENTE: Instrumentos Aplicados. Hospital Hipólito Unanue – 2012.

DISCUSION:

Los Profesionales de Enfermería que laboran en las Areas Críticas del Hospital Hipólito Unanue son un total de 40 personas, de los cuales el 92.31% son de Sexo Femenino y 7.69% de Sexo Masculino, todos ellos vienen desarrollando sus diversas funciones en los Servicios de Cuidados Intensivos, Emergencia y Centro Quirúrgico. De todo este Grupo Profesional, no todos asisten a Cursos de Capacitación existiendo el más alto porcentaje en Cursos de Cuidados Intensivos en los Servicios de UCI 27.88%, Centro Quirúrgico 16.35% y en Emergencias 9.62% en los Cursos de Emergencias están el Servicio de Emergencia 21.15%, Centro Quirúrgico 17.31%, y Cuidados Intensivos 9.62% y los Cursos de Instrumentación está Centro Quirúrgico 27.88%, Cuidados Intensivos 23.08% y en Emergencia 16.35%. Cabe resaltar que en cuanto a los cursos de Gestión, estos Profesionales si asisten encontrando el más alto porcentaje en Cuidados Intensivos con 14.42%, y en Centro Quirúrgico 11.54% y en Emergencia 6.73%, existiendo además algunos Profesionales de Enfermería que han asistido a más de un curso lo que contribuirá a que puedan orientar adecuadamente al resto de Profesionales de Enfermería favoreciendo así una mejor atención.

Además en los Cursos de Salud Pública tenemos que los Profesionales si asisten, contando en Emergencia con 16.35%, Cuidados Intensivos 7.69% y Centro Quirúrgico 5.77%. También los Profesionales de Enfermería consideran que la capacitación es muy necesaria en 51.92% pero lamentablemente demuestran una actitud de indiferencia hacia el Puesto de Trabajo, lo que repercute en su desempeño laboral.

Debe mencionarse también que el 67.31% no asiste a cursos de capacitación por el alto costo del curso correspondiendo el 22.12% a los Profesionales que laboran en el Servicio de Emergencia y el 13.46% al Servicio de Cuidados Intensivos. Pero también existe un 16.35% que no asiste por falta de tiempo permitiendo 6.73% al Servicio de Centro Quirúrgico y 4.80% al Servicio de Medicina.

Estos Profesionales especifican en un 30.76% que la Imagen del Profesional de Enfermería es la de bien preparado pero todos demuestran también una actitud indiferente hacia el Puesto de Trabajo, lo que demuestra que si bien la sociedad piensa que los Profesionales de Enfermería tienen los conocimientos necesarios para brindar una atención adecuada, no es así, ya que vienen desarrollando su trabajo sin aplicar correctamente sus conocimientos. Encontramos también que los Profesionales de Enfermería del Sexo Femenino en 37.50% demuestran una actitud de indiferencia hacia la supervisión y en cuanto a la organización del trabajo los Profesionales de Sexo Femenino en

52.88% están en desacuerdo y los Sexo Masculino son indiferentes en 3.85%, lo que repercute en su desempeño laboral ya que al no estar de acuerdo o ser indiferente no cumplen con todas las funciones asignadas.

Las Anotaciones de Enfermería son muy importantes en la atención directa de los pacientes, ya que permite un seguimiento en el Plan de Cuidados establecidos para el paciente y principalmente una visión global de la atención que están recibiendo. Dentro del Grupo de Profesionales de Enfermería tenemos que el 7.69% ha asistido a un curso de Cuidados Intensivos y sus Anotaciones de Enfermería están en un nivel medio, a diferencia de todo esto, el 4.81% han asistido a dos cursos, pero aquí sus Anotaciones de Enfermería tienen características de un nivel alto, en cuanto a los cursos de Instrumentación solamente han asistido el 5.77% y sus Anotaciones de Enfermería tienen sus características con un nivel medio y en los cursos de Emergencias encontramos el 12.50% que ha asistido a un curso y cuyas Anotaciones de Enfermería tienen un nivel medio y el 4.81% han asistido a dos cursos teniendo sus Anotaciones características con nivel alto. Aquí se determina, que si los Profesionales de Enfermería tienen una capacitación continua podrán identificar mejor la necesidad y/o problema que tiene el paciente podrán realizar un Registro correcto en las Anotaciones de Enfermería, contribuyendo a un seguimiento adecuado del paciente y principalmente a una atención de calidad.

Los Trabajos de Investigación contribuyen a identificar alternativas de solución frente a un problema que se está investigando y principalmente puede contribuir a mejorar su trabajo ya que el Profesional sabrá como actuar frente a esa situación. En este Grupo tenemos que realizan muy pocos Trabajos de Investigación sobre Cuidados Intensivos 6.73%, Centro Quirúrgico 2.88% y en Emergencias 0.96%, pero demuestran una actitud de indiferencia hacia el Puesto de Trabajo, lo cual establece que debe desarrollarse mayores Investigaciones para poder actuar frente a situaciones nuevas y lograr que su desempeño laboral sea eficiente y de calidad.

Se concluye que los Profesionales de Enfermería que laboran en el Hospital Hipólito Unanue, presentan en 50.00% un rendimiento profesional de nivel mediano, de las cuales el 50.00% no tienen una capacitación también de nivel mediana. Lo que permite establecer la relación que existe entre la capacitación profesional y el nivel del rendimiento.

Además este grupo de Profesionales existe relación entre el rendimiento profesional y la atención que brindan ya que el 52.75% tiene un adecuado rendimiento profesional y desarrollan un correcto Proceso de Enfermería lo que permite establecer luego el Plan de Atención así una atención eficiente y de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIZA OLARTE, Claudia ¿Puede un buen cuidado recuperar pronto? Congreso Virtual de Cardiología. Pontificia Universidad Jovetiana. Argentina.2005

CANALES.H Francisca, Metodología de la Investigación .Organización Panamericana de la Salud. Tercera Edición Estados Unidos. 2006

DAVINI, María Cristina. Educación Permanente en Salud. Serie Paltex para Ejecutores del Programa de Salud N°38 OPS-OMS. Estados Unidos.

DONROSE. S, María. Preparación Humanística, Etica Científica y Tecnología de la Enfermera - Atención de Calidad. Congreso Internacional de Enfermería. Copias Resumen. Perú.

KELLY, Diane. Consejos para mejorar los Cuidados en Enfermería. Revista Nursing N°95. Ediciones Doyma S.A. Diciembre. España.

LUQUE. P, Margarita. Reflexiones Críticas para la Mejoría Profesional. Revista Enfermería Clínica N°02. Ediciones Doyma S.A. Setiembre - Octubre. España.

MARRINER. T, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Harcourt Brace. Ediciones. Sexta Edición. España 2010.

MUSCARI. E, Mary. Identidad Profesional. Revista Nursing N°95. Ediciones Doyma. S.A. Julio. España.

CORRESPONDENCIA:

Carla Mori Fuentes.
cmorifuentes@gmail.com

Recibido: 15/08//2013
Aceptado: 14/09/2013

VARIACIÓN IN VITRO DE LA UBICACIÓN DEL ORIFICIO MENTONIANO EN RELACIÓN A DIVERSOS GRADOS DE REABSORCIÓN DEL REBORDE ALVEOLAR EN MANDÍBULAS EDÉNTULAS TOTALES

VARIATION IN VITRO FORAMEN MENTA LOCATION ABOUT VARYING DEGREES OF RESORPTION OF THE ALVEOLAR RIDGEN IN EDENTULOUS MANDIBLES TOTAL

Yury Miguel Tenorio Cahuana

C.D. Profesor Auxiliar. ESOD. Facultad de Ciencias de la Salud, UNJBG.

RESUMEN

Introducción: Después de las extracciones dentales ocurre la reducción fisiológica de las apófisis alveolares, hasta que al llegar a determinado punto se habla de atrofia alveolar; por lo general, cuando se dificulta la construcción de una dentadura completa o la colocación de implantes a causa de la pérdida de hueso alveolar. El problema se acrecienta cuando el agujero mentoniano remonta hacia el reborde alveolar residual. **Material y Métodos:** Estudio Descriptivo Correlacional, el presente estudio es in vitro en cuarenta especímenes mandibulares edéntulos totales, donde se localiza al agujero mentoniano en relación con el reborde alveolar residual, el borde basilar, el borde posterior de la rama ascendente y el borde de la sínfisis del mentón. **Resultados:** En los grupos de hemimaxilares adultos y ancianos como los del sexo masculino y femenino, para las distancias de OM-BA, OM-BB el lado izquierdo es mayor que el lado derecho, pero ocurre lo contrario en las distancias OM-SM, OM-BPRA. En la frecuencia del grado de reabsorción ósea, los hemimaxilares considerados adultos del sexo masculino en el lado derecho e izquierdo predominan los RABR. Los hemimaxilares considerados ancianos del sexo masculino y femenino, en los lados derechos e izquierdos predominan los RA. **Conclusiones:** El agujero mentoniano tiende a aproximarse hacia el borde alveolar e inclusive llega a remontarlo, mientras mayor sea la resorción ósea de la cresta alveolar edéntula. **Palabras Claves:** Agujero Mentoniano, resorción ósea, mandíbulas edéntulas.

ABSTRACT

Introduction: After tooth extraction occurs physiological reduction of the alveolar processes, until at some point reach alveolar atrophy discussing, generally, when it is difficult to build a complete denture or implant placement because of alveolar bone loss. The problem is compounded when the mental foramen back to the residual alveolar ridge. **Material and Methods:** Descriptive correlational, the present study is in vitro in forty specimens edentulous mandible, which is located to the mental foramen in relation to the residual alveolar ridge, the basilar edge, the trailing edge of the ramus and the edge of the symphysis of the chin. **Results:** In groups of adults and elderly hemimaxilares as male and female, for distances of OM-BA, BB OM-left side is larger than the right side, but the opposite occurs at distances OM-SM, OM-BPRA. In the frequency the degree of bone resorption, the hemimaxilares considered adult males in the left and right side RABR predominate. The hemimaxilares considered elderly male and female, right and left sides RA predominate. **Conclusions:** The mental foramen tends to be closer to the alveolar ridge and even gets to trace it, the greater the bone resorption of the edentulous ridge. **Keywords:** mental foramen, bone resorption, edentulous jaws.

INTRODUCCIÓN

El orificio mentoniano tiene ubicación variable según la edad, y los diferentes grados de resorción ósea, con respecto a la apófisis o borde alveolar. (1,2)

La pérdida de hueso en el maxilar o mandíbula no se limita al hueso alveolar. También puede reabsorberse porciones de hueso basal. El contenido del conducto dentario inferior y del agujero mentoniano se hace con el tiempo deficiente y éste sirve como parte de apoyo para la prótesis. (3)

Anatómicamente se sabe que el orificio mentoniano se encuentra a la altura de los premolares, con más frecuencia en el sub-ápice del segundo premolar, sin embargo debido a la edad y a la resorción alveolar de los rebordes residuales puede experimentar una migración variable hacia la cima de las crestas óseas (3,4,10).

Quirúrgicamente la posición del agujero mentoniano se emplean las radiografías para confirmar la localización del nervio dentario inferior. Su curso debe ser visible en la ortopantomografía. Si es necesario puede realizarse una tomografía computarizada (TC) para valorar mejor la distancia entre el nervio dentario inferior y la cresta alveolar. (5,9)

Así pues en el presente trabajo de investigación se va a estudiar la ubicación del orificio mentoniano con respecto al borde alveolar, al borde basilar, su distancia a la sínfisis del mentón y del reborde posterior de la rama ascendente:

1. A través de una cuidadosa evaluación in vitro de especímenes mandibulares edéntulas totales obtenidos del museo de anatomía humana de la UCSM, clasificados según lado, sexo y edad.

2. Estos especímenes mandibulares son especialmente elegidos para este propósito, a fin de establecer relaciones con los diferentes grados de resorción alveolar.

MATERIAL Y METODOS

Ámbito de Estudio

El presente trabajo de investigación se realizó en el museo anatómico de la UCSM

Población estudiada

Se consideró un universo de 45 especímenes mandibulares edéntulos totales. Con una muestra de 40 especímenes mandibulares edéntulos totales.

Técnicas y Procedimientos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo correlacional.

Producción y Registro de Datos

Se realizó las coordinaciones con el jefe del departamento de anatomía de la facultad de odontología de la UCSM. Se elaboró una ficha de observación In vitro.

Análisis Estadístico

Se procedió a extraer la media aritmética de las distancias del agujero mentoniano con el borde anterior mentoniano, borde posterior de la rama, borde basilar y el reborde alveolar así como con los diversos grados de reabsorción ósea.

Se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel versión 2000, posteriormente se trasladó la base de datos al programa estadístico SPSS versión 15 en español. Se calcularon los porcentajes y los estadísticos Chi cuadrado y $p < 0,05$

RESULTADOS Y DISCUSION

TABLA N° 01

EDAD	SEXO				TOTAL	
	M		F			
	N° C	%	N° C	%	N° C	%
ADULTOS	8	20	-	-	8	20
ANCIANOS	24	60	8	20	32	80
TOTAL	32	80	8	20	40	100

Se observa que en el grupo de los adultos se tiene un total de 8 especímenes que hacen un 20 % y son todos del sexo masculino; mientras que en grupo de los ancianos se tiene 32 especímenes que hacen un total de 80 % de los cuales 24 son del sexo masculino y 8 son del sexo femenino.

Tabla N° 02

HEMIMAXILAR INFERIOR	DISTANCIA OM - BA				
	N°	%	X/mm		
ADULTOS	M	D	8	10	6,8
		I	8	10	7,8
	F	D	-	-	-
		I	-	-	-
ANCIANOS	M	D	24	30	4,9
		I	24	30	5,7
	F	D	8	10	5,1
		I	8	10	5,3

Vemos en ambos grupos de hemimaxilares adultos y ancianos así como de los sexos masculino y femenino el lado izquierdo es mayor que el lado derecho. Considerando esta distancia en los hemimaxilares ancianos y comparando entre ambos sexos, para el sexo masculino es menor que para el sexo femenino en ambos lados.

Tabla N° 03

HEMIMAXILAR INFERIOR	DISTANCIA OM - BB				
	N°	%	X/mm		
ADULTOS	M	D	8	10	13,0
		I	8	10	13,5
	F	D	-	-	-
		I	-	-	-
ANCIANOS	M	D	24	30	14,1
		I	24	30	14,3
	F	D	8	10	11,5
		I	8	10	11,7

Ambos grupos de hemimaxilares adultos y ancianos así como de los sexos masculino y femenino el lado izquierdo es mayor que el lado derecho.

Observamos que la distancia promedio total mínimo ocurre en los hemimaxilares considerados ancianos femeninos, mientras que la distancia promedio total máximo ocurre en los hemimaxilares considerados ancianos del sexo masculino.

Tabla N° 04

HEMIMAXILAR INFERIOR	DISTANCIA OM - SM				
	N°	%	X/mm		
ADULTOS	M	D	8	10	26,3
		I	8	10	25,9
	F	D	-	-	-
		I	-	-	-
ANCIANOS	M	D	24	30	25,3
		I	24	30	24,5
	F	D	8	10	24,4
		I	8	10	24,3

Ambos grupos de hemimaxilares adultos y ancianos así como de los sexos masculino y femenino el lado derecho es mayor que el lado izquierdo.

Vemos que la distancia promedio total mínimo ocurre en los hemimaxilares considerados ancianos del sexo femenino, mientras que la distancia promedio total máximo ocurre en los hemimaxilares considerados adultos del sexo masculino.

Tabla N° 05

HEMIMAXILAR INFERIOR	DISTANCIA OM - BPRA				
	N°	%	X/mm		
ADULTOS	M	D	8	10	68,3
		I	8	10	67,4
	F	D	-	-	-
		I	-	-	-
ANCIANOS	M	D	24	30	67,5
		I	24	30	66,7
	F	D	8	10	66,2
		I	8	10	64,5

En resumen Ambos grupos de hemimaxilares adultos y ancianos así como de los sexos masculino y femenino el lado derecho es mayor que el lado izquierdo.

Observamos que la distancia promedio total mínimo ocurre en los hemimaxilares considerados ancianos del sexo femenino, mientras que la distancia promedio total máximo ocurre en los hemimaxilares considerados adultos del sexo masculino.

Tabla N° 06

HEMIMAXILAR SEGÚN SEXO Y EDAD	GRADO DE REABSORCION OSEA								TOTAL			
	RABR		RA		RBR		RD o A		N°	%		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
ADULTOS	M	D	4	5	2	2,5	2	2,5	-	-	8	18
		I	6	7,5	-	-	2	2,5	-	-	8	18
	F	D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ANCIANOS	M	D	-	-	18	22,5	2	2,5	4	5	24	30
		I	4	5	16	20	-	-	4	5	24	30
	F	D	2	2,5	6	7,5	-	-	-	-	8	10
		I	2	2,5	6	7,5	-	-	-	-	8	10
TOTAL		18	22,5	48	60	6	7,5	8	10	80	100	

En la tabla muestra la frecuencia del grado de resorción ósea según hemimaxilar, edad y sexo. Los hemimaxilares considerados adultos del sexo masculino en el lado derecho e izquierdo predominan: los rebordes altos bien redondeados.

Los hemimaxilares considerados ancianos del sexo masculino y femenino en los lados derechos e izquierdos predominan: los rebordes afilados.

Tabla N° 07

DE	D I S T A N C I A O M - B A											
	A D U L T O S											
	M				F				TOTAL			
R.O.	N°	X/mm	N°	X/mm	N°	X/mm	N°	X/mm	N°	X/mm	N°	X/mm
RABR	4	8,3	6	8,3	10	8,3	-	-	-	-	-	-
RA	2	6	-	-	2	6	-	-	-	-	-	-
RBR	2	4,5	2	6	4	5,3	-	-	-	-	-	-
RD o A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DE	D I S T A N C I A O M - B A											
	A N C I A N O S											
	M				F				TOTAL			
R.O.	N°	X/mm	N°	X/mm	N°	X/mm	N°	X/mm	N°	X/mm	N°	X/mm
RABR	-	-	4	8,5	4	8,5	2	8	2	7	4	7,5
RA	18	5,9	16	6	34	6	6	4,2	6	4,6	12	4,4
RBR	2	2	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-
RD o A	4	1,7	4	4	8	2,9	-	-	-	-	-	-

En la tabla haciendo una comparación entre los dos grupos etáreos según edad y sexo; en los hemimaxilares considerados adultos y ancianos del sexo masculino tiene un promedio similar en los rebordes afilados y un promedio mínimo, en los rebordes bajos redondeados.

Tabla N° 08

GRADOS	D I S T A N C I A O M - B B											
	A D U L T O S											
	M						F					
	D		I		TOTAL		D		I		TOTAL	
R.O.	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm
RABR	4	11,5	6	13	10	12,3	-	-	-	-	-	-
RA	2	13,5	-	-	2	13,5	-	-	-	-	-	-
RBR	2	15,1	2	15	4	15,1	-	-	-	-	-	-
RD o A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

GRADOS	D I S T A N C I A O M - B B											
	A N C I A N O S											
	M						F					
	D		I		TOTAL		D		I		TOTAL	
R.O.	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm
RABR	-	-	4	14,3	4	14,3	2	11,1	2	11,7	4	11,5
RA	18	14,1	16	13,5	34	13,8	6	11,7	6	11,7	12	11,7
RBR	2	14,3	-	-	2	14,3	-	-	-	-	-	-
RD o A	4	13,9	4	15,5	8	14,7	-	-	-	-	-	-

En esta tabla haciendo una comparación entre los dos grupos etáreos según edad y sexo; en los hemimaxilares considerados adultos del sexo masculino tiene un promedio mínimo, en los rebordes altos y bien redondeados. En un promedio total vemos que la distancia mínima y los rebordes afilados ocurren en los hemimaxilares considerados ancianos del sexo femenino.

Tabla N°09

GRADOS	D I S T A N C I A O M - S M											
	A D U L T O S											
	M						F					
	D		I		TOTAL		D		I		TOTAL	
R.O.	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm
RABR	4	26,6	6	25,2	10	25,9	-	-	-	-	-	-
RA	2	25	-	-	2	25	-	-	-	-	-	-
RBR	2	27	2	27,8	4	27,4	-	-	-	-	-	-
RD o A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

GRADOS	D I S T A N C I A O M - S M											
	A N C I A N O S											
	M						F					
	D		I		TOTAL		D		I		TOTAL	
R.O.	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm
RABR	-	-	4	25,5	4	25,5	2	24,6	2	23,8	4	24,2
RA	18	25,3	16	24,7	34	25	6	24,3	6	24,4	12	24,4
RBR	2	25,4	-	-	2	25,4	-	-	-	-	-	-
RD o A	4	25,4	4	23,7	8	24,6	-	-	-	-	-	-

En esta tabla haciendo una comparación entre los dos grupos etáreos según edad y sexo; en los hemimaxilares considerados adultos y ancianos del sexo masculino, tienen similitud en los rebordes afilados, y un promedio mínimo, en los rebordes bajos redondeados en los hemimaxilares considerados ancianos. En un promedio total vemos que la distancia mínima y los rebordes altos bien redondeados ocurren en los hemimaxilares considerados ancianos del sexo femenino.

Tabla N°10

GRADOS	D I S T A N C I A O M - B P R A											
	A D U L T O S											
	M						F					
	D		I		TOTAL		D		I		TOTAL	
R.O.	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm
RABR	4	65,5	6	63,9	10	64,7	-	-	-	-	-	-
RA	2	65,1	-	-	2	65,1	-	-	-	-	-	-
RBR	2	77	2	77,8	4	77,4	-	-	-	-	-	-
RD o A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

GRADOS	D I S T A N C I A O M - B P R A											
	A N C I A N O S											
	M						F					
	D		I		TOTAL		D		I		TOTAL	
R.O.	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm	Nº	X/mm
RABR	-	-	4	64	4	64	2	69,1	2	68,3	4	68,7
RA	18	66,4	16	66,3	34	66,4	6	65,2	6	63,2	12	64,2
RBR	2	71,4	-	-	2	71,4	-	-	-	-	-	-
RD o A	4	70,7	4	71	8	70,9	-	-	-	-	-	-

En esta tabla haciendo una comparación entre los dos grupos etáreos según edad y sexo; en los hemimaxilares considerados ancianos del sexo masculino, tiene un promedio mínimo, en los rebordes altos y bien redondeados.

DISCUSION

Uno de los problemas en los pacientes edéntulos es la reabsorción de los rebordes alveolares, en las cuales se asientan las prótesis totales ocasionando algunas veces dolor por la presión masticatoria. De acuerdo a los avances de la tecnología, actualmente es común la utilización de implantes dentales para mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes. Entonces el clínico debe conocer la anatomía y antropometría del conducto dentario así como la fisiopatología de la reabsorción ósea.

Los estudios que documentan las características anatómicas y relaciones del Conducto Dentario Inferior no han sido hechos en la población peruana. De ahí la importancia de tomar variables estudiadas en comunidades con características raciales diferentes a la peruana, no pretendiendo comprobar lo que ya se ha demostrado sino por el contrario para registrar las diferencias y semejanzas anatómicas.

En estudios de Ylayperuma, denominado “Análisis Morfométrico del Foramen Mental en Mandíbulas de Adultos de Sri Lanka”. El foramen mental se encontró 24,87 ± 6,07 mm (lado derecho) y 24,77 ± 6,07mm (lado izquierdo) a la sínfisis mentoniana (6).

En los resultados de nuestro estudio en mandíbulas desdentadas de adultos tienen un promedio de 26,1 mm.

Oliveira, en su investigación “Estudio Morfológico y Morfométrico del Foramen Mental en el Punto M-CP-18 Jiachenjiang”. Su distancia media, en el lado derecho, hasta el borde inferior de la mandíbula (BIM) fue de 12,96 (± 1,57) mm y en el lado izquierdo hasta el borde inferior (BIM) encontró una distancia de 12,96 (± 1,32) mm (7).

En nuestro estudio el promedio de la distancia del orificio mentoniano hasta el borde inferior en mandíbulas adultas es de 13 mm para el lado derecho y de 13,5 mm para el lado izquierdo; tomando la misma distancia pero esta vez en mandíbulas considerados ancianos del sexo masculino es de 14,1 mm para el lado derecho y de 14,3 mm para el lado izquierdo, en las mandíbulas considerados ancianos del sexo femenino fue de 11,5 mm y 11,7 para el lado derecho e izquierdo.

Ruge, en su estudio “Consideraciones Anatómicas del Conducto Alveolar Inferior”; la distancia del agujero mentoniano al borde basal fue 14,2 ± 1,59 mm. (8)

Otro estudio realizado por Alves, en su estudio “Localización del Foramen Mentoniano en Mandíbulas Maceradas con Diferentes Grados de Edentulismo”. De acuerdo con el análisis realizado en las mandíbulas desdentadas, se constata que la distancia del foramen mentoniano al reborde alveolar para el lado izquierdo se obtiene una media de 7,01mm y para el lado derecho una media de 7,23mm; la distancia del foramen mentoniano al pogonion para el lado izquierdo, se tiene una media de 24,24mm y para el lado izquierdo se tiene una media de 24,21 mm; las mediciones del foramen mentoniano a la base de la mandíbula para el lado izquierdo es de 12,36mm. y para el lado derecho, alcanzó una media de 12,34mm (9).

Los resultados de nuestro estudio varían con este estudio, en relación a la distancia del orificio mentoniano al borde alveolar que se tuvo un promedio de 6,8 mm para el lado derecho y de 7,8 mm para el lado izquierdo en las mandíbulas adultas así como de un promedio total de 5,3 mm para mandíbulas consideradas ancianas.

Los datos obtenidos en esta investigación reflejan que de acuerdo a los grados de resorción ósea hay una mayor proximidad del agujero mentoniano hasta el borde alveolar del lado izquierdo en los rebordes deprimidos o atroficos; siguiéndole los rebordes

bajos y redondeados del lado derecho ambos localizados en los hemimaxilares considerados ancianos del sexo masculino. Se continúan con los rebordes afilados del lado derecho y finalmente los rebordes altos y bien redondeados del lado izquierdo ambos

localizados en los hemimaxilares considerados ancianos del sexo femenino. El agujero mentoniano tiende a aproximarse hacia el borde alveolar e inclusive llegar hacia él; mientras mayor sea la resorción ósea de la cresta alveolar edéntula.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urban & Fischer. Prótesis Completas. 4ta Edición. Editorial Elsevier Masson. Madrid 2007
2. Figun M. Garino R.. Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada. 5va Edición. Editorial ElAteneo. Buenos Aires. 2008
3. Misch C. Prótesis sobre Implantes. 2da Edición. Editorial Elsevier Mosby. Madrid 2007.
4. Ozawa J. Prostodoncia Total. Universidad Nacional Autónoma de México. México 1995
5. Block M. S. Atlas en Color de Cirugía Implantológica Dental. 1ra Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2002
6. Ilayperuma, I.; Nanayakkara, G. & Palahepitiya, N. Morphometric analysis of the mental foramen in adult Sri Lankan mandibles. Int. J. Morphol. 2009
7. Oliveira Junior, E. M.; Araújo, A. L. D.; Da Silva, C. M. F.; Sousa-Rodrigues, C. F.; Lima, F. J. C. Morphological and morphometric study of the mental foramen on the M-CP-18 jiachenjiang point. Int. J. Morphol., 27(1):231-238, 2009.
8. Ruge OY, Camargo OA, Ortiz YP. Consideraciones anatómicas del conducto alveolar inferior. Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia 2009
9. Alves N. Estudio Alves, N. Estudio de la localización del foramen mentoniano en mandíbulas maceradas con diferentes grados de edentulismo. Int. J. Odontostomatología 2009
10. Mendoza J. C. Prevalencia de la localización del agujero mentoniano con relación al eje longitudinal de la primera premolar inferior, en tomografías axiales computarizadas - 2012. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista.
11. Latarjet M. Tratado de Anatomía Humana. Tomo I. 9na Edición. Editorial Salvat Editores. Barcelona 1985.

CORRESPONDENCIA:

Yury Miguel Tenorio Cahuana
ymtc@hotmail.com

Recibido: 15/08//2013

Aceptado: 14/09/2013

FACTORES ASOCIADOS AL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA ACADÉMICO-PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

ASSOCIATE FACTORS TO THE PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF THE STUDENTS OF THE SCHOOLACADEMICIAN PROFESIONAL OF ODONTOLOGY OF THE NATIONAL UNIVERSITY JORGE BASADRE GROHMANN

Gladys Claudia Arias Lazarte (1), Fernando Navarrete Seminario (2), Milton Saúl Flor Rodríguez (3)

(1) C.D. Doctora en Salud Pública. Profesora Auxiliar Facultad de Ciencias de la Salud. UNJBG

(2) C.D. Profesor Auxiliar Escuela de Estomatología UAP

(3) C.D. Profesor Auxiliar Facultad de Ciencias de la Salud. UNJBG

RESUMEN

La importancia del bienestar psicológico radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y social, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida. **El objetivo** de la presente investigación se enfoca a conocer los niveles de bienestar psicológico en los estudiantes universitarios y busca también determinar aquellos factores de riesgo o de protección (familiar, social, personal y académico) asociados al bienestar psicológico de la población juvenil universitaria. **Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo y trasversal, se aplicaron diversos instrumentos de recojo de datos, incluyendo una escala de medición del bienestar psicológico a una muestra de 117 estudiantes de la escuela de Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. **Resultados:** el 61,52% tuvo un nivel regular de bienestar psicológico, que junto al grupo de nivel bajo y muy bajo suman un 64,98 que no tienen un bienestar psicológico óptimo. Sin embargo, un grupo representativo de 32,51% presento un nivel alto y 2,51 con un nivel muy alto. **Conclusión:** Al análisis bivariado se encontró asociación entre el ser soltero, no tener hijos y ser individuos resilientes, buena dinámica o funcionamiento familiar y la ausencia de violencia intrafamiliar. Y al análisis multivariado encontramos que la resiliencia, la ausencia de violencia intrafamiliar y la matrícula regular están asociados al bienestar psicológico en los estudiantes.

Palabras clave: Bienestar psicológico, resiliencia, autoestima, dinámica familiar, violencia familiar.

ABSTRACT

The importance of psychological well-being of our university population is a key factor of the development of a good emotional adjustment, cognitive and social, affecting in an important way every areas of the life. **The purpose** in the present research is focused on knowing the levels of the psychological well-being of our students and also finds the risky and protection (social, personal, familiar) factors associated to the psychological well-being of the university population. **Materials and methods:** the observacional study, prospective and transversal, we applied different data instruments including a scale of psychological measurement to a group of 117 students of our school of odontology at the Universidad Nacional Jorge BasadreGrohmann in Tacna, Peru. **Results:** The 61,52% had a regular psychological well-being that next to the low and lowest group add up 64,98 that do not have an ideal psychological well-being. However, a representative group of 32, 51 % had a higher level and 2,51 with a level that is not so high. **Conclusions:** the bivariate analisis found the association among being single, no having children and being resilient, good dynamics or a great familiar environment and absence of domestic violence. The multivariate analysis found that the resiliencia, a non-violent family environment and regular registration fees are connected to the psicological wells ness of the university students.

Keywords: Psychological well-being, resilience, self esteem, academic variables, family dynamics, family violence, social variables.

INTRODUCCIÓN

El estudio del bienestar humano es sin duda, un tema complejo y sobre el cual los científicos sociales no logran un consenso. La falta de acuerdo en su delimitación conceptual se debe, entre otras razones, a la complejidad de su estudio, determinada por su carácter temporal, su naturaleza multidimensional, donde intervienen factores objetivos y subjetivos. La importancia del bienestar radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y social, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida. La carencia de bienestar psicológico puede afectar negativamente la capacidad del individuo para adaptarse a las presiones sociales y a los cambios constantes que vive nuestra sociedad. Se conoce que el bienestar psicológico puede constituir un factor de protección para hacer frente de modo exitoso a diversas presiones. Es por ello importante estudiar su desarrollo y analizar aquellas variables que estarían asociadas. Los estudios sobre esta variable permitirían reforzar desde un contexto educativo y familiar aquellos factores que influirían en el desarrollo del bienestar psicológico.

MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, prospectivo, de corte trasversal, durante el periodo académico 2009. La muestra de estudio estuvo constituida por 117 estudiantes de todos los

semestres académicos que cursan estudios en la Escuela Académico Profesional de Odontología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, en el año académico 2009. El muestreo fue No probabilística

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- Test APGAR familiar. (Gabriel Smilkstein)
- Cuestionario para el diagnóstico de la Violencia Intrafamiliar. (MINDES)
- Test de Bienestar Psicológico. (Ryff)
- Inventario de Autoestima Forma AD para adultos de James Battle
- Test de Resiliencia. (María Elena Castro, Jorge Llanes y Adriana Carreño. INEPAR)

El procesamiento de los datos recogidos se realizó mediante el software estadístico SPSS 17,0. El análisis bivariado de los factores personales, familiares, académicos y sociales se realizó mediante el estadístico Chi cuadrado y Rho de Spearman. Se consideró un nivel de confianza de 95% considerando un valor $p < 0,05$. El análisis multivariado se realizó utilizando el modelo de regresión logística múltiple.

RESULTADOS

TABLA 1.
Distribución de los participantes según bienestar psicológico

NIVELES	Nº	%
Muy bajo	1	0,92
Bajo	3	2,54
Regular	72	61,52
Alto	38	32,51
Muy alto	3	2,51
TOTAL	117	100

TABLA 2.
Características personales de los participantes como factores asociados al bienestar psicológico.

Características	Bienestar psicológico					PRUEBA (P)
	MUY BAJO Nº (%)	BAJO Nº (%)	REGULAR Nº (%)	ALTO Nº (%)	MUY ALTO Nº (%)	
Sexo:						
Femenino	1 (1,71)	1 (1,71)	34 (57,62)	20 (33,91)	3 (5,12)	$\chi^2= 4,65$
Masculino	0 (0,00)	2 (3,42)	38 (65,52)	18 (31,03)	0 (0,00)	P>0,05
Estado civil:						
Casado	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (57,11)	3 (42,91)	0 (0,00)	$\chi^2= 24,98$
Conviviente	1 (16,61)	0 (0,00)	2 (33,31)	2 (33,32)	1 (16,62)	P<0,05
Soltero	0 (0,00)	3 (2,91)	66 (63,52)	33 (31,73)	2 (1,92)	
Tiene hijos:						
No	0 (0,00)	3 (2,81)	66 (62,82)	34 (32,32)	2 (1,91)	$\chi^2= 11,12$
Sí	1 (8,31)	0 (0,00)	6 (50,00)	4 (33,31)	1 (8,32)	P<0,05

TABLA 3.
La autoestima y resiliencia asociadas al bienestar psicológico

Características	Bienestar psicológico					PRUEBA (P)
	MUY BAJO Nº (%)	BAJO Nº (%)	REGULAR Nº (%)	ALTO Nº (%)	MUY ALTO Nº (%)	
Autoestima:						
Muy Baja	0 (0,00)	1 (16,66)	4 (66,66)	1 (16,66)	0 (0,00)	Rho = 0,10 P > 0,05
Baja	0 (0,00)	0 (0,00)	19 (61,29)	11 (35,48)	1 (3,22)	
Intermedia	0 (0,00)	2 (4,87)	24 (58,53)	14 (34,14)	1 (2,43)	
Alta	0 (0,00)	0 (0,00)	15 (62,50)	9 (37,52)	0 (0,00)	
Muy Alta	1 (6,66)	0 (0,00)	10 (66,66)	3 (20,00)	1 (6,66)	
Resiliencia:						
Nivel Muy Bajo	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	Rho = 0,42 P<0,05
Nivel Bajo	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Nivel Medio	0 (0,00)	1 (3,03)	30 (90,90)	2 (6,06)	0 (0,00)	
Nivel Alto	0 (0,00)	1 (1,61)	32 (51,61)	28 (45,16)	1 (1,61)	
Nivel Muy Alto	1 (5,88)	1 (5,88)	5 (29,41)	8 (47,05)	2 (11,76)	

TABLA 4.
Algunos aspectos académicos asociados al bienestar psicológico

Características	Bienestar psicológico					PRUEBA (P)
	MUY BAJO Nº (%)	BAJO Nº (%)	REGULAR Nº (%)	ALTO Nº (%)	MUY ALTO Nº (%)	
Matrícula regular:						
No	0 (0,00)	0 (0,00)	15 (75,00)	5 (25,02)	0 (0,00)	$\chi^2= 2,57$
Sí	1 (1,03)	3 (3,11)	57 (58,72)	33 (49,21)	3 (3,11)	P>0,05
Repetido:						
No	1 (1,61)	1 (1,61)	33 (53,22)	25 (40,32)	2 (3,21)	$\chi^2= 5,56$
Sí	0 (0,00)	2 (3,61)	39 (70,92)	13 (23,61)	1 (1,81)	P>0,05

TABLA 5.
La dinámica familiar, tipo de familia, nº de integrantes y estado civil de los padres asociados al bienestar psicológico

Características	Bienestar psicológico					PRUEBA (P)
	MUY BAJO Nº (%)	BAJO Nº (%)	REGULAR Nº (%)	ALTO Nº (%)	MUY ALTO Nº (%)	
Dinámica familiar:						
Disfunción Familiar Severa	0 (0,00)	1 (5,55)	12 (66,62)	5 (27,71)	0 (0,00)	Rho= 0,17 P>0,05
Disfunción Familiar moderada	0 (0,00)	1 (3,71)	19 (70,32)	7 (25,87)	0 (0,00)	
Disfunción Familiar Leve	0 (0,00)	0 (0,00)	29 (65,88)	14 (31,77)	1 (2,27)	
Buena Función Familiar	1 (3,57)	1 (3,57)	12 (42,85)	12 (42,85)	2 (7,14)	
Tipo de familia:						
No Nuclear	1 (2,27)	1 (2,27)	23 (52,32)	17 (38,59)	2 (4,61)	$\chi^2= 4,57$ P>0,05
Nuclear	0 (0,00)	2 (2,71)	49 (67,12)	21 (28,72)	1 (1,41)	
Tamaño familiar:						
1 - 3 integrantes	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (52,62)	8 (42,13)	1 (5,30)	Rho= 0,23 P>0,05
4 - 6 integrantes	1 (1,17)	2 (2,34)	54 (63,51)	26 (30,62)	2 (2,34)	
7 a más integrantes	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (61,53)	5 (38,51)	0 (0,00)	
Estado civil de los padres:						
Conviviente	0 (0,00)	1 (5,00)	11 (55,00)	8 (40,00)	0 (0,00)	$\chi^2= 7,90$ P>0,05
Casado	1 (1,28)	2 (2,56)	49 (62,82)	25 (32,05)	1 (1,28)	
Separado/viudo	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (63,15)	5 (26,31)	2 (10,52)	

TABLA 6:
Nivel de instrucción de los padres asociado al bienestar psicológico

NIVEL INSTRUCCIÓN	Bienestar psicológico				
	MUY BAJO Nº (%)	BAJO Nº (%)	REGULAR Nº (%)	ALTO Nº (%)	MUY ALTO Nº (%)
Persona que sostiene el hogar					
SIN INSTRUCCION	1 (50,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
PRIMARIA	0 (0,00)	1 (3,20)	24 (77,40)	6 (19,40)	0 (0,00)
SECUNDARIA	0 (0,00)	1 (2,40)	32 (76,20)	8 (19,00)	1 (2,40)
TÉCNICA	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (45,50)	11 (50,00)	1 (4,50)
SUPERIOR	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (30,00)	13 (65,00)	1 (5,00)

Prueba Rho de Spearman: **Rho = 0,431** **P < 0,05**

TABLA 7
Nivel socio económico y violencia intrafamiliar asociado al bienestar psicológico

Características	Bienestar psicológico					PRUEBA (P)
	MUY BAJO Nº (%)	BAJO Nº (%)	REGULAR Nº (%)	ALTO Nº (%)	MUY ALTO Nº (%)	
Nivel Socio-económico:						
Bajo	1 (4,00)	1 (4,00)	13 (52,00)	9 (36,00)	1 (4,00)	Rho= 0,03 P>0,05
Medio bajo	0 (0,00)	2 (3,92)	30 (58,88)	18 (35,29)	1 (1,96)	
Medio alto	0 (0,00)	0 (0,00)	17 (73,91)	5 (21,73)	1 (4,34)	
Alto	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (66,66)	6 (33,33)	0 (0,00)	
Violencia intrafamiliar:						
Relación abusiva (leve)	0 (0,00)	3 (3,52)	48 (56,47)	32 (37,64)	2 (2,35)	Rho= -0,22 P<0,05
Primer nivel de abuso	1 (0,00)	0 (0,00)	21 (75,00)	6 (21,42)	0 (0,00)	
Abuso severo	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (75,00)	0 (0,00)	1 (25,00)	

TABLA 8
Análisis multivariado (regresión logística) de los factores asociados al bienestar psicológico

BIENESTAR PSICOLÓGICO	B	PRUEBA χ^2	VALOR P	ASOCIACIÓN
SEXO	-0,12	0,039	0,843	NO
ESTADO CIVIL	-0,26	0,154	0,694	NO
TENER HIJOS	-1,25	0,994	0,319	NO
AUTOESTIMA	-0,15	0,277	0,599	NO
RESILIENCIA	2,26	13,250	0,000	SI
TIPO DE MATRÍCULA	0,88	1,037	0,309	NO
REPITENCIA	-2,93	12,443	0,000	SI
DINÁMICA FAMILIAR	-0,52	1,778	0,182	NO
TIPO DE FAMILIA	-0,83	1,485	0,223	NO
Nº INTEGRANTES FAMILIA	-0,14	0,054	0,815	NO
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	1,76	17,875	0,000	SI
ESTADO CIVIL PADRES	-0,19	0,114	0,736	NO
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO	-0,21	0,478	0,489	NO
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	-0,12	0,038	0,845	NO

Por último, en la Tabla 8, se expresa el análisis estadístico multivariado, por el modelo de regresión logística, se evidenció que: La Resiliencia, repitencia de año académico y nivel de

instrucción de la persona que sustenta el ingreso económico de la familia, se encontraron asociados significativamente al bienestar psicológico de los estudiantes participantes en el estudio. (Wald < 0,05). Mientras que: El sexo, estado civil, tener hijos, autoestima, tipo de matrícula, dinámica familiar, tipo de familia, N° de integrantes en la familia, estado civil de los padres, nivel socio-económico, violencia intrafamiliar, no se encontraron asociados al bienestar psicológico (Wald > 0,05).

DISCUSION

La carencia de bienestar psicológico puede afectar negativamente la capacidad del individuo para adaptarse a las presiones sociales y a los cambios constantes que vive nuestra sociedad. Se conoce que el bienestar psicológico puede constituir un factor de protección para hacer frente de modo exitoso a diversas presiones.

En este estudio encontramos que el 64,98%, no tienen un bienestar psicológico óptimo. El hecho que la mayoría de la muestra encuestada presenta niveles regulares de bienestar psicológico indicaría la existencia de dificultades en los jóvenes. No es necesario señalar que la necesidad de ser aceptados al interior de un grupo social y pertenecer a un grupo para interactuar y socializar, constituyen necesidades sociales vitales para todos los seres humanos en general, pero muy particularmente para los jóvenes. Salotti (9).

El sexo no evidenció asociación significativa al bienestar psicológico. Este resultado concuerda con Campbell (2), que en su estudio tampoco encontró diferencias significativas en la variable sexo respecto del bienestar psicológico. Sin embargo, Rodríguez (3) en su estudio realizado en Burgos, (España-2009), con una muestra de 1 959 adolescentes varones y mujeres encontró que los varones tenían mayores niveles de bienestar psicológico.

En cuanto a la autoestima: En contraste con nuestro resultado; Rodríguez (4), en un estudio realizado a 1959 estudiantes universitarios, halló que el auto concepto y la autoestima se asociaba significativamente al bienestar psicológico

Respecto a la Resiliencia nuestro resultado coincide con el de Velásquez (3) en un estudio sobre autoestima, asertividad rendimiento académico y bienestar psicológico en estudiantes de la UNMSM (Lima-Perú), donde demostró una asociación

significativa entre la variable resiliencia y el bienestar psicológico.

Velásquez(3) y Chávez Rodríguez (7), señalan que el bienestar psicológico y el rendimiento académico se relacionan significativamente, lo cual indicaría que el estudiante universitario con óptimas condiciones y que tienen adecuado rendimiento académico, experimenta mayores niveles de satisfacción y bienestar psicológico, algo que no se aprecia fehacientemente en nuestro estudio.

En cuanto a las variables: dinámica familiar, tipo de familia, tamaño familiar, estado civil de los padres, en nuestro estudio no se relaciona significativamente, este hallazgo es discordante con lo presentado por Grossman (11); Spruijt (12) quienes encontraron que los jóvenes pertenecientes a familias disfuncionales presentaban menores niveles de bienestar psicológico que aquellos que pertenecían a familias intactas, integradas y funcionales, en nuestro caso esto puede deberse a que en esta etapa universitaria los jóvenes comienzan su independencia de los padres.

Asimismo, no se evidenció asociación significativa entre el nivel socioeconómico y el bienestar psicológico. Un estudio similar por Palomar, Joaquina (10) sobre "Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo", coincide con el nuestro, el cual, señala que la pobreza o el bajo nivel socioeconómico no explicarían directamente un bajo nivel de bienestar psicológico.

Concluimos que el bienestar psicológico es variable importante, que puede predecir un buen desempeño académico y laboral. Si se desea mejorar el rendimiento académico y por consiguiente, mejorar el desempeño profesional futuro del estudiante de Odontología, resulta necesario incrementar el bienestar psicológico. Las evidencias mostradas en este estudio, otorgan información de base, que contribuye al conocimiento técnico científico en el tema de salud mental del estudiante de Odontología de la UNJBG.

Se recomienda diseñar estrategias de intervención a nivel curricular y extracurricular para fomentar mayores niveles de bienestar psicológico en la población universitaria. Actualmente, no existen programas a nivel universitario que incidan en mejorar el bienestar y satisfacción psicológica. Se sugiere efectuar futuras investigaciones sobre esta variable pues estos rasgos psicológicos son fundamentales en el desempeño del profesional en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Oramas -Viera, S., Santana -Lopez, S. y Vergara-Barrenechea, A. (2007). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. Revista cubana de salud y trabajo, 7 (1-2), 34-39.
- Campbell et al. 1976. Hypothesized that Quality of life <http://homepages.ulb.ac.be/~p-hcorten/Recherches/QualityOfLife/AspExp3Engl.DO>
- Velásquez, Carlos et al. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios sanmarquinos. Revista IIPSI. Facultad de Psicología. UNMSM. Vol. 11 - N° 2 – 2008. pp. 139 – 152.
- Rodríguez Fernández, A. (2006). El autoconcepto físico y el bienestar/malestar psicológico en la adolescencia. <http://www.ehu.es/ojs/index.php/psicodidactica/article/view/377>
- Dario Diaz, Raquel, et al (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. Psicothema 2006. Vol. 18, N° 3, pp. 572-577. Disponible en: www.psycothema.com
- Fierro, A. (2006). Bienestar personal, adaptación social y factores de personalidad: Estudios con las Escalas Eudemon. Clínica y Salud, 17(3), 297-318.
- Chavez Rodríguez, Alfonso (2006). Bienestar psicológico y su influencia en el rendimiento académico en estudiantes de nivel medio superior. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad de Colima (Cali – Colombia).
- Chico Libran, Eliseo (2006). Estabilidad emocional como dimensión del bienestar. ISSN 1886-1385 © Infocop online 2007. Extraído el 05 de septiembre del 2009, de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=800
- Salotti, P. (2006). Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires. Tesis para optar el Grado de Lic. en Psicología, Universidad de Belgrano, Buenos Aires.
- Palomar, Joaquina (2004). Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo. Universidad Iberoamericana. Consultado el 26 de septiembre del 2009, disponible en: <http://www.uia.mx/campus/publicaciones/IIDSES/pdf/investigacion/idses3.pdf>
- Grossman y Rowat, 1995. Relations among Parental Divorce, Identity status, and Coping Strategies of College Age Indeed, there is. http://www.sethschwartz.info/pdfs/Divorce,_Identity,_and_Coping_Article.pdf
- Spruijt, A.P.; Goede, M.P.M. Transitions in Family Structure and Adolescent Well- Being volume:32, issue: 28 (1997), pp. 897 – 911

CORRESPONDENCIA:

Claudiaa-lazarte@hotmail.com

Recibido: 15/08//2013

Aceptado: 14/09/2013

PERCEPCIÓN DEL PLACER SEXUAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DEL QUINTO AÑO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN DE TACNA, 2010

PERCEPTION OF SEXUAL PLEASURE ON STUDENTS IN THE FIFTH YEAR OF JORGE BASADRE GROHMANN UNIVERSITY OF TACNA, 2010

Gema Natividad Sologuren García

Obstetra. Doctora en Ciencias de la Educación-Prof. Principal a Dedicación Exclusiva UNJBG

RESUMEN

Objetivo: Explorar la percepción del placer sexual en los estudiantes del 5to año, de la UNJBG. La muestra estuvo constituida por 144 hombres y 131 mujeres. La edad más frecuente en los hombres fue 21 y 23 años; y en las mujeres fue 23 años. **Resultados:** A partir de una interpretación de información cuantitativa y cualitativa; en primer lugar, los estudiantes en la vivencia de su sexualidad y la búsqueda del Placer Sexual, recurren a todo tipo de recursos a su alcance: empleo de juguetes sexuales (9,6% de hombres y 26,2% de mujeres); consumo de drogas ilegales (11,3% de los hombres y 7,1% de las mujeres); consumo de alcohol (30,4% de los hombres y del 22,6% de las mujeres); tener relaciones sexuales con una pareja conocida por internet (21,7% de hombres y 13,1% de mujeres); practicar sexo en grupo (10,4% de los hombres y 3,6% de las mujeres); tener relaciones sexuales virtuales (20% de hombres y 15,5% de mujeres); tener relaciones sexuales con una persona desconocida (37,4% de hombres y 9,5% de mujeres); tener relaciones sexuales sadomasoquistas (15,8% de los hombres y el 7,1% de las mujeres); hacer sexo anal (el 27,8% de los varones y el 17,9% de las mujeres); hacer sexo oral (el 53% de los hombres y 35,7% de las mujeres); o recurrir a la masturbación (14,8% de hombres y 31% de mujeres); así como el no uso del preservativo (sólo el 74,8% de los hombres y del 70,2% de las mujeres de los estudiantes iniciados sexualmente, refiere, que sí lo utiliza). En segundo lugar se encuentra que las percepciones sobre el Placer Sexual son similares entre hombres y mujeres. En ambos sexos, el Placer Sexual es asociado con el compartir afectos, liberación de tensiones, afirmación de la virilidad masculina y a algunas concepciones sexistas y machistas, satisfacción del cuerpo; con la valoración del Placer Sexual por las funciones que esta cumple en la vida del individuo y de la pareja. Este resultado se respalda con el hecho que, el 72,6% de las mujeres y el 58,3% de los hombres dicen haber tenido más Placer Sexual con sus enamoradas(os); y que el 36,7% de los estudiantes iniciados sexualmente, relacionan el Placer Sexual con el amor (37,4% de hombres y 35,7% de mujeres).

Palabra clave: Placer sexual, percepción

ABSTRACT

Objective: Explore the perception of sexual pleasure in 5th grade students of the UNJBG. The sample consisted of 144 men and 131 women. The most common age for men was 21 and 23 years and for women was 23 years. **Results:** From an interpretation of quantitative and qualitative data indicate that; firstly, students in the experience of their sexuality and the pursuit of sexual pleasure, turn to all sorts of resources at your fingertips: use of sex toys (9.6% of men and 26.2% women), illicit drug use (11.3% of men and 7.1% of women), alcohol abuse (30.4% of men and 22.6% of women), having sex with a partner known online (21.7% men and 13.1% women), in group sex (10.4% of men and 3.6% of women), virtual sex (20% men and 15.5% women) having sex with a stranger (37.4% of men and 9.5% women), sadomasochistic sex (15.8% of men and 7.1% of women); anal sex (27.8% of males and 17.9% of women); oral sex (53% of men and 35.7% of women), or resorting to masturbation (14.8% of men and 31% women), as well as the non-use condom (only 74.8% of men and 70.2% of women of sexually initiated students, relates, that if they use it). Second is that perceptions of Sexual Pleasure are similar between men and women. In both sexes, Sexual Pleasure is associated with sharing emotions, stress relief, affirmation of male virility and some sexist and chauvinistic conceptions, body satisfaction, with the valuation of Sexual Pleasure by the functions that it satisfies in the individual and couple life. This result is supported by the fact that 72.6% of women and 58.3% of men report having had more Sexual Pleasure with their couples, and 36.7% of students sexually initiated, relate Sexual Pleasure with love (37.4% men and 35.7% women).

Keyword: Sexual pleasure, perception

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el conocimiento sobre los diversos aspectos de la sexualidad humana ha experimentado, un gran avance, debido a los aportes de la ciencia, cambios sociales, culturales y el desarrollo de las nuevas tecnologías de la comunicación. En sociedades occidentalizadas como la nuestra se han modificado conceptos, ideas, costumbres y comportamientos en la vivencia de la sexualidad humana de los adultos jóvenes. En este contexto el concepto de sexualidad hoy es entendido más allá de lo solamente biológico, y se considera indisociable de nuestro ser integral. Sin embargo, muchos hombres y mujeres no han desmitificado totalmente algunos puntos claves del ejercicio de su sexualidad. Uno de estos puntos es el PLACER SEXUAL.

En esta investigación se responde a la pregunta:

¿Cuál es la percepción del placer sexual en los y las estudiantes del quinto año de la UNJBG?

La edad promedio de inicio sexual en Lima es de 17.23 y se da con la pareja sentimental, el número promedio de parejas sexuales 1.88, ± 1.01 en mujeres y 4.35 ± 3.57 en hombres, y que acudir a los servicios de prostitución y tener relaciones coitales con parejas ocasionales conocidas o desconocidas son conductas mayoritariamente practicadas por hombres. (5). Otros estudios

indican que la edad promedio 14,5 en el Perú (7). En muchos casos, la primera relación suele darse con la pareja sentimental, con amigos/os y hasta con parejas casuales (3). Esta primera relación sexual es frecuentemente dolorosa en las mujeres, siendo claramente más placentera en los varones.

Los placeres de los varones son contextuales a los tipos de vínculos que establecen y es así; que en una relación formal como en una relación ocasional, los varones actualizan sus "esencias" de placer sexual, sin embargo, el placer no siempre es el mismo, las "esencias" pueden variar dependiendo del tipo de pareja, con lo que un mismo varón puede tener un placer sexual "pleno", afectivo e integral con una pareja formal y un placer transgresor con una "transa". (14) Es decir que tanto la intimidad como la transgresión pueden ser fuente de placer de acuerdo al tipo de vínculo establecido.

El miedo a las ITS y el embarazo encabezan la lista de las razones por las que hombres y mujeres no tienen relaciones sexuales, mientras que el amor, el placer, el gusto, la satisfacción y la necesidad constituyen las razones para relacionarse sexualmente. (11)

Asimismo, estudios han demostrado que la mujer obtiene placer sexual cuando lo busca y pone en juego sus conocimientos sobre el mismo. (4)

Este trabajo cobra valor porque en los actuales tiempos la sociedad acepta la existencia de derechos sexuales y reproductivos como parte de la salud integral de las personas, lo que incluye tácitamente la aceptación del derecho al Placer Sexual, sin distinción de raza, sexo, orientación sexual, ni condición social.

El objetivo general estuvo orientado a explorar la percepción del placer sexual en los y las estudiantes del Quinto año, de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio de tipo descriptivo. La población está constituida por 517 estudiantes mujeres y 566 estudiantes hombres, mientras que la muestra estuvo constituida por 131 mujeres y 144 hombres. Es decir, la muestra fue el 38,69% de la población total. Los integrantes de la muestra fueron tomados al azar. Todos los estudiantes de la población y la muestra se encontraban cursando el 5to año de estudios en febrero del 2010. Se optó por un **criterio de exclusión**: no se incluyó como parte de la muestra a los estudiantes que tienen actividad laboral remunerada.

Resultados:

El 93.1% de las mujeres y 95.8 de hombres son heterosexuales. El 2.8 % de hombres y el 3.8% de mujeres son bisexuales. Además, el 1,5% de mujeres se declaran homosexuales. El 79,9% de los hombres y el 64,1% de las mujeres han tenido relaciones sexuales. El 56,5% los estudiantes hombres y el 77,4% de las mujeres se iniciaron sexualmente con sus enamorados(as). La edad promedio de iniciación sexual en hombres es de 17 años, y en las mujeres, 19 años. La edad mínima de iniciación sexual de los hombres es de 11 años y la edad mínima de iniciación sexual en las mujeres es de 12 años. Para lograr Placer Sexual, recurren a diferentes prácticas sexuales: empleo de juguetes sexuales (los hombres menos que las mujeres. 9,6% y 26,2%, respectivamente); consumo de drogas ilegales (11,3% de los hombres y 7,1% de las mujeres); consumo de alcohol (30,4% de los hombres y del 22,6% de las mujeres); tener relaciones sexuales con una pareja conocida por internet (en los varones el porcentaje es mayor que en las mujeres. 21,7% y 13,1%, respectivamente); practicar sexo en grupo. (10,4% de los hombres y 3,6% de las mujeres); tener relaciones sexuales virtuales (20% de hombres y 15,5%, de mujeres ha practicado sexo virtual); tener relaciones sexuales con una persona desconocida (37,4% de hombres y 9,5% de mujeres); tener relaciones sexuales sadomasoquistas (15,8% de los hombres y el 7,1% de las mujeres); hacer sexo anal (el 27,8% de los varones y el 17,9% de las mujeres ha practicado sexo anal); hacer sexo oral (el 53% de los hombres y 35,7% de las mujeres, ha tenido sexo oral); o recurrir a la masturbación (14,8% de hombres y 31% de mujeres, se masturban para tener Placer Sexual).

TABLA 1
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna
Estudiantes encuestados del quinto año por Sexo según qué
le da más placer sexual al hombre, 2010

QUE LE DA MÁS PLACER SEXUAL AL HOMBRE		SEXO		Total
		Masculino	Femenino	
Sexo oral	Nº	17	12	29
	%	14.8%	14.3%	14.6%
Sexo penetrativo vaginal	Nº	60	45	105
	%	52.2%	53.6%	52.8%
Sexo penetrativo anal	Nº	11	4	15
	%	9.6%	4.8%	7.5%
Caricias eróticas	Nº	20	14	34
	%	17.4%	16.7%	17.1%
Otro	Nº	4	1	5
	%	3.5%	1.2%	2.5%
No consigna	Nº	3	8	11
	%	2.6%	9.5%	5.5%
Total	Nº	115	84	199
	%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del 5to año, febrero del 2010

En la tabla 1, observamos que el 52,8% de los estudiantes iniciados sexualmente, cree que a los hombres les da mayor placer sexual el sexo penetrativo vaginal (52,2% de hombres y 53,6% de mujeres). El 14,6% de los mismos dice que a los hombres les da más placer sexual el sexo oral (14,8% de los hombres y 14,3% de las mujeres).

TABLA 2
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna
Estudiantes encuestados del quinto año por Sexo según
que le da más placer sexual a la mujer, 2010

QUE LE DA MÁS PLACER SEXUAL A LA MUJER		SEXO		Total
		Masculino	Femenino	
Sexo oral	Nº	10	3	13
	%	8.7%	3.6%	6.5%
Sexo penetrativo vaginal	Nº	32	26	58
	%	27.8%	31.0%	29.1%
Estimulación del clítoris	Nº	20	16	36
	%	17.4%	19.0%	18.1%
Sexo penetrativo anal	Nº	25	10	35
	%	21.7%	11.9%	17.6%
Otro	Nº	11	18	29
	%	9.6%	21.4%	14.6%
No consigna	Nº	17	11	28
	%	14.8%	13.1%	14.1%
Total	Nº	115	84	199
	%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del 5to año, febrero del 2010

En la tabla 2, se evidencia que el 29,1% de los estudiantes iniciados sexualmente, cree que a las mujeres les da mayor placer sexual el sexo penetrativo vaginal (27,8% de hombres y 31% de mujeres). El 18,1% de los mismos dice que a las mujeres les da más placer sexual la estimulación del clítoris (17,4% de los hombres y 19% de las mujeres).

Asimismo, el 29,1% de los/as estudiantes iniciados/as sexualmente, considera que a las mujeres les da mayor placer sexual el sexo penetrativo vaginal (27,8% de hombres y 31% de mujeres). El 18,1% manifiestan, que a las mujeres les da más placer sexual la estimulación del clítoris (17,4% de los hombres y 19% de las mujeres). También, encontramos que el 17,6% refiere, que a las mujeres les da mayor placer sexual el sexo penetrativo anal (21,7% de hombres y 11,9% de mujeres). Finalmente, un porcentaje minoritario de 6,5% manifiesta que a las mujeres les da mayor placer sexual el sexo oral (8,7% de hombres y 3,6% de mujeres).

El Placer Sexual en hombres, se asocia fundamentalmente con el compartir afectos, liberación de tensiones, afirmación de la virilidad masculina y a algunas concepciones sexistas y machistas. En las mujeres estudiantes, el Placer Sexual, se asocia con compartir afectos, sentimientos y pensamientos; la satisfacción del cuerpo; con la valoración de las funciones que el Placer Sexual tiene en la vida del individuo; y el fortalecimiento de la relación de la pareja. El 73,3% de los varones y el 56% de las mujeres refieren que lograron Placer Sexual en su última relación sexual. Son los hombres más que las mujeres los que han tenido más de una pareja sexual a la vez (26,1% y 13,1%, respectivamente). Asimismo, que son muy pocos los hombres que dicen que son sus parejas las que toman la iniciativa para tener un acto sexual (5,2% de los hombres). Sin embargo es alto el porcentaje de los estudiantes en general, en los que ambos sexos toman la iniciativa para realizar sus actos sexuales (58,3%). Los estudiantes universitarios perciben como requisitos para tener mayor Placer Sexual: un pene grueso (24,3% de hombres y 20,2% de mujeres), pene largo (7,8% de hombres y 5,5% de mujeres) vagina angosta (28,7% de hombres y 20,2% de mujeres). Llama la atención que un 14,1% de los/as estudiantes iniciados/as sexualmente no tenga algo que expresar respecto a qué le da mayor placer sexual a las mujeres (14,8% de hombres y 13,1% de mujeres).

DISCUSIÓN

Al momento de dar un significado de "Placer Sexual", encontramos que los hombres expresan cuatro tendencias: **el Placer Sexual como un acto de compartir afectos** trascendiendo la dimensión físico-biológica; **el Placer Sexual como medio de liberación de tensiones**, que en abierta oposición a la conceptualización anterior no tiene necesariamente una relación directa con los sentimientos y más bien un medio para mantener el equilibrio físico y emocional del ser humano; **el placer sexual como una forma de afirmación de la virilidad masculina** en la que no hay una intención de comprender el verdadero significado del Placer Sexual sino que se lo percibe con morbo, restándole valor como un acto humano. Finalmente, una **conceptualización sexista y machista**, que considera al placer sexual como una posibilidad para hacer alarde de su poder sobre el sexo opuesto.

En las mujeres estudiantes se encontró tres tendencias en la conceptualización del placer sexual, una de las cuales coinciden con la de los hombres, cual es considerar el Placer Sexual como un hecho de compartir afectos, sentimientos y pensamientos, que permiten compartir la felicidad del logro del Placer Sexual. Un segundo concepto que excluye los afectos de la relación coital y concluye en considerar que el placer sexual es una fuente de satisfacción del cuerpo. Esta satisfacción implica otros conceptos tales como el bienestar físico emocional de la persona, el clímax y el orgasmo. Un tercer concepto en las mujeres es la definición de Placer Sexual en relación con las funciones que ésta tiene en la vida del individuo (la utilidad del Placer Sexual en la vida del individuo): el logro del Placer Sexual para fortalecer la relación de la pareja, para mantener el equilibrio en el organismo y la búsqueda del goce sexual como fin último de un acto sexual. En estas definiciones de Placer Sexual, podemos evidenciar en los jóvenes, de ambos sexos, una asociación mental entre sentimientos y el logro del Placer Sexual. Así, podemos observar que el 72,6% de las mujeres y el 58,3% de los varones dicen haber tenido más placer sexual con sus enamoradas(os). Es decir, el placer sexual es mayor con una pareja con la que se tiene un vínculo sentimental. Orta, Rosario, explica que la especie humana posee una mente poderosa que dota a todo lo que realiza de un sentido que trasciende lo meramente funcional y utilitario. Que al pensamiento humano no le ha bastado el placer fisiológico asociado a la relación sexual sino que ha necesitado revestir este placer de un mundo supraanimal, de un modo de imaginación, de ilusión y para alimentar esta ilusión ha inventado el amor. (10).

Además, en esta investigación se visualiza que la diferencia en el logro del placer sexual entre hombres y mujeres no es significativa. Así, en su última relación sexual el 75,7% de los varones y el 72,6% de las mujeres, manifiesta que ambos tuvieron Placer Sexual. Podríamos afirmar que la mayoría de estos jóvenes tienen una vida sexual placentera, pero existe un 13,1% de las mujeres y 10,4% de los hombres, que manifiesta que sólo su pareja tuvo placer sexual, lo que podría ser entendido como una relación sexual insatisfactoria pues ellos sienten que no alcanzaron el placer sexual. Si consideramos que el placer sexual es la culminación de acto sexual satisfactorio, llama la atención sólo el 27% de los hombres y el 25% de las mujeres digan que se siente mal cuando no tienen placer sexual, o que el 12,2% de hombres y 14,3% de mujeres digan que se sienten muy bien cuando no tienen una relación sexual satisfactoria, o que sólo el 25,2% de los hombres y el 23,8% de las mujeres diga que su pareja no se siente bien luego de una relación sexual no satisfactoria.

Otro de los hallazgos importantes en esta investigación es el haber encontrado que tanto los hombres como las mujeres atribuyen mayor Placer Sexual al sexo penetrativo vaginal (27,8% de hombres y 31% de mujeres cree que a las mujeres les da mayor Placer Sexual. 52,2% de hombres y 53,6% de mujeres, cree que es lo que más placer sexual les da a los hombres). El 17,4% de los hombres y 19% de las mujeres manifiestan que, a las

mujeres les da más Placer Sexual la estimulación del clítoris. Pero el sexo penetrativo anal no es percibido como fuente de mayor placer sexual para las mujeres ni para los hombres, en la misma medida entre los hombres y las mujeres. El 21,7% de hombres piensa que a las mujeres les da más placer sexual pero sólo el 11,9% de mujeres piensa lo mismo. Respecto a si el sexo penetrativo anal es la mayor fuente de placer sexual para los varones, observamos que es una idea aceptada en menor medida por las mujeres que por los hombres (9,6% de hombres y 4,8% de mujeres). Igualmente pasa con la percepción del sexo oral como mayor fuente de placer sexual para las mujeres. Mientras que el 8,7% de hombres dice que es la mayor fuente de placer sexual para las mujeres, sólo el 3,6% de mujeres está de acuerdo con ellos. Contrariamente, no hay diferencia entre lo que piensan los hombres y mujeres respecto al sexo oral como mayor fuente de placer para los hombres. El 14,8% de los hombres y 14,3% de las mujeres expresa que a los hombres les da más placer sexual el sexo oral. Las caricias eróticas son consideradas por hombres y mujeres como una de fuente de mayor placer sexual que el sexo oral y el sexo anal (17,4% de hombres y 16,7% de mujeres, piensa que a los varones les da más placer sexual). La mayoría de los estudiantes, consideran que no importa cómo es la vagina o el pene para tener mayor Placer Sexual: El 55,7% de hombres y 63,1% de mujeres piensa que no importa cómo es la vagina; el 57,4% de hombres y 61,9% de mujeres piensa que no importa el tamaño del pene. Sin embargo, el 28,7% de hombres y 20,2% de mujeres, cree sí es importante una vagina angosta para tener Placer Sexual, y el 24,3% de hombres y 20,2% de mujeres piensa que es importante un pene grueso, el 7,8% de hombres y 9,5% de mujeres, piensa que es importante el pene largo, para tener más Placer Sexual. Es decir, son más los hombres que las mujeres los que le dan más importancia al tamaño del pene para tener mayor Placer Sexual. Frías, H. para explicar este hecho, recoge los argumentos de Vivianne Hiriart: "el grupo de amigos tiene un rol muy importante. A través de éste, los jóvenes hombres tienden a comparar su desarrollo físico y por ejemplo el tamaño del pene y los testículos se vuelven objeto de competencia y sinónimo de virilidad". (7).

Específicamente, sobre lo que es importante para tener Placer Sexual, los hombres consideran importante la planeación del hecho sexual: elección deliberada del medio ambiente físico, la búsqueda de la satisfacción sexual como consecuencia de una relación de amor (basada en el amor, la atracción física, la comunicación, la libertad, la confianza, el disfrute del sexo), y el juego erótico (definido como masturbarse, retardar la eyaculación del hombre, tocamientos y besos), ser poseedor de una amplia experiencia en las formas de practicar el acto sexual (tipos de sexo, varias poses en un acto sexual, incitación, dominio y control del actuar de la pareja en el acto, intensidad del acto). Por otro lado, las opiniones de las mujeres respecto a lo que es más importante para tener Placer Sexual, en comparación a lo que piensan los hombres, en esencia no muestran una marcada diferencia, sin embargo, podemos encontrar que ellas hacen algunas remarcaiones como el lenguaje del cuerpo en el inicio del acto sexual (ver el deseo de la pareja por el cuerpo de ella, porque este es atractivo), la necesidad de tener una estimulación del clítoris como su fuente de placer (para el 7,4% de los hombres y 19% de las mujeres la estimulación del clítoris es la parte del cuerpo que a la mujer le da mayor placer sexual), y percibir la convicción de querer tener sexo con ella, de parte de su pareja. Esto coincide con la información obtenida por Vásquez Del Aguila, quien señala que la representación de este placer aparece una imagen iconográfica que son partes del cuerpo de la mujer, especialmente senos y glúteos, es decir una fragmentación de los cuerpos que en algunos casos lleva a una cosificación y asociación de estos fragmentos con la imagen social de las mujeres. (14).

Sobre cómo obtienen más Placer Sexual las mujeres, Flores Colombino A, afirma que aproximadamente sólo un 35% de la población femenina llega al orgasmo exclusivamente por

penetración, con la aclaración de que siempre la estimulación directa o indirecta del clítoris participa en esta respuesta. (6). Esta información tiene relación con lo que manifiesta el 19% de las mujeres: la estimulación del clítoris es lo que a la mujer le da mayor Placer Sexual a la mujer, y que sólo el 7,4% de los hombres tenga esta misma opinión. La búsqueda del Placer Sexual parece ser inherente a la vida sexual activa de los estudiantes. Para el 70,9% de los estudiantes iniciados sexualmente, su pareja siempre desea tener placer sexual en un acto sexual (79,4% de hombres y 71,4% de mujeres), sólo para el 12,6% de los estudiantes su pareja no siempre busca tener Placer Sexual en sus

relaciones sexuales (15,7% de hombres y 8,3% de mujeres). Rampolla, Alessandra señala que la penetración vaginal es la práctica que según la definición popular, se asocia a la idea de "tener sexo" y para esta profesional esta es una definición estrecha de lo que realmente compone la actividad sexual en pareja. También afirma que a muchas mujeres las preocupaciones sobre la imagen corporal las cohiben a la hora de poner en práctica ciertas posiciones, porque creen que podrían ser juzgadas negativamente o ser percibidas como insatisfechas en la relación que llevan con su pareja. (12).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez-Gayou, Juergenson, Luis. et al. 2002. Qué hace que sea buena una relación sexual. Instituto Mexicano de Sexología.
2. Cedrés, Santiago. EL ALCOHOLISMO ATENTA CONTRA EL PLACER SEXUAL. Centro Médico Plenus. Montevideo.
3. Chirinos, J.L; Bardales, O y Segura, M.D. (2006). Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú.
4. DOVE y col., 2000. Cognitive Distraction and Women's Sexual Functioning (Journal of Sex & Marital Therapy, 26:67-78, USA.
5. Escalante-Romero, Lorena, Cerrón-Vela, Carmen Rosa, Salazar-Granara, Alberto, Mezones-Holguín, Edward. Cuentas, R; D. De la conducta sexual en adultos Jóvenes limeños. Revista Horizonte médico. Vol. 8, Nº 1.
6. Flores Colombino, Andrés. 1990. La Respuesta Sexual. Material para el Curso de Sexología Clínica del Postgrado de Psiquiatría de la Facultad de Medicina Universidad de la República de Uruguay. Versión ORIGINAL del año 1990, corregida en agosto de 2005
7. Frías, H. 2009. La Pornografía y su Incidencia en las relaciones Coitales, a partir del Imaginario Masculino. Algunas propuestas de investigación.
8. Kaufman, M. 1989 : Hombres: placer, poder y cambio., Santo Domingo, CIDAF.
9. Masters. W y Johnson V. 1988. El vínculo del placer. Grijalbo. Madrid.
10. Orta Rosario. 1998. Climax: Mujeres a la conquista del placer. FAPA Ediciones. RPP Publicaciones. Barcelona.
11. Ramírez, C. et al. 2002. Deseo, Amor, Curiosidad y Placer. Instituto Mexicano de Sexología.
12. Rampolla, Alessandra. 2008. La Diosa erótica. Ira. Edición. Editorial Sudamericana. Buenos Aires.
13. Salazar Granara, Alberto. 2007. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú.
14. Vásquez Del Águila, Ernesto. 2000. Masculinidades y sexualidades en los relatos de vida de varones adultos jóvenes de clase media de Buenos Aires. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Centro de Estudios de Estado y Sociedad (ceces). Maestría en Ciencias Sociales Y Salud. Buenos Aires.

CORRESPONDENCIA:

gemasologuren5@hotmail.com

Recibido: 15/08//2013

Aceptado: 14/09/2013

EXPECTATIVA Y PERCEPCION DEL PROCESO ENSEÑANZA APRENDIZAJE DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA DE LA UNJBG - TACNA 2012

EXPECTATION AND PERCEPTION ON THE EDUCATION-LEARNING PROCESS OF THE STUDENTS AT THE PROFESSIONAL ACADEMIC COLLEGE OF OBSTETRICIANS IN THE JBGNU - TACNA 2012

Leandra Llanca Ramos (1) Gladys Concori Cori (2)

(1)Obstetra Doctora en Salud Pública-Prof.Asociado UNJBG

(2)Obstetra Magister en Tecnología Educativa-Profesor Principal Dedicación Exclusiva UNJBG

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer las expectativas del proceso enseñanza – aprendizaje de los alumnos de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la UNJBG y que a través de su percepción, permitan implementar ambientes de aprendizaje que favorezcan una educación eficiente y eficaz.

MATERIAL Y MÉTODO: Investigación de tipo Longitudinal, prospectiva y observacional, considerando como población los 194 estudiantes matriculados en el año académico 2012, Para la recolección de datos se aplicó el instrumento al inicio del semestre académico a fin de valorar la expectativa y al finalizar el semestre para valorar la percepción y satisfacción del proceso enseñanza aprendizaje, utilizando la escala de SERVQUAL.

RESULTADOS:

Los resultados determinaron que la expectativa del estudiante sobre el proceso enseñanza aprendizaje es fijado antes que estos se relacionen con los centros de estudios superiores, por lo tanto difieren con la percepción después de una experiencia educativa. La expectativa de los estudiantes considera en primer lugar la DIMENSION SEGURIDAD, SEGUIDA DE LA DIMENSION ELEMENTOS TANGIBLES y las DIMENSIONES CONFIABILIDAD Y EMPATÍA respectivamente y la DIMENSION CAPACIDAD DE RESPUESTA se encuentra en cuarto lugar.

Se determinó que la percepción sobre las Dimensiones: Elementos tangibles, confiabilidad y seguridad dieron mayor grado de satisfacción a diferencia de las Dimensiones: Capacidad de respuesta y empatía que generaron niveles de insatisfacción. Los estudiantes se encuentran en un 30.7% satisfechos respecto a la calidad de la educación, mientras que muy satisfechos en un 28,9 %.

CONCLUSIONES:

El servicio educativo de la Escuela Académico Profesional de obstetricia es satisfactorio sin embargo el método de evaluación teórico y práctico, así como la tecnología educativa, el promover la participación activa y la planificación de clases fue valorada como parcialmente satisfactoria.

Palabras clave: Expectativas y Percepción en la educación superior.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Know the expectatives of education process – student's learning from the Academic Professional College of Obstetricians of the JBGNU and through their perception, allow to implement a learning environment, making possible an effective and solid education.

Materials and methods: Longitudinal, prospective and observational research, considering the 194 students on the year 2012 as population on the project, for data collection we used the instrument at the beginning of the academic semester, for evaluate the expectative and at the end of semester for evaluate the perception and satisfaction of the education– learning process using SERVQUAL scale.

Results: The results determined that the student's expectation about the education– learning process was established before that this have a relation with the high studies centers, therefore differ with the perception after an educational experience. The student's expectation consider at first place the SECURITY DIMENSION, TANGIBLES DIMENSIONS, CONFIDENCE AND EMPATHY DIMENSIONS and the RESPONSIVENESS DIMENSION at fourth place.

We set the perceptions about the dimensions. Tangible elements, confidence and security gave a high degree of satisfaction than Responsiveness dimension and Empathy that made dissatisfaction. The students are 30.7% satisfied with the education quality, while they are really satisfied on about 28,9% of the study group.

CONCLUSIONS:

The Educational service at the Academic Professional College of Obstetricians is satisfactory, however practical and theoretic evaluation methods, such as education technology, to promote the active participation and the planification of classes were appreciate as partially satisfactory

Keywords: Expectation and Perception in higher education

INTRODUCCIÓN

Las Universidades hoy en día se encuentran replanteando sus sistemas educativos de enseñanza aprendizaje (1, 2), con la finalidad de ofrecer una educación superior de calidad y que responda a las expectativas del estudiante universitario. La expectativa de los estudiantes cada vez es más exigente y definitivamente existe un gran interés en conocer las expectativas que el alumnado universitario posee tanto al inicio como durante sus estudios, ya que se constituye en uno de los ejes de cambio del sistema educativo universitario en respuesta a la demanda social(4).

Las grandes expectativas del estudiante universitario no sólo se dan en el ámbito académico, sino también en el laboral y personal por lo tanto la influencia de las expectativas de los estudiantes sobre el docente universitario y el proceso de enseñanza-aprendizaje es cada vez más exigente(2).

Dentro de los aspectos más evaluados se encuentra la labor del docente universitario y la mejor fuente de información la constituyen los mismos estudiantes, lo que determina que los

docentes concentren su preocupación por lo que el estudiante percibe de él dejando de prestar atención a las expectativas del propio estudiante (6).

En el caso particular de la Escuela de Obstetricia, se desconoce la percepción de los docentes respecto al proceso de enseñanza-aprendizaje en el nivel superior, lo que sin duda, favorecería una educación superior eficiente, en términos de costo-beneficio y eficaz en cuanto al logro concreto de las intenciones educativas plasmadas en el currículo vigente(3). Por lo que consideramos que es necesario que los docentes conozcamos las expectativas de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la UNJBG de Tacna, para proporcionar una educación eficiente y eficaz a través de la construcción de ambientes favorables para el proceso enseñanza aprendizaje.

MATERIALES Y METODOS

El presente estudio es de tipo observacional, prospectivo y Longitudinal, la

Población objeto de estudio comprendió a todos los estudiantes

de primero a quinto año, constituyendo un total de 194 estudiantes, por razones de inasistencia o que se retiraron al momento de aplicar el instrumento en la primera etapa del estudio se contó con 149 estudiantes y en la segunda etapa con 114.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario, el que se aplicó al inicio y finalización del semestre académico a fin de valorar la expectativa y percepción del proceso enseñanza aprendizaje en la Escuela Académica profesional de Obstetricia, utilizando la escala de SERVQUAL.

El cuestionario de 21 ítems, divididos en las 5 dimensiones: confiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía, y bienes materiales. Cada uno de los, ítems es medido a través de una escala numérica que va desde una calificación 1, para una percepción o expectativa muy baja para el servicio hasta una calificación 5, para una percepción o expectativa muy elevada del mismo servicio

1. En total desacuerdo 2. Desacuerdo 3. Indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de Acuerdo

Para analizar los datos obtenidos se utilizó la estadística no paramétrica Prueba de Chi cuadrado y Rho de Spearman para el análisis bivariado.

RESULTADOS

En los resultados del presente estudio podemos apreciar que las expectativas de los estudiantes sobre el proceso enseñanza aprendizaje es fijado antes que estos se relacionen con los centros de estudios superiores y la percepción se genera a partir de la relación de los estudiantes con el proceso educativo.

El estudiante valora las Dimensiones: Elementos tangibles, Confiabilidad y Seguridad como los más importantes para lograr la calidad y satisfacción del servicio. El servicio educativo fue valorado como satisfactorio(5).

El método de evaluación teórico y práctico fue valorado como parcialmente satisfactorio y la tecnología educativa, el promover la participación activa y la planificación de clases se valoraron como parcialmente insatisfactorios. El método de evaluación teórico práctico fue valorado como parcialmente satisfactorio por el estudiante.

TABLAS.

A.- DE LA EVALUACION DE LA EXPECTATIVA

TABLA Nº 01

POBLACION EN ESTUDIO DE ACUERDO A EXPECTATIVA SOBRE LA DIMENSION 1 LOS ELEMENTOS TANGIBLES: APARIENCIA DE LAS INSTALACIONES FÍSICAS, EQUIPOS, PERSONAL Y MATERIALES DE COMUNICACIÓN

DIMENSION 1	AÑO DE ESTUDIO										p:		
	1		2		3		4		5			Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
ELEMENTOS TANGIBLES MUY INSATISFECHO	8	25,0%	8	17,4%	5	22,7%	3	16,7%	1	3,2%	25	16,8%	
INSATISFECHO	11	34,4%	11	23,9%	2	9,1%	8	44,4%	11	35,5%	43	28,9%	
SATISFECHO	10	31,3%	23	50,0%	9	40,9%	7	38,9%	9	29,0%	58	38,9%	
MUY SATISFECHO	3	9,4%	4	8,7%	6	27,3%	0	0,0%	10	32,3%	23	15,4%	
Total	32	100,0%	46	100,0%	22	100,0%	18	100,0%	31	100,0%	149	100,0%	

FUENTE: Encuesta

TABLA Nº 02

POBLACION EN ESTUDIO DE ACUERDO A EXPECTATIVAS SOBRE DIMENSION 2 DE CONFIABILIDAD: HABILIDAD PARA EJECUTAR EL SERVICIO PROMETIDO DE FORMA FIABLE Y CUIDADOSA

DIMENSION 2	AÑO DE ESTUDIO										p:		
	1		2		3		4		5			Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
CONFIABILIDAD MUY INSATISFECHO	7	21,9%	10	21,7%	2	9,1%	7	38,9%	2	6,5%	28	18,8%	
INSATISFECHO	11	34,4%	15	32,6%	3	13,6%	8	44,4%	6	19,4%	43	28,9%	
SATISFECHO	12	37,5%	17	37,0%	13	59,1%	3	16,7%	21	67,7%	66	44,3%	
MUY SATISFECHO	2	6,3%	4	8,7%	4	18,2%	0	0,0%	2	6,5%	12	8,1%	
Total	32	100,0%	46	100,0%	22	100,0%	18	100,0%	31	100,0%	149	100,0%	

FUENTE: Encuesta

TABLA Nº 03

POBLACION EN ESTUDIO DE ACUERDO A EXPECTATIVA SOBRE DIMENSION 3 CAPACIDAD DE RESPUESTA: DISPOSICIÓN Y VOLUNTAD DEL PERSONAL DE LA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA PARA AYUDAR AL ESTUDIANTE Y PROPORCIONAR SERVICIO.

DIMENSION 3	AÑO DE ESTUDIO										p:		
	1		2		3		4		5			Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
CAPACIDAD DE RESPUESTA MUY INSATISFECHO	10	31,3%	13	28,1%	5	22,7%	3	16,7%	11	34,5%	42	28,1%	
INSATISFECHO	9	28,1%	7	15,2%	7	31,8%	4	20,9%	6	19,1%	33	21,9%	
SATISFECHO	5	15,6%	7	15,2%	8	36,4%	3	15,6%	4	12,6%	27	18,1%	
MUY SATISFECHO	8	25,0%	11	23,9%	2	9,1%	8	44,4%	10	31,3%	39	26,0%	
Total	32	100,0%	46	100,0%	22	100,0%	18	100,0%	31	100,0%	149	100,0%	

FUENTE: Encuesta

TABLA Nº 04

POBLACION EN ESTUDIO DE ACUERDO A EXPECTATIVAS SOBRE DIMENSION 4 SEGURIDAD: CONOCIMIENTOS Y ATENCIÓN MOSTRADOS POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA

DIMENSION 4	AÑO DE ESTUDIO										p:		
	1		2		3		4		5			Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
SEGURIDAD MUY INSATISFECHO	5	15,6%	8	17,4%	4	18,2%	2	11,1%	3	9,7%	22	14,8%	
INSATISFECHO	4	12,5%	11	23,9%	1	4,5%	6	33,3%	9	29,0%	31	20,8%	
SATISFECHO	11	34,4%	14	30,4%	10	45,5%	5	27,8%	11	35,5%	51	34,2%	
MUY SATISFECHO	12	37,5%	13	28,3%	7	31,8%	5	27,8%	8	25,8%	45	30,2%	
Total	32	100,0%	46	100,0%	22	100,0%	18	100,0%	31	100,0%	149	100,0%	

FUENTE: Encuesta

TABLA Nº 05

POBLACION EN ESTUDIO DE ACUERDO A EXPECTATIVA SOBRE LA DIMENSION 5 EMPATIA: ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA QUE OFRECE LA ESCUELA A LOS ESTUDIANTES

DIMENSION 5	AÑO DE ESTUDIO										p:		
	1		2		3		4		5			Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
EMPATIA MUY INSATISFECHO	7	21,9%	14	30,4%	3	13,6%	6	33,3%	5	16,1%	35	23,5%	
INSATISFECHO	7	21,9%	12	26,1%	2	9,1%	5	27,8%	10	32,3%	36	24,2%	
SATISFECHO	13	40,6%	13	28,3%	8	36,4%	7	38,9%	11	35,5%	52	34,9%	
MUY SATISFECHO	5	15,6%	7	15,2%	9	40,9%	0	0,0%	5	16,1%	26	17,4%	
Total	32	100,0%	46	100,0%	22	100,0%	18	100,0%	31	100,0%	149	100,0%	

FUENTE: Encuesta

B.- DE LA VALORACIÓN DE LA PERCEPCION

TABLA N° 6
POBLACION EN ESTUDIO DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN DE LA EDUCACIÓN RECIBIDA, DIDACTICA Y TECNOLOGÍA EDUCATIVA EMPLEADA

		n	%
¿Cuán satisfecho estuvo usted con la educación recibida hasta la fecha?	Completamente satisfecho	15	13.2%
	parcialmente satisfecho	90	78.9%
	Insatisfecho	9	7.9%
	Total	114	100.0%
¿Cuán satisfecho estuvo usted con la didáctica y tecnología educativa empleada por el docente	Completamente satisfecho	20	17.5%
	parcialmente satisfecho	82	71.9%
	Insatisfecho	12	10.5%
	Total	114	100.0%

FUENTE: ENCUESTA

TABLA N° 7
POBLACION EN ESTUDIO DE ACUERDO A LA SATISFACCION DE LA ENSEÑANZA DE LOS CURSOS DE ESPECIALIDAD EN CAMPO CLÍNICO Y LABORATORIO

		n	%
Cuán satisfecho estuvo usted con la enseñanza de los cursos relacionados a la especialidad en campo clínico y/o laboratorio	Completamente satisfecho	21	18.4%
	parcialmente satisfecho	81	71.1%
	Insatisfecho	12	10.5%
	Total	114	100.0%

FUENTE: ENCUESTA

TABLA N° 8
POBLACION EN ESTUDIO Y SU SATISFACCION POR LA EDUCACION TEÓRICA

		n	%
Cuán satisfecho está con la educación teórica	Completamente satisfecho	20	17.5%
	parcialmente satisfecho	87	76.3%
	Insatisfecho	7	6.3%
	Total	114	100.0%

FUENTE: ENCUESTA

DISCUSIÓN

Las expectativas de los estudiantes sobre el proceso enseñanza aprendizaje, es fijado antes que estos se relacionen con los centros de estudios superiores, por lo tanto difieren de la percepción después de una experiencia educativa, por lo tanto la percepción se basa en hechos concretos y reales.

En nuestro estudio se buscó establecer la percepción de los estudiantes de la Escuela Académico profesional de Obstetricia sobre el proceso enseñanza aprendizaje a través de la valoración de las cinco Dimensiones establecidas por SERQUAL: ELEMENTOS TANGIBLES, CONFIABILIDAD, SEGURIDAD, EMPATIA Y CAPACIDAD DE RESPUESTA. La expectativa de los estudiantes considera a los elementos tangibles son importantes en un 56.3% para lograr la satisfacción del servicio, así mismo otorga a la confiabilidad, es decir habilidades para ejecutar el servicio en forma fiable y cuidadosa un 52.4% para lograr la satisfacción. La Dimensión Capacidad de respuesta cuando baja generaría insatisfacción en un 65.1% , por otra parte la dimensión Seguridad, es decir conocimiento y atención mostrados por el personal de la escuela son importantes en un 65.1% para la satisfacción del servicio.

La Dimensión Empatía, consideran en un 52.3% que es necesaria para lograr la satisfacción del servicio educativo. Por lo tanto la expectativa de la población en estudio considera en primer lugar la DIMENSION SEGURIDAD, SEGUIDA DE LA DIMENSION ELEMENTOS TANGIBLES y en tercer lugar se encuentran las DIMENSIONES CONFIABILIDAD Y EMPATÍA respectivamente y la DIMENSION CAPACIDAD DE RESPUESTA se encuentra en cuarto lugar.

En el estudio realizado por Hill (8) encontró estabilidad de las expectativas de los estudiantes a través del tiempo, así mismo el estudio realizado por Darlaston.Jones et. Al. (7) en el que concluyeron que existieron diferencias claras entre las expectativas y sus experiencias reales. Así mismo hemos podido determinar que la percepción sobre las Dimensiones: Elementos tangibles, confiabilidad y seguridad dieron mayor grado de satisfacción a diferencia de las Dimensiones: Capacidad de respuesta y empatía que generaron niveles de insatisfacción.

Los estudiantes se encuentran en un 30.7% satisfechos respecto a la calidad de la educación, mientras que muy satisfechos en un 28,9 %.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pacheco, Amelia. Creando Instituciones Educativas, Lima: Gráfica 1989.
- Del Río, Carlos. Ciencia Y Tecnología e Innovaciones en la Educación. Lima 1999.
- Fernández Muñoz, R.Competencias Profesionales del Docente en la Sociedad del Siglo XXI. Praxis, 1, 4-8. Barcelona: Fórum Europeo de Administradores de Educación. 2003.
- Gimeno Sacristán, J. Profesionalización Docente Y Cambio Educativo. 1992.
- Em A. Alliaud & L. Dushtaky (Orgs).Maestros, Formación, Práctica Y Transformación Escolar. (Pp.113-144) Buenos Aires: Miño Y Dávila Editores.2000
- Giroux, H. A .Los Profesores Como Intelectuales. Barcelona: Paidós 1990.
- Darlaston-Jones, D., Pike, L., Cohen, L., Young, A., Haunold, S., & Drew, N. (2003). Are they being served? Students' expectations of higher education. Issues in Educational Research, 13 (1), 31-52. Last Revision: Australia 25 May, 2006 <http://education.curtin.edu.au/iier/iier13/darlaston-jones.html>
- Hill, Francis.M. Managing service quality in higher education: the role of the students as primary consumer. Quality Assurance in Education, 3(3), 10-21. United Kingdom. 1995

CORRESPONDENCIA:

Leandra Llanca Ramos
leatacna@yahoo.es

Recibido: 15/08//2013
Aceptado: 14/09/2013

**REVISION DE GUIAS DE MANEJO DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDA
A PROPOSITO DE UN CASO**

**REVISION GUIDES OF ACUTE PULMONARY MANAGEMENT THROMBOEMBOLISM
A PURPOSE OF A CASE**

Ronald Victor Soto Acero (1), Regina Rivera Delgado (2), Julio Aguilar Vilca (3)

(1) Médico Cardiólogo Hospital Hipólito Unanue-Tacna, Docente UNJBG.

(2) Medico Jefe del servicio cuidados críticos del Hospital Hipolito Unanue Tacna, Docente UPT

(3) Méd. Resid. Pediatría HHUT; Doctor en Ciencias, Docente UNJBG.

RESUMEN

La Tromboembolia Pulmonar (TEP) es causa frecuente de morbimortalidad, de difícil diagnóstico debido a la inespecificidad del cuadro clínico, atendido por diversas especialidades médicas y quirúrgicas, en donde la arista común para el manejo y enfoque de esta entidad es la Falla Cardíaca Derecha que pueda evolucionar a hipotensión, shock y muerte súbita. Reportamos el caso de una paciente de 35 años post cesárea que presentó paro cardiorespiratorio, recibió RCP básica y avanzada, ingresa a UCI para soporte ventilatorio; en ecocardiograma: disfunción ventricular derecha; péptido natriurético (+), dímero d (+), Dx: TEP alto riesgo, tratamiento anticoagulación.

CASO CLINICO

Anamnesis: Mujer de 35 años de edad que ingresa a UCI un día después de haber sido cesareada, por haber presentado a la deambulación disnea súbita, shock, paro cardiorespiratorio, fibrilación ventricular, recibe RCP básica y avanzada, con TOT y O2 es derivada a UCI con inotrópicos, soporte ventilatorio mecánico. Presenta ingurgitación yugular ++, RC taquicárdicos, útero contraído, loquios escasos. No signos meníngeos ni de focalización. Antecedentes: Gestación a término

I. Dx: 1.- Síndrome Post RCP 2.- d/c TEP

Exámenes auxiliares: Hb: 11,5 gr/dl. Hma: leucocitosis con neutrofilia y desviación izquierda. Plaquetopenia, Tiempos de coagulación y sangría en rangos normales. Fibrinógeno: 340.1mg/d. Troponina I: 0.634ng/ml. Dímero D (latex) positivo mayor de 8.0. Péptido Natriurético tipo B positivo 1167 (VN 15-50pc/ml)

Ecocardiograma: Dilatación Severa de Ventrículo y Aurícula Derecha, relación VD/VI 1.5 (VN menor de 1), movimiento paradójico del SIV, Insuficiencia Tricuspidéa, hipoquinesia de ventrículo derecho, FE disminuida 40%. Ecoduplex venoso, edema marcado en región tibia peronea derecha, venas no compresibles DX:TVP.

Evolución: favorable en VM, infusión de inotrópicos, antibioticoterapia, anticoagulación, HBPM.

Dx final : 1.- TEP 2.- Síndrome Post RCP 3.- Puerperio mediato.

INTRODUCCIÓN

La Tromboembolia Pulmonar (TEP) es el enclavamiento de diverso material, habitualmente coágulos sanguíneos procedentes del sistema venoso, en el árbol arterial pulmonar (95%); con mucha menor frecuencia el material embolizado puede ser aire, grasa ósea, líquido amniótico, acúmulos de bacterias o parásitos, células neoplásicas, o sustancias exógenas como contrastes radiológicos.

Los médicos que afrontan la TEP utilizan idiomas diferentes y estrategias terapéuticas distintas según su ámbito clínico de procedencia. La Sociedad Europea de Cardiología (SEC) (2008) fue la primera en elaborar una guía de práctica clínica detallada sobre la TEP, con la participación de diferentes especialidades con lo que se estableció una plataforma común universalmente aceptable para la comunicación. Se prioriza el grado de riesgo temprano de mortalidad, que a diferencia de las guías americanas tienen un enfoque de carga anatómica, forma y distribución de la embolia pulmonar, por lo tanto las actuales guías sugieren

reemplazar términos confusos como masivo, submasivo, no masivo, con Riesgo estimado para la mortalidad temprana.

FISIOPATOLOGIA

La oclusión aguda de la circulación arterial pulmonar produce aumento del espacio muerto (alteración de relación ventilación/perfusión), hipoxemia, hiperventilación, disminución de la distensibilidad pulmonar, aumento de la resistencia vascular pulmonar. Liberación de Serotonina y Tromboxano A2, que causan vasoconstricción arterial pulmonar y broncoconstricción que provocan sobrecarga ventrículo derecho.

DIAGNOSTICO

El síntoma más frecuente es la disnea súbita e inexplicable y el signo de la taquipnea. La triada clásica de disnea, dolor pleurítico y hemoptisis es poco frecuente y se presenta en menos del 20% de pacientes[2,7]. Hay que buscar factores de riesgo y explicación clínica porque el **TEP es el “gran enmascarador”**

Diagnóstico Diferencial

- Cardiopatía isquémica (síndrome coronario agudo). Patología de grandes vasos (disección de aorta, HTP). Insuficiencia cardíaca. Pericarditis. Infección respiratoria (EPOC reagudizado, exacerbación del asma, neumonía, bronquitis, pleuresía). Neumotórax, musculoesqueléticas (fracturas costales, costocondritis). Ansiedad.

ABORDAJE DIAGNOSTICO:

El enfoque actualmente utilizado se basa en 3 Marcadores para la estratificación de riesgo de muerte:

- 1.- Marcador Clínico, presencia de shock o hipotensión sistémica. La hipotensión se define como una presión arterial sistólica < 90 mmHg o un descenso de ésta ≥ 40 mmHg en comparación con el nivel habitual durante un mínimo de 15 min y sin una causa alternativa aparente.
- 2.- Marcadores de Disfunción Ventricular derecha:
 - Ecocardiograma: Dilatación, hipoquinesia o sobrecarga VD.
 - Dilatación VD en TAC.
 - Elevación de presiones Derechas por CVC.
 - Elevación BNP o NT ProBNT.

3.- Marcadores de Daño miocárdico, 20% de pacientes con troponina positiva fallecen vs 3.7% con troponina negativo.

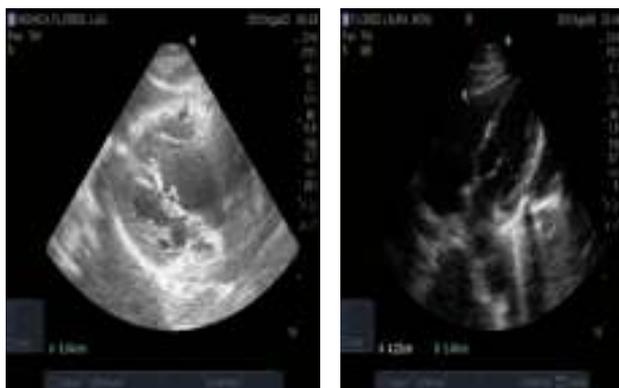
ESTRATEGIAS DIAGNOSTICAS

SOSPECHA DE TEP DE ALTO RIESGO

La TAC Mono o multidetector es la exploración diagnóstica de primera elección recomendada en los pacientes de alto riesgo en que se sospecha una TEP. Sin embargo, la ecocardiografía de urgencia a la cabecera del paciente es una alternativa aceptable si el estado clínico del paciente es crítico. Por consiguiente, la exploración inicial más útil en esta situación es la ecocardiografía, que normalmente mostrará signos indirectos de hipertensión pulmonar y sobrecarga del VD si la TEP aguda es la causa de las consecuencias hemodinámicas [2,7].

Ecocardiograma en TEP para:

- Visualización del trombo en el VD.
- Diámetro del Ventrículo Derecho en diástole mayor de 30mm.
Relación del VD/VI mayor de 1.
- Aleteo sistólico del Septum Interventricular.
- Gradiente Tricuspidio mayor de 30mmHg, sin presencia de HVD.
- TDA menor 60mmHG.
- Signo de Mc Connell (hipercontractibilidad del ápice del VD con Hipoquinesia de pared libre del Ventrículo derecho).
- Ausencia de colapso inspiratorio de la vena cava [9,7].



Caso reportado

Fig 1.- Sobrecarga derecha con diámetro diastólico VD de 50mm , VD/VI mayor 1,5(fase Aguda)

Fig 2- Disminución del Diámetro diastólico , VD de 24.6mm, inversión de relación VD/VI 0.54, post tto (control 7 días).

SOSPECHA DE NO ALTO RIESGO

Pacientes ingresados en urgencias, la condición es normotensión con marcadores de disfunción cardiaca y/o daño miocardio el primer paso lógico es la determinación del dímero-D combinada con la evaluación de la probabilidad clínica (Score de Wells). En la mayoría de los centros, la TCMD es la prueba de segunda elección en pacientes con una concentración elevada de dímero-D y la prueba de primera elección en pacientes con una alta probabilidad clínica.

Exámenes Complementarios

La ecocardiografía, tiene una sensibilidad alta en pacientes de alto riesgo y en Riesgo Intermedio 60%, en las que un ecocardiograma negativo no permite la exclusión de TEP [2,5].

La Tomografía de Único Detector o Multidetector, se consideran diagnosticas, cuando muestran al menos un coagulo a nivel segmentario del árbol pulmonar arterial.

El electrocardiograma, la taquicardia sinusal es lo más común; el S3Q3T3 es poco frecuente, al presentarse eleva la probabilidad de sospechar TEP. Puede presentarse onda p pulmonar, BCRDHH[2,5].

Rx Tórax: en ocasiones es normal, aunque la ausencia de anomalías radiológicas en un paciente con disnea súbita e hipoxemia aumenta la probabilidad de TEP.

El Duplex venoso de miembros inferiores es de utilidad con una sensibilidad y especificidad 95% de gran ayuda diagnóstica y pronóstica, la sensibilidad baja a 29% si no hay clínica [9].

Gammagrafia Ventilación perfusión es de utilidad porque no utilizan contraste, conserva utilidad en émbolos periféricos en donde la TAC puede tener dificultades, en EEUU se utiliza cada vez menos debido a la mayor sensibilidad del TAC Multidetector [4,5].

La Arteriografía pulmonar, prueba invasiva, no amigable para el médico, no inocuo.

Los gases arteriales no son de utilidad, se puede encontrar alcalosis respiratoria con hipoxemia, sin embargo es común a otras patologías [2,4].

Dímero D, producto de degradación de la fibrina, con sensibilidad 96% durante la primera semana, con alto valor predictivo negativo (paciente con resultado negativo, prácticamente excluye la enfermedad) [6,7].

TRATAMIENTO.

Simultáneamente al Dx de TEP, es preciso realizar una evaluación del pronóstico para la estratificación del riesgo y la toma de decisiones terapéuticas. La estratificación del riesgo de TEP se realiza por etapas: empieza por un examen clínico del estado hemodinámico y continúa con la ayuda de pruebas de laboratorio.

TEP de alto riesgo se Dx cuando hay shock o hipotensión arterial persistente, solo este signo lo rotula como de alto riesgo; se pueden o no asociar, la presencia de marcadores de DVD y daño miocárdico. Tratamiento: Trombolisis, Embolectomía, hospitalización en UCI; mortalidad mayor del 15% [2].

TEP de Riesgo Intermedio, si es normotenso con presencia de marcadores de DVD y/o daño miocárdico (uno o ambos de los dos marcadores). Tratamiento: Anticoagulación y hospitalización en piso; mortalidad del 3 -15%.

La anticoagulación precoz es prioritaria. Esta recomendación se basa en la alta incidencia de mortalidad en los pacientes no tratados debido a EP recurrente (aprox. 30%) que pesa más que el riesgo de sangrado mayor (menos de 3 %). Las opciones terapéuticas incluyen la heparina de bajo peso molecular SC (HBPM SC), la heparina no fraccionada IV (HNF IV), la heparina no fraccionada SC (HNF SC).

HBPM SC es preferido para la mayoría de pacientes hemodinámicamente estables con TEP.

HNF (tanto IV o SC) cuándo la depuración de creatinina es 30 mL/min. La razón para este abordaje se refiere por:

1. La insuficiencia renal severa altera la farmacocinética de los anticoagulantes, requiriendo monitorizar su actividad. Es más conveniente supervisar la HNF que la HBPM SC porque los estudios de TPTKa están más disponibles que los ensayos anti-Xa.

2. Ventajas adicionales de la HBPM SC incluyen mayor biodisponibilidad, farmacocinética más predecible, administración una vez a dos veces día, dosificación fija; no requiere ajuste, y probabilidad disminuida de trombocitopenia[1,8].

Enoxaparina:

Puede administrarse SC a una dosis de 1 mg/kg de peso cada 12 horas.

Alternativamente, puede administrarse SC una vez día a una dosis de 1.5 mg/kg de peso.

El régimen de 1 mg/kg cada 12 horas se prefiere para pacientes con cáncer, con coágulos diseminados, peso de entre 101 y 150 kg, o un índice de masa corporal (IMC) entre 30 y 40 [1,4].

Rivaroxaban

Inhibidor directo del factor Xa, activo por vía oral, altamente selectivo, interrumpe las vías intrínsecas y extrínsecas de la coagulación, inhibiendo la formación de trombina, como la formación de trombos, no se han demostrado efectos sobre las plaquetas. Dosis: 15mg dos veces al día durante 3 semanas, [10], posteriormente 20mg día] [10].

La warfarina se superponen con las heparinas durante al menos de cinco días y hasta que el INR este dentro del rango terapéutico (2,0 a 3,0) durante al menos 24 horas. Selección de dosis de mantenimiento debe ser individualizada, porque la velocidad a la cual los individuos metabolizan la warfarina es muy variable. Además, la dosis requerida puede ser afectada por múltiples variables, incluyendo edad, medicación concomitante, y dieta[10].

Pacientes estables sin evidencia de Disfunción Ventricular Derecha o daño miocárdico tienen un TEP de bajo riesgo. **Tratamiento** Alta temprana, mortalidad menor del 1% [6].

Comentario

La enfermedad Tromboembólica es causa común de morbimortalidad, en donde la estratificación de riesgo es esencial para el manejo de estos pacientes basado principalmente en marcadores clínicos de hipotensión y shock, marcadores de disfunción ventricular derecha y de daño miocárdico en donde la terapia principal está orientada a la reperfusión del árbol bronquial, la ecocardiografía cumple un rol fundamental como soporte diagnóstico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz-Giménez N, Suárez C. Diagnóstico de la enfermedad tromboembólica venosa. *Emergencias*. 2002;14:S42-S47.
2. Torbicki A, Perrier A, Konstantides S, Agnelli G, Galiè N, Pruszczyk P, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J*. 2008;29:2276-315.
3. Perrier A, Roy PM, Aujesky D, Chagnon I, Howart N, Gourdièr AL, et al. Diagnosing pulmonary embolism in outpatients with clinical assessment, D-dimer measurement, venous ultrasound and helical computed tomography: a multicenter management study. *Am J Med*. 2004;116:291-9.
4. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Stiell I, Dreyer JF, Barnes D, et al. Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer. *Ann Intern Med*. 2001;135:98-107.
5. Righini M, Goerhring C, Bounameaux H, Perrier A. Effects on age on the performance of common diagnostic tests for pulmonary embolism. *Am J Med*. 2000;109:357-61.
6. Nso AP, Riesco S, Benito M, García J. Utilidad del dímero-D como marcador analítico en urgencias pediátricas. *Emergencias*. 2009;21:28-31.
7. Jurado B, Gutiérrez MA, Cevallos P, Gutiérrez J, Gutiérrez R, García de Lucas MD. Valor del dímero-D para el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar en urgencias. *Emergencias*. 2000;12:6-11.
8. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, Ferguson TB, Ford E, Furie K, Gillespie C, Go A, Greenlund K, Haase N, Hailpern S, Ho PM, Howard V, Kissela B, Kittner S, Lackland D, Heart disease and stroke statistics: 2010
9. American College of Emergency Physicians. Policy Statement. Emergency Ultrasound Guidelines. (Consultado 3 Mayo 2009). Disponible en: <http://www.acep.org>.
10. Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, Goldhaber S, Raskob GE, Comerota AJ. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease. *Chest*. 2008;133

CORRESPONDENCIA:

ronaldsoto@yahoo.es

Recibido: 15/08/2013

Aceptado: 14/09/2013

**APLICACIÓN DEL OCLUSOGRAMA EN EL PLAN DE TRATAMIENTO
ORTODÓNICO: REPORTE DE CASO CLÍNICO**

OCLUSOGRAMA APPLICATION IN ORTHODONTIC TREATMENT PLAN: CLINIC CASE REPORT

Roxana Gabriela Chahuarez Apaza (1), Yury Tenorio Cahuana (2)

(1) Alumna de Pre-Grado 5to año de la UNJBG-Tacna.

(2) C.D. Profesor de la ESOD. Facultad de Ciencias de la Salud- UNJBG

RESUMEN

Se digitalizaron los modelos de estudio con un escáner convencional de sobremesa. Posteriormente, la imagen digitalizada obtenida se imprimió y se realizó en forma manual los trazos oclusales que posteriormente nos permitió de una forma rápida, sencilla y sobre todo exacta, medir los tamaños mesiodistales de los dientes, las anchuras bicaninas, bimolares y la longitud de arcada además de obtener de forma automática el Índice de Bolton, la discrepancia oseodentaria, relaciones interoclusales, las diferencias, el cociente de la arcada y las asimetrías entre dientes contralaterales, para un diagnóstico ortodónico final.

Palabras claves: oclusograma, ortodoncia, escáner, diagnóstico

ABSTRACT

Were digitized study models with conventional desktop scanner. Subsequently, the obtained digital image was printed and manually performed on occlusal strokes subsequently allowed use fast, simple and above all accurate, measuring mesiodistal tooth sizes, widths bicaninas, bimolares and arch length plus get automatically Bolton Index, the discrepancy osseodental, interocclusal relationships, differences, the ratio of the arcade and the asymmetries between contralateral teeth for orthodontic diagnosis end.

Keywords: oclusograma, orthodontics, scanner, diagnostic

INTRODUCCIÓN

El oclusograma consiste en la reproducción de las superficies oclusales de los modelos de estudio del paciente, en la proporción de 1:1, lo que permite la manipulación de la dinámica de los trazados oclusales. (1)

El método tridimensional de diagnóstico clínico más antiguo es la observación e inspección clínica y la única forma de reproducirlo fielmente, aunque de manera parcial, para poder ser analizado objetivamente en nuestra especialidad son los modelos de estudio montados o no en el articulador.

En la actualidad, las cefalometrías, tanto sagitales, frontales como horizontales, han desplazado al análisis de los modelos como método rutinario de diagnóstico, aunque a la hora de realizar la planificación terapéutica estos últimos son indispensables. En este artículo demostraremos la utilización rutinaria, sencilla, fiable y práctica de un método de diagnóstico que combina e interrelaciona ambos registros para un posterior plan de tratamiento. (2)

REPORTE DE CASO

Paciente de sexo femenino de 22 años y 4 meses de edad acude a consulta con motivo de mejorar la estética dental. La paciente se encuentra con buen estado de salud y sin antecedentes médicos o quirúrgicos de interés. Al examen intrabucal se observa dentición permanente. (fig.1)



Metodología

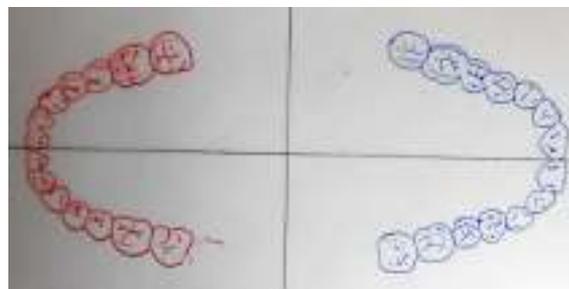
Trazar con lápiz la línea media de las arcadas así como las cúspides y surcos oclusales. Colocar los modelos sobre el escáner, de forma que se mantenga la oclusión estática. Una vez escaneado a tamaño real, reproducir en negativo, en papel cefalométrico. (1)

(fig.1) Fotografías extraoral, intraoral, modelo de estudio, radiografía extraoral.

Manejo clínico

• **Determinación de las características de las arcadas.** (4)

Forma del arco dentario: superior Ovalado, inferior ovalado.
Tipo del arco dentario: superior alineado, inferior alineado.
Simetría de la arcada: superior simétrico, inferior simétrico.
Rotación de las piezas 2.2; 3.4; 4.4. Línea media dentaria: coincide. Distancia intermolar: superior 46mm, inferior 45 mm. (fig.3)

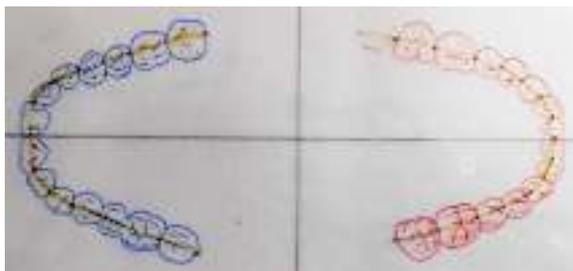


(fig3.) Determinación de las características de las arcadas.

• **Valoración de la discrepancia óseo-dentaria. Discrepancia de tamaño dentario (análisis de Bolton):** (5)

Espacio disponible superior: 94mm. Espacio requerido superior: 95mm.
Espacio disponible inferior: 94mm. Espacio requerido inferior: 96mm

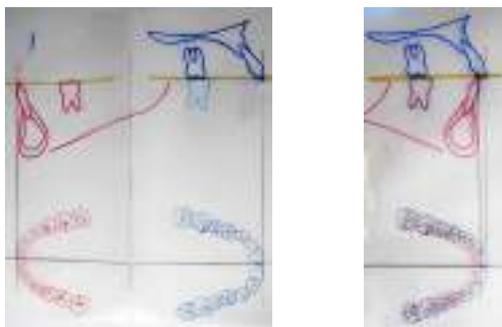
Conclusión, existe un exceso de material dentario inferior que impide la correcta relación de los 6 dientes superiores. (fig.4)



(fig.4) Valoración de la discrepancia óseo-dentaria y análisis de Bolton

• **Relación los mismos con la cefalometría:** ⁽⁶⁾

OVER BITE: 2.5mm. OVER JET: 2,5 mm. Relación molar derecha: clase I. relación molar izquierda: clase I. Relaciones interoclusales: (fig.5)



(fig.5) Relción con la cefalometría.

Diagnóstico

Paciente de sexo femenino de 21 años y 4 meses de edad presenta: mal oclusión derecha e izquierda clase I, rotación de las pzas. 2.2; 3.4; 4.4. exceso de material dentario inferior.

DISCUSION:

Burstone, Marcotte y posteriormente White describieron el uso del oclusograma en un intento de pasar al papel los modelos de las arcadas de los pacientes encontrando así diversas ventajas. Relativamente a este asunto, Marchal e Col sugirieron la aplicación en el estudio de las asimetrías y también afirmaban que el oclusograma representaba auténtico setups en dos dimensiones que permiten la verificación de varias posibilidades de escoger el mejor plan de tratameinto para un determinado caso. Así mismo, en el 2009, Brasil, se ha aplicado el oclusograma digital en el diagnóstico de la discrepancia de Bolton en la realización de una tesis.

Este trabajo da a conocer el amplio empleo del Oclusograma en la Ortodoncia en relación al análisis de las arcadas y en combinación con la radiografía lateral para fines de diagnóstico, ya que el Oclusograma permite tener una vista oclusal en una simple hoja de papel las superficies oclusales de los modelos de estudio del paciente en una proporción de 1:1. Además, motivar su uso como uno más de los elemento de diagnóstico rutinario en el tratamiento Ortodóncico para un análisis objetivo, ya sea por su fácil aplicación, rápida elaboración, menos costo y lo más importante, su efectividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. J. C. Rivero Lesmes, S. Ochandiano Caicoya, A. Carreño Alejandre, Y S. Jiménez Caraballo, Ortodoncia Española,2000;40(3) 138-149
2. NANDA, Ravindra. Biomecánica en ortodoncia clínica. Editorial Medica Panamericana. España.1998.
3. HARFIN,Julia F.Tratamiento ortodóntico en el adulto. Ed. Médica Panamericana. Mexico.2006
4. URIBE RESTREPO,Gonzalo Alonso. Ortodoncia, teoría y clínica. Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia. 2004
5. VANARSALL VIG, Graber Principios y técnicas actuales. Elsevier. España.2012

CORRESPONDENCIA:

Roxana Gabriela Chahuares Apaza
rosagali_okey@hotmail.com

Recibido: 15/08//2013
Aceptado: 14/09/2013

PRÓTESIS PROVISIONALES Y SALUD GINGIVAL

INTERIM PROSTHESIS AND HEALTH GINGIVAL

Jaime Bárcena Taco (1), Luis Alarico Cohaila (2)

(1) (2) CD Profesores Escuela de Odontología. FACS. UNJBG

RESUMEN

El presente artículo trata la relevancia de la prótesis provisional en la aplicación clínica y en la planificación de tratamientos, fundamental para el éxito protésico. Es importante el uso adecuado de las restauraciones provisionales, pues es importante para planificar el resultado esperado por el paciente y profesional; mantienen la integridad pulpar de la pieza dental, y buscan establecer un patrón estético y oclusal.

ABSTRACT

This article discusses the relevance of the provisional prosthesis in clinical application and treatment planning, prosthetic critical to success. It is important to the proper use of temporary restorations, it is important to plan the expected outcome for the patient and professional, maintain the integrity of the tooth pulp, and seeking to establish an aesthetic and occlusal pattern.

INTRODUCCIÓN

El uso de las prótesis provisionales es una necesidad que forma parte del proceso de la restauración en prótesis fija, compromete los tejidos vecinos a la pieza dentaria producto de su relación de vecindad y es respuesta a la necesidad de cubrir superficies expuestas de dientes preparados con el desgaste de su estructura.

La restauración provisional debe ser la primera condición que garantice la salud del tejido gingival previo a la restauración definitiva.

La salud del periodonto será el requisito que garantice la instalación y supervivencia de restauraciones protésicas óptimas. El obtener salud periodontal, estética satisfactoria, son consecuencia de respetar estructuras tan importantes como las papilas interdentarias, troneras proximales, el margen gingival, buscando consecuentemente la salud periodontal (Fig. 1-2).



Los objetivos de las restauraciones provisionales:

1. Protección pulpar
2. Protección periodontal
3. Restauración provisional con tratamiento periodontal
4. Coronas provisionales versus oclusión

Las características que se requieren de la restauración temporal son:

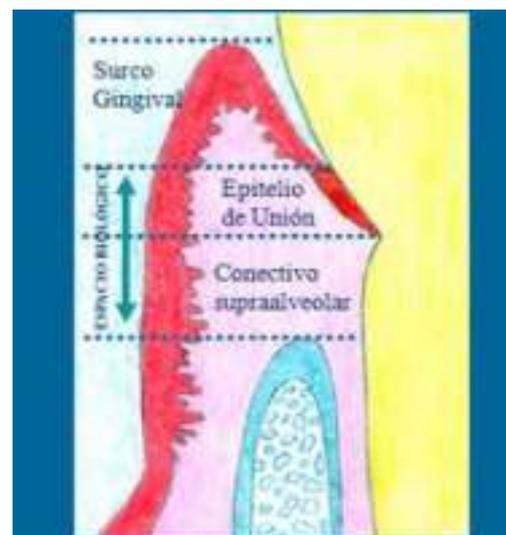
1. La adaptación marginal tiene que ser óptima
2. Evitar los cambios térmicos
3. Contorno satisfactorio
4. Altamente pulido
5. Retención
6. Estética adecuada
7. Durabilidad estructural
8. Función
9. Comodidad
10. Fácil de remover

Es importante que la provisional cumpla con estas características y como se supone permita que el profesional tenga un elemento

predictivo de lo que espera obtener una vez terminado el tratamiento y por otro lado que el paciente pueda ver y opinar respecto a sus expectativas referente al tratamiento.

Una restauración provisional sobrecontorneada, será luego la expresión de retención de placa bacteriana y consecuencia de ello alteraciones del tejido gingival. En caso contrario, la falta de estructura se va a manifestar como factores retentivos de placa, empaquetamiento de alimentos y ello conducirá a presencia de caries, desplazamiento apical de tejidos vecinos al diente.

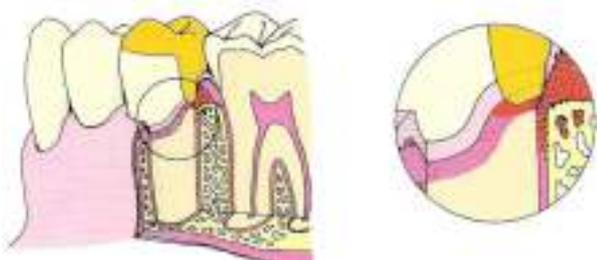
Gargiulio determina que el ancho biológico está dado por: promedio de epitelio de unión es 0.97 mm, 1.07 mm desde la fibras supracrestales y el promedio de profundidad del surco es 0.69 mm; referencia que debe ser considerada para establecer los márgenes cervicales de las restauraciones protésicas y garantizar el éxito de ellas (Fig. 3).



La adaptación de la restauración provisional es un factor importante en la recuperación y protección del órgano pulpar. La hipersensibilidad dentinaria puede ocurrir aun con los cuidados previstos.

Por tanto es sumamente importante realizar las restauraciones sin modificar, durante la preparación dentaria el complejo dentogingival. Es en razón de ello que debe tenerse el debido

cuidado de no invadir este espacio biológico y así garantizar el éxito de nuestro tratamiento en el tiempo. Cuando el margen de la restauración se introduce en el espacio biológico se estimulan la inflamación y la actividad osteoclástica (Fig. 4)



Es importante rescatar que el uso de las restauraciones provisionales brinda una gran variedad de técnicas para su confección, pero, indistintamente de la técnica para su confección el cumplir las características referidas es prioritario; recomendable la confección del provisional con acrílico termopolimerizable y altamente pulido serán garantía de salud periodontal.

La restauración provisional debe sumar entonces alto pulido de su superficie, buen sellado marginal, sin sobrecontorno estructural, estética y función satisfactorias. El espacio biológico deberá respetarse incondicionalmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PEGORARO, Luiz Fernando. Prótesis Fija. 1era. Edic. Edit. Artes Médicas Latinoamérica. Sao Paulo – Brasil. 2001.
MEZZONO, Elio. REHABILITACIÓN ORAL PARA EL CLÍNICO. 1era. Edic. Edit. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. Caracas – Venezuela. 2003.

ROSENSTIEL, Stephen. PROTESIS FIJA CONTEMPORANEA. 4º Edic. Edit. Elsevier. Barcelona, España. 2009.
SHILLINGBURG-HOBO. Fundamentos de Prótesis Fija. 2ª Ed.
SHILLINGBURG / JACOBI / BRACKETT – Principios Básicos en las Preparaciones Dentarias. Edit. Quintessence S.L. 2000. Barcelona – España.

CORRESPONDENCIA:

jaimebarcena@hotmail.com

Recibido: 10/08//2013

Aceptado: 10/09/2013

EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE FARMACIA ASISTENCIAL EN EL PERÚ

Royer Luis Castro Huarachi

*Químico-Farmacéutico, Especialista en Farmacología Clínica, Universidad Católica de Santa María
Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional "Jorge Basadre Grohmann" de Tacna.*

La actividad asistencial del Farmacéutico cada vez está tomando más fuerza e identidad propia. Este perfil del farmacéutico, como proveedor de cuidados de salud, queda instaurado con la Declaración de Tokio, publicada en 1993 por la Organización Mundial de la Salud, donde se constituye las Buenas Prácticas de Farmacia. En nuestro país según Ley N° 16447, se reconoce como profesión médica a los Químicos-Farmacéuticos, lo que le brinda una mayor perspectiva en los procesos asistenciales, tanto en la prevención, promoción y recuperación de la salud.

Todo este movimiento nace en Estados Unidos por los años 70 con la introducción de la Farmacia Clínica, y posteriormente en el año 1990 se publica el artículo *Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care*, presentado por la Dra. Linda Strand y el Dr. Charles Hepler, ambos aportes nos han dado lo que ahora conocemos el modelo americano del Farmacéutico Clínico. Por otro lado, desde el otro continente, específicamente España, no tardó la respuesta de un modelo asistencial de la actividad farmacéutica, y es por ello que tenemos la Farmacia Hospitalaria que fue introduciendo el concepto de Atención Farmacéutica de manera paulatina en sus actividades. En la actualidad este modelo presenta algunas variantes, y en la actualidad podemos observar a Farmacéuticos de Atención Primaria, Farmacéuticos Comunitarios y Farmacéuticos Hospitalarios.

En el Perú, ambas ramas de la actividad asistencial se desarrollan y conviven dentro de nuestro sistema de salud, con algunas diferencias y semejanzas que analizaremos en el presente artículo.

Durante los años 1980, se empezó a desarrollar los programas de formación en actividades asistenciales, con el inicio del programa de Especialización en Farmacia Clínica, en el año 1997, luego se prosiguió con el inicio del programa de Especialización en Farmacia Hospitalaria, ambas ofertadas por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; y posteriormente, en el año 2002, se forma el programa de Especialización en Atención Farmacéutica, dictado por la Universidad Católica de Santa María. Esto ha ido formando especialistas farmacéuticos en cada una de las áreas mencionadas, pero sin una identidad propia dentro de nuestro sistema de salud. A esto debemos agregar los programas dobles de especialización propuestos, por ejemplo Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica, propuesto por la Universidad Alas Peruanas y Universidad Norbert Wiener, o la noble especialidad en Farmacia Hospitalaria y Comunitaria, propuesto por la Universidad Nacional de Trujillo.

Debemos de conocer cada una de estas áreas para poder determinar cuáles son los alcances de cada una de éstas ramas de la práctica asistencial farmacéutica. La Farmacia Clínica es definida como un área de la ciencia farmacéutica, cuya responsabilidad es asegurar la utilización segura y adecuada de medicamentos en pacientes, a través de la aplicación de funciones y conocimientos especializados en la atención al paciente, y que necesita formación especializada y/o aprendizaje estructurado. Esto requiere el razonamiento en la recogida e interpretación de los datos, la implicación específica del paciente e interacciones interprofesionales directas, para el desarrollo de la Farmacia

Clínica se requiere del desarrollo de competencias y habilidades clínicas que se obtienen con el contacto directo con el paciente, esto se traduce en el periodo de residencia. El actual modelo americano, se ha observado el binomio Farmacia Clínica - Farmacoterapia, además de eso se ha especificado la sub-especialización de estos profesionales, por lo tanto según el *Board of Pharmaceutical Specialities*, tenemos las especialidades en Pediatría, Geriátrica, Cardiología, Infectología, Oncología, Medicina de Emergencias, Trasplantes, Neuro-Psiquiatría entre muchos otros, acreditados por la Academia Americana de Farmacia Clínica, estos profesionales se forman durante 3 años incluyendo la residencia. En nuestro país también se desarrolla la misma especialidad con la modalidad de residencia en el mismo periodo de tiempo con la diferencia de que no se tiene las sub-especialidad o menciones en alguna área médica.

En la actualidad la Farmacia Clínica ha desarrollado las actividades de Farmacocinética Clínica, Ensayos Clínicos, Información de Medicamentos, entre otras, éste aporte en el monitoreo de la farmacoterapia ha hecho que la actividad asistencial del Farmacéutico sea más valorada por los demás profesionales de salud y los mismos pacientes

Por otro lado la Farmacia Hospitalaria es una especialización farmacéutica que se ocupa de servir a la población en sus necesidades farmacéuticas, a través de la selección, preparación, adquisición, control, dispensación, información de medicamentos y otras actividades orientadas a conseguir una utilización apropiada, segura y coste-efectiva de los medicamentos y productos sanitarios, en beneficio de los pacientes atendidos en el hospitalario y en el ámbito de su influencia, ésta especialidad en España tiene una duración de 4 años, durante los cuales el profesional farmacéutico obtiene capacidades y competencias acerca de la gestión de un establecimiento farmacéutico dentro del marco hospitalario y las actividades asistenciales enmarcadas a éste ámbito lo que incluye la Gestión de la Farmacoterapia y de los Servicios Farmacéuticos conexos. En nuestro país se dicta el programa de Especialización en Farmacia Hospitalaria ofertado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en una duración de 3 años incluye el período de residencia.

En el ámbito de esta Farmacia Hospitalaria, en la cual la denominación nos trae a la mente una actividad enmarcada netamente a un ámbito laboral y no a un área específica, llega a España la idea anglosajona de la *Pharmaceutical Care* que fue adaptada a lo que ahora conocemos como Atención Farmacéutica, éste concepto es quizás uno de los mayores actores actuales en la actividad asistencial del farmacéutico a nivel mundial, siendo muy bien desarrollado por la Universidad de Granada, donde la Dra. María José FausDáder, desarrolla el Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico, dando el soporte científico que requería la Atención Farmacéutica para poder instaurarse en el Sistema de Salud español, en la actualidad hablamos de actividades relacionadas a la Atención Farmacéutica, a la Dispensación e Indicación Farmacéutica, Seguimiento Farmacoterapéutico y Educación Sanitaria, en las cuales el Farmacéutico se hace cargo de la farmacoterapia brindada al paciente. Este modelo es aplicado en la mayoría de

casos a nivel comunitario, donde ha tenido una gran acogida tomando en cuenta que el Sistema Sanitario español solo admite como establecimientos farmacéuticos a las Farmacias (cuya Dirección y propiedad pertenece exclusivamente al Farmacéutico), es aquí donde viene la importancia de la presencia del profesional farmacéutico frente a establecimientos farmacéuticos, en la actualidad éstos profesionales cumplen una función muy importante en la detección temprana de problemas sanitarios, entre los cuales se encuentran los Problemas Relacionados a Medicamentos.

Muy relacionada a la Farmacia Hospitalaria, se empezó a desarrollar la Farmacia Comunitaria, que quizás es una de las áreas más antiguas en el desarrollo de la actividad asistencial, con la diferencia que en la actualidad se están desarrollando actividades asistenciales de tal manera que en la actualidad la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria ha propuesto el programa de Especialización en Farmacia Familiar y Comunitaria.

CONSIDERACIONES FINALES

1. Debemos considerar que la profesión farmacéutica en el Perú, está considerada como profesión médica, por lo que tenemos una gran responsabilidad y participación activa y directa frente a la salud de nuestra población.
2. La Farmacia Asistencial ha tenido una acepción distinta en cada ámbito donde fue instaurado, el principal de ellos es la Farmacia Clínica, cuyo desarrollo ha permitido que el Farmacéutico tenga un contacto directo con el paciente y mayor interacción con el equipo de salud.
3. La Atención Farmacéutica es una herramienta fundamental para el desarrollo de la actividad asistencial del Farmacéutico Clínico, y no podemos diferenciar un área de especialización solamente por el lugar de actuación sea Hospitalario o Comunitario.
4. Debemos de unificar criterios para poder manejar una sola identidad y poder caminar todos en una misma dirección para así tener un solo perfil frente a nuestro Sistema de Salud y para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bergman U, Wilholm BE. Drug related problems causing admission to a medical clinic. *Eur J Clin Pharm* 2001;20: 193-200.
2. Gastelurrutia MA, Soto E. PharmaceuticalCare: ¿Atención farmacéutica seguimiento de los tratamientos farmacológicos?. *PharmCareEsp* 2009;1:323-8
3. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990;47:533-543.
4. Juárez Eyzaguirre JR. Farmacia Hospitalaria en el Perú: una opción deliderazgo para el Farmacéutico. Encuentro OFIL América-España, Extremadura,2001.
5. Morley PC, Strand LM. Clinical reflections on therapeutic drug monitoring. *J Pharm Pract* 1989; 2: 327-34.
6. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Problemas relacionados con los medicamentos: su estructura y función. *PharmCareEsp* 2009; 1: 127-132.
7. Valverde Bernal R. Contribución al Estudio de la Farmacia Hospitalaria en el Perú. Tesis doctoral. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1991.
8. Viñas Véliz MJ. La implementación de la dosis unitaria en el Perú. *Gestión Médica*. 2002;217:18-9.

CORRESPONDENCIA:

royerlcastro@gmail.com

Recibido: 15/08//2013

Aceptado: 14/09/2013

NIVEL ALTO DE ARSÉNICO EN EL AGUA POTABLE Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD.

Darwin Williams Enriquez Castro

Estudiante de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana de la UNJBG

INTRODUCCIÓN

Como se sabe el arsénico juega un papel muy importante en la problemática de la salud pública. El arsénico está presente de forma natural en niveles altos en las aguas subterráneas de varios países. Puesto que está presente en un alto contenido en el agua de bebida en algunos países de la región latinoamericana, y es considerado como un agente cancerígeno en la bebida del agua con alto contenido de arsénico.

La exposición que más riesgo trae es la que se da a través del tiempo de manera crónica, además se ha asociado a otros problemas como el desarrollo, enfermedades cardiovasculares y la diabetes entre otras. Por lo tanto se promueve que se crea una política de disminución de tal elemento en el agua que se consume.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un valor orientador para agua de bebida de 10 mg As/L, mientras que la Environmental Protection Agency (EPA), considera concentraciones inferiores a 50 µg/L.

EL ARSÉNICO.

Es un metaloide ampliamente distribuido en la corteza terrestre es un material sólido de color gris acero. Sin embargo, en el ambiente el arsénico generalmente se encuentra combinado con otros elementos como el oxígeno, cloro y azufre esta combinación se conoce como arsénico inorgánico. El arsénico si se combina con carbono e hidrógeno se conoce como arsénico orgánico. La mayoría de los compuestos inorgánicos y orgánicos de arsénico son polvos de color blanco, no tienen olor y la mayoría no tiene ningún sabor especial. De tal manera que generalmente se confunde en el agua, los alimentos y el aire.

TOXICOLOGIA

Se encontraron muchos estudios epidemiológicos en los cuales se estableció la relación entre el consumo de arsénico por medio del agua potabilizada y el cáncer, en muchos lugares del mundo se considera como causante de cáncer el cual es un problema de salud.

Es absorbido en su forma inorgánica es sometido a biometilación hepática, mediante metiltransferasas, a la forma de ácido monometilarsónico (MMAs) y ácido dimetilarsínico (DMAs). Aproximadamente el 50% de lo ingerido puede ser eliminado principalmente por la orina en 3 a 5 días y una pequeña cantidad lo hace por las heces, bilis, sudor, células descamadas, pelo y leche. La forma trivalente del DMAs es el metabolito urinario principal; representa el 49% del As urinario total, seguido por la forma pentavalente del DMAs (23,7%).

HIDROARSENISISMO CRÓNICO REGIONAL ENDÉMICO

La exposición a aguas arsenicales causa un conjunto de manifestaciones que afectan a casi todos los órganos. Los cambios en piel son una característica común, ya que el arsénico se deposita en tejidos ricos en queratina, siendo los más comunes la hiperpigmentación e hiperqueratosis palmoplantar. Siguiendo

una serie de pasos evolutivos tales como: hiperhidrosis, las palmas y plantas presentan sudoración asociada a prurito, eritema y disestesias; Hiperqueratosis, aproximadamente después de 4 años de las manifestaciones anteriores, en forma difusa o localizada, como lesiones verrugosas, excavadas o de forma punctata; Melanodermia, se presenta como zonas de despigmentación de color gris pizarra y negruzca, distribuida como "en gotas de lluvia"; Malignización, el arsénico es uno de los primeros agentes químicos con evidente capacidad carcinogénica en el ser humano.

Los síntomas pueden ocurrir a partir de los 5 años de exposición y las lesiones malignizarse, con un período de latencia se puede extender a décadas. La exposición crónica al As causa, entre otras patologías, injuria miocárdica, arritmias cardíacas y enfermedad vascular periférica, posible causa de gangrenas en las piernas de los individuos expuestos. El hallazgo neurológico más frecuente es una neuropatía periférica.

METODOLOGIA

Se recogió información bibliográfica en el promedio de 10 días, los idiomas referentes son el inglés, portugués y español, la fuente de datos incluye guías de organizaciones, además dentro de la recolección de la información se tuvo preferencia buscar artículos que tengan el contexto dentro del continente americano para poder tener un abordaje más afín a la realidad peruana.

ANÁLISIS

Los artículos son sólidos en cuanto a su carácter descriptivo, los objetivos propuestos, sus alcances y sus límites, pues determinan que el arsénico debe estar en niveles inferiores de arsénico de 50 µg/L con tendencia a disminuir a diferencia del límite de la OMS de arsénico de 10 µg/L.

CONCLUSIONES

Se debe tener un nivel en agua de bebida de arsénico menor de 10 µg/L. para poder limitar el papel cancerígeno dentro del organismo.

Se sabe que el consumo de agua contaminada con arsénico causa el HACRE Hidroarsenismo Crónico Regional Endémico, el cual consta de enfermedades y lesiones en piel y otros órganos los cuales hacen sus manifestaciones generalmente luego de 5 años de consumo. El arsénico se mantiene en las zonas con queratina como el pelo. Existen muchos trabajos de investigación que avalan que el arsénico es cancerígeno.

RECOMENDACIONES

Se tiene que hacer estudios rigurosos de tipo caso control en el cual se evidencie las consecuencias de manera científica dentro del organismo humano para crear límites inamovibles del arsénico en el agua de consumo humano.

El estudio del nivel del arsénico debe priorizarse en el ser humano antes del nivel de arsénico en el agua ya que se acumula dentro del organismo y es un indicador del incremento de consumo de

arsénico en el cuerpo.
Se deben crear políticas de prevención en estas zonas de consumo

de aguas subterráneas, utilizar métodos de potabilizar el agua de manera óptima con plantas modernas de tratamiento del agua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carabantes A, Fernicola N. Arsénico en el agua de bebida: un problema de salud pública. Rev. Bras. Cienc. Farm. [Internet]. 2003 Dec [citado 2013 Nov 20]; 39(4): 365-372. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322003000400003>.
2. Agencia para las Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades (ATSDR) División de Toxicología y Medicina Ambiental. Resumen de Salud Pública Arsénico CAS#: 7440-38-2. Agencia para las Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades (ATSDR) División de Toxicología y Medicina Ambiental. 2007 Agosto.
3. Guías para la calidad del agua potable [recurso electrónico]: incluye el primer apéndice. Vol. 1: Recomendaciones. Tercera edición. 2006.
4. Soria de gonzalez A, Silvina R, Martinez M, Arias N, Tefaha L, Sandoval N, et al. Alteraciones bioquímicas en individuos expuestos al arsénico en el agua de bebida en Tucumán, bioquím. clín. latinoam.[Internet]. 2009 [citado 2013-11-20]; vol.43, n.4: 611-618. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572009000400006&lng=es&nrm=iso. ISSN 0325-2957

CORRESPONDENCIA:

Enrikzc@hotmail.com

Recibido: 15/08//2013

Aceptado: 14/09/2013

RECOMENDACIONES Y PAUTAS CLAVE EN EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO (EHE)

Jaime Vargas Zeballos ⁽¹⁾ · Hilda Rosmery Campos C. ⁽²⁾

(1) *Medico Cirujana Ginecoobstetra, Magister en Salud Publica, Jefe de la Cátedra de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna*

(2) *Licenciada en Obstetricia, Obstetra del Ministerio de Salud Ministerio de Salud Tacna.*

INTRODUCCIÓN

Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) son una de las principales complicaciones obstétricas y de mayor repercusión en la salud materno fetal. suponen uno de los motivos de consulta más importantes en las unidades de alto riesgo, siendo la primera causa de morbimortalidad materno fetal con una incidencia a nivel mundial del 1 al 10% según los distintos países. Sin embargo, según datos recientes, la incidencia en la población es de un 1.2%

FARMACOS HIPOTENSORES EN LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

Existe gran cantidad de fármacos hipotensores, a continuación enumeraremos los más utilizados y su mecanismo de acción:

Metildopa

Es un simpaticolítico, que actúa inhibiendo la producción de noradrenalina en las terminaciones nerviosas simpáticas actuando como un falso neurotransmisor. Es considerado por la mayoría de autores un fármaco de segunda línea, que consigue un buen control de la tensión sin grandes fluctuaciones, sin producir hipotensión postural. Las dosis habituales son entre 1 y 2 g/día. Como efectos secundarios desfavorables, el más frecuente es la somnolencia.

Hidralacina

Produce hipotensión por su acción directa sobre el músculo liso de la pared de las arteriolas, provocando vasodilatación y disminución de las resistencias periféricas. Dosis iniciales de 50 mg/día repartidas en 3-4 tomas. Si a las 48 horas la TA no se normaliza, se aumenta progresivamente la dosis hasta la dosis máxima de 200 mg/día. Como efectos indeseables: aumenta el gasto y frecuencia cardíaca como respuesta de los barorreceptores, (esto se puede evitar asociando la hidralazina a un simpaticolítico), puede producir exantemas semejantes al lupus que desaparecen después del tratamiento; en ocasiones provocan palpitaciones, cefalalgias, vómitos y diarreas, retención de líquidos y pueden disminuir el flujo uteroplacentario.

Bloqueantes de los receptores beta-adrenérgicos

Constituyen actualmente una de las principales modalidades terapéuticas frente la hipertensión fuera del embarazo, durante éste tienen una serie de efectos indeseables como su acción estimulante del músculo uterino y podrían comprometer el intercambio materno fetal. Estos efectos indeseables serían provocados sobretudo por la acción sobre los receptores beta-2 no cardíacos, por ello estos no ocurrirían con el uso de los beta-bloqueantes cardioselectivos como el atenolol o metoprolol.

Bloqueantes de los receptores adrenérgicos alfa y beta

El labetalol es un antagonista competitivo de los receptores alfa y beta. Actúa disminuyendo la resistencia vascular periférica mediante el bloque de los receptores alfa-adrenérgicos de las arteriolas periféricas, pero además bloquea los receptores beta-adrenérgicos, con lo que protege al corazón del reflejo simpático que produce la vasodilatación periférica. Tiene pocos efectos secundarios e incluso se ha señalado que incrementaría el flujo placentario. Dosis 100-200 mg/6-8 horas oral, dosis máxima 2400mg/día. Puede utilizarse vía oral o endovenosa.

Antagonistas del calcio

La nifedipina tiene la ventaja de que es igualmente efectiva que otros hipotensores y no es necesaria su administración vía endovenosa ya que se puede dar vía sublingual, siendo además útil en los casos en que haya amenaza de parto prematuro por su acción tocolítica.

Diazóxido

Vasodilatador arterial similar a la hidralacina. En la experimentación animal no se han detectado efectos desfavorables sobre el feto y parece aumentar el flujo

DIURÉTICOS

Los diuréticos no están indicados como tratamiento hipotensor en la mujer gestante, ya que aunque en la EHE hay una retención excesiva de sodio y agua esto sólo ocurre de día y se pierde por la noche, apareciendo el edema cuando la ganancia es mayor durante el día, por ello el reposo en cama sería suficiente tratamiento para este acúmulo de líquido extravascular. Además los diuréticos tienen efectos secundarios importantes tanto sobre el feto (trombocitopenia, hemólisis e ictericia) como sobre la madre (aumentan las tasas de ácido úrico y urea, producen hipopotasemia e hiperglucemia y reducen el volumen intravascular que ya está reducido en estas pacientes pudiendo comprometer el flujo útero placentario plamático, dando lugar a hipoxia fetal). Sólo estaría indicado su uso cuando existiera edema importante, insuficiencia cardíaca o oliguria. En estos casos el diurético a utilizar sería la furosemida.

SEDANTES

Diacepán

Es un fármaco con acción anticonvulsivante potente. En algunos casos su administración endovenosa puede deprimir la respiración o producir una ligera taquicardia e hipotensión. Sobre el feto no provoca depresión respiratoria pero sí puede dar hipotonía de algunas horas de duración.

Sulfato de magnesio

Disminuye la excitabilidad del sistema nervioso central y es un buen anticonvulsivante. Tiene además una ligera acción hipotensora. Su acción se produce por disminución de la secreción de acetilcolina a nivel de las uniones neuromusculares y porque, al mismo tiempo, disminuye la sensibilidad de la placa motora a la acetilcolina. Su vía de administración es la endovenosa y como inconveniente tiene su estrecho margen tóxico terapéutico, que obliga a controlar los signos de intoxicación materna. Para ello, se realizarán controles del reflejo rotuliano (su abolición es un signo precoz), frecuencia respiratoria (> 14/min) diuresis horaria y tensión arterial. En caso de administración continua se harán controles de magnesemia para asegurar unos niveles entre 4,2-8,4 mg/dl. Si produce intoxicación se administrará gluconato cálcico. Sobre el feto puede provocar depresión respiratoria e hiporreflexia.

Barbitúricos

El más frecuente utilizado es el fenobarbital a dosis de 60 a 300 mg IM cada 6-8 horas, según la gravedad.

PAUTAS CLAVE EN EL MANEJO CLÍNICO DE LOS EHE**MANEJO DE LA PREECLAMPSIA LEVE**

a) Reposo: No ha demostrado que mejore el pronóstico de la enfermedad, sin embargo la experiencia clínica de la mayoría de los grupos indica que el reposo puede mejorar la retención hídrica y la perfusión fetal

b) El tratamiento hipotensor no está indicado en la mayoría de los casos por debajo de los criterios de hipertensión grave (<160/110 mmHg). Los estudios randomizados al respecto no muestran mejor pronóstico en el caso de dar tratamiento en la preeclampsia leve. Además, se ha visto que puede empeorar la situación fetal, disminuyendo el flujo placentario. El manejo expectante parece más adecuado ya que permite valorar la progresión de la enfermedad. Sin embargo se debe valorar cada caso: en pacientes con PAs 150-159 y PAd entre 100-109 de forma persistente y en el caso de control ambulatorio, se podría iniciar tratamiento vía oral a dosis bajas. El objetivo del tratamiento es conseguir PAs 140-145 y PAd entre 90-95. Los tratamientos antihipertensivos de elección son:

- Labetalol: 100-200 mg/6-8h.
- Hidralacina: 50mg/día repartidas en 3-4 tomas. Si a las 48 horas no se ha normalizado la TA se puede aumentar hasta una dosis máxima de 200 mg/día.
- Otros: Metildopa, 250-500 mg/8h. Nifedipina 10 mg/12h

Contraindicados: Atenolol (se ha asociado a retraso de crecimiento y alteraciones en el registro cardiotocográfico) y los inhibidores de la enzima convertasa de la angiotensina (IECAs) que se asocian a pérdidas fetales precoces y tardías, insuficiencia renal y malformaciones fetales

MANEJO DE LA PREECLAMPSIA GRAVE

La evolución clínica de la preeclampsia grave suele ser hacia la progresión de la enfermedad con riesgo de empeoramiento del estado materno-fetal. Por ello, siempre que se diagnostique por encima de las 34 semanas de gestación se recomienda la finalización de la gestación. El esquema terapéutico de la preeclampsia severa de be contemplar el control de la TA, la prevención de las convulsiones y la finalización de la gestación.

Tratamiento antihipertensivo

El objetivo del tratamiento hipotensor es mantener la tensión arterial <160/110 mmHg y \geq 140/90 mmHg. En mujeres con determinadas patologías (diabetes pregestacional) o con marcadores de gravedad diferentes a la HTA, se puede iniciar el tratamiento hipotensor con niveles de TA inferiores.

Durante el tratamiento inicial con hipotensores y hasta la estabilización, se debe realizar monitorización fetal continua (test basal), ya que descensos bruscos de la TA pueden condicionar una pérdida del bienestar fetal.

Tratamiento del brote hipertensivo**Prevención de las convulsiones: Sulfato de magnesio**

A dosis de 1-1,5 g/hora por la IV en perfusión continua. Se puede administrar una dosis de ataque inicial de 2-4 g IV a pasar en 5-10 minutos. El objetivo será obtener unos niveles plasmáticos 3.5-7 mEq/L (4.2-8.4 mg/dl). En caso de intoxicación hay que administrar gluconato cálcico 1 gramo IV a pasar en 3-4 minutos (10 ml al 10% de gluconato cálcico).

- Labetalol IV (grado de recomendación A): inyección lenta, durante 1-2 minutos, de 20 mg. Repetir a los 10 minutos si no se controla la TA, doblando la dosis (20,40, 80 mg). No sobrepasar los 220 mg. Se prosigue con una perfusión continua a 100 mg/6 horas. Si no se controla la Ta, se asociará otro fármaco.

Son contraindicaciones para el uso de labetalol: insuficiencia cardíaca congestiva, asma y frecuencia cardíaca materna <60 lpm.

- Hidralacina IV (grado de recomendación A): bolo de 5 mg, que pueden repetirse a los 10 minutos si la TA no se ha controlado. Se sigue con perfusión continua a dosis entre 3-10

mg/hora.

- Nifedipina 10 mg por vía oral y repetir en 30 minutos si es preciso. Posteriormente seguir con dosis de 10-20 mg/6-8 horas. Hay que tener precaución con la asociación de sulfato de magnesio. No es recomendable la administración por vía sublingual.
- Nitroprusiato sódico IV: en perfusión continua a dosis de 0.25 μ g/Kg/min, aumentando la dosis 0.25 μ g/Kg/min cada 5 minutos hasta conseguir la disminución de tensión adecuada. Sólo debe usarse si han fracasado los otros tratamiento o en caso de encefalopatía hipertensiva. Es un fetotóxico por acúmulo de cianida. No se debe administrar más de 4 horas con feto intraútero.
- Nitroglicerina IV: 5 μ g/min en infusión endovenosa, doblando la dosis cada 5 minutos hasta una dosis máxima de 100 μ g/min. Relativamente contraindicada en la encefalopatía hipertensiva, ya que puede incrementar el flujo sanguíneo cerebral y la presión intracraneal. Puede causar metahemoglobinemia.
- Diuréticos : sólo están indicados en caso de edema agudo de pulmón, oliguria marcada o insuficiencia cardíaca.

El Atenolol, los IECAs y los Bloqueantes de los receptores de la Angiotensina están contraindicados por lo que se debe realizar los siguientes controles:

- Reflejo rotuliano: debe estar presente.
- Frecuencia respiratoria: >14 respiraciones / minuto
- Diuresis: >25-30 ml / hora
- Es aconsejable el control de la saturación de O mediante pulsioximetría.

El tratamiento se mantendrá las primeras 24-48 horas postparto.

Indicaciones de finalización del embarazo independientes de las semanas de gestación

Indicaciones maternas

- Trombocitopenia progresiva
- Persistencia de HTA severa a pesar del tratamiento.
- Aparición de signos prodrómicos de eclampsia.
- Eclampsia.
- Deterioro progresivo de la función renal u oligoanuria persistente.
- Deterioro progresivo de la función hepática.
- Aparición de complicaciones maternas graves: hemorragia cerebral, edema pulmonar, rotura hepática, DPPNI.

Indicaciones fetales

- Registro cardiotocográfico patológico.
- Perfil biofísico <4.
- Restricción severa del crecimiento fetal con Doppler de arteria umbilical con diástole ausente o revertida.

Vía del parto

- En general se acepta que la vía vaginal es preferible a la cesárea. Para la elección de la vía de parto, habrá que tener en cuenta factores tales como la presentación, las condiciones cervicales, la edad gestacional, etc.
- Se pueden utilizar las prostaglandinas locales para la maduración cervical.
- En las gestantes con preeclampsia severa sería conveniente (si se puede), la realización de una consulta preanestésica previa al parto.
- La anestesia regional (epidural, espinal o combinadas) consigue un buen control de la hipertensión y mejora el flujo sanguíneo útero-placentario, por lo que es la técnica de elección en estas pacientes siempre que no existan contraindicaciones.

Control postparto

- Control exhaustivo materno ya que dentro de la primera semana postparto pueden aparecer nuevas complicaciones graves (eclampsia, amaurosis, etc.).
- Control estricto de líquidos por el riesgo incrementado de

exacerbación de la hipertensión y de edema de pulmón en esta fase. Este incremento del riesgo es debido al aumento de la infusión de líquidos durante el periparto (prehidratación para anestesia, administración de varia medicaciones en perfusión continua) y a la movilización de líquidos desde el espacio extravascular hacia el intravascular. La infusión total de líquidos debe limitarse durante la fase intraparto y postparto a 80 ml/hora o 1 ml/Kg/hora

- En caso de cesárea es recomendable realizar profilaxis de la enfermedad troboembólica con heparina de bajo peso molecular. La dosis dependerá del peso de la paciente. Está contraindicada la utilización de ergotínicos. En caso de hemorragia postparto se pueden utilizar oxitocina o prostaglandinas.
- La reevaluación y clasificación definitiva del cuadro se realizará a las 12 semanas postparto. En caso de persistencia de la HTA, proteinuria u otras alteraciones analíticas, transcurrido este período deberá sospecharse una alteración subyacente, por lo que se recomienda poner en marcha las investigaciones necesarias para llegar a un diagnóstico correcto.

ECLAMPسيا

La eclampsia se define como la aparición de convulsiones en el contexto de hipertensión en el embarazo con o sin proteinuria en ausencia de otras causas conocidas de convulsiones. La incidencia de la eclampsia depende de la severidad de la preeclampsia y del manejo del cuadro, pero se estima inferior al 1%. El 50% de los casos debuta anteparto, un 25% durante el parto y el resto aparece en el postparto. Es importante destacar que hasta el 16% aparece tras 48h del parto. El tratamiento impone:

- Dosis de ataque: 4 g de SO Mg por vía intravenosa.
- Dosis de mantenimiento: 2g/hora de SO Mg en perfusión continua.
- Los controles durante el tratamiento son los mismos que en la preeclampsia grave (reflejos rotulianos, diuresis horaria, magnesemia, frecuencia respiratoria).
- Si durante el tratamiento existe recurrencia de las convulsiones se deben tratar bien con un nuevo bolo de 2g de SO Mg o bien aumentando el ritmo de la infusión continua.

- En caso de ausencia de respuesta al tratamiento con sulfato de magnesio o si no se dispone de este fármaco, se puede usar alguno de los fármacos siguientes:
 - Benzodiacepinas (Diazepan):
 - Dosis de ataque: 40 mg IV.
 - Dosis de mantenimiento: 10 mg/h en perfusión continua.
 - Fenitoínas:
 - Dosis de ataque: 15 mg/Kg IV, a pasar en 1 hora.
 - Dosis de mantenimiento: 250-500 mg/12 horas oral o IV. Niveles terapéuticos: 10-20 µg/ml.
 - Si las medidas anteriores fracasan:
 - Barbitúricos de acción corta (Thiopental o Amobarbital).
 - Intubación y curarización.

Tratamiento hipotensor

- Se aplicará el mismo tratamiento expuesto para la preeclampsia grave.

Finalización del embarazo

- Con la mayor urgencia posible y siempre dentro de las primeras 48 horas postconvulsión, aunque siempre tras la estabilización hemodinámica de la paciente.
- La presencia de patrones patológicos de la FCF durante la crisis convulsiva no es indicación de cesárea urgente, ya que habitualmente se recuperan a los 3-15 minutos. Sin embargo, si estos cambios persisten tras la estabilización de la paciente, hay que sospechar la presencia de un desprendimiento de placenta o de una pérdida del bienestar fetal.

Fluidoterapia

- Monitorización estricta de las entradas y salidas.
- Administrar 500 ml de suero fisiológico o Ringer lactato antes de la anestesia regional o del inicio del tratamiento hipotensor.
- Perfusión de mantenimiento recomendada: 85-100 ml/hora.

Control de complicaciones

- Las complicaciones asociadas a la eclampsia incluyen: edema pulmonar, insuficiencia cardiaca, desprendimiento de placenta, CID y síndrome HELLP.
- La realización de estudios de imagen (TAC, RNM) no está indicada en todas las gestantes eclámpicas. Sólo deberían realizarse en aquellas gestantes que presenten focalidad neurológica o coma prolongado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Laivuori H, Lahermo P, Ollikainen V. Susceptibility loci for preeclampsia on chromosomes 2p25 y 9p13 in Finish families. *Am J Hum Genet* 2003; 72: 168-77.

Mor G, Straszewski S, Kamsteeg M. Role of the Fas/Fas ligand system in female reproductive organs: survival and apoptosis. *BiochemPharmacol.* 2002 Nov 1;64(9):1305-15.

Morris, J.M.; Gopaul, N.K.; Endresen, M.J.; Knight, M.; Linton, E.A.; Dhir, S.; Anggard, E.E.; Redman, C.W. Circulating markers of oxidative stress are raised in normal pregnancy and pre-eclampsia. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 105:1195-9.1998.

CORRESPONDENCIA:

jaimevargas@gmail.com

Recibido: 15/08//2013

Aceptado: 14/09/2013

ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE**Karim Veronica Figueroa Mendoza***Odontopediatra- Cirujano Dentista**Magister en Educacion Superior**Docente de la Escuela Profesional de Odontologia de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno°*

Afta es una lesión por pérdida de sustancia (úlceras), inicialmente necrótica, que aparece súbitamente y es dolorosa con predilección por localizarse en la mucosa no queratinizada y es recurrente.

Las aftas son motivo de consulta frecuente en la práctica médica, por lo que resulta importante realizar una revisión de todas las entidades que cursan con la presencia de aftas bucales, con el objetivo de establecer un diagnóstico diferencial correcto previo al manejo terapéutico.

EPIDEMIOLOGÍA

La EAR se considera la más común de todas las lesiones de la mucosa oral y afecta a alrededor de 20% de la población. Se ha encontrado una prevalencia mayor entre grupos de más alto estándar socioeconómico y en mujeres. Se presenta frecuentemente entre la segunda y cuarta década de vida. En los niños, la estomatitis aftosa es también la forma más común de ulceración oral y es más frecuente entre los 10 y 19 años de edad.

ETIOLOGÍA

Se han propuesto diversas teorías etiológicas entre las que destacan tres:

- ✓ **Teoría Genética.** Se basa en la existencia en un 40% de los casos de historia familiar previa de aftas orales. De igual forma, algunos estudios han encontrado en los pacientes con aftas una mayor frecuencia de ciertos haplotipos: ciertas combinaciones de antígenos de histocompatibilidad (HLA): A2; A29; B12; B51; C3; C7; DR2; DR4; DR7; DQ2; DQ3.
- ✓ **Teoría Infecciosa.** Durante mucho tiempo se intentó atribuir un origen infeccioso a la EAR relacionándola con infecciones bacterianas, sobre todo estreptococos y estafilococos orales y últimamente con el *Helicobacter pylori*. No obstante esta asociación es casual y estos microorganismos no tienen una acción directa en la génesis de la EAR. También se ha sugerido un posible origen viral, con la participación de virus de la familia herpesviridae (virus del herpes simple, virus varicela-zóster, citomegalovirus y herpes virus humanos 6, 7 y 8). Sin embargo, al igual que ocurre con las bacterias, no se ha podido demostrar la implicación directa de estos virus.
- ✓ **Teoría Inmunológica.** Es la teoría más aceptada. Probablemente se desencadena una reacción autoinmune, esto es, una respuesta frente a componentes propios del organismo o una reacción de hipersensibilidad con una respuesta inmunológica exagerada frente a un estímulo. La respuesta inmunológica que acontece en la EAR se desarrolla en una serie de etapas:
 - 1) Existen diversos factores desencadenantes que parecen iniciar el proceso.
 - 2) Se produce la activación de las células inmunitarias: linfocitos, fundamentalmente los linfocitos T CD4 y CD8, responsables de la respuesta celular y los monocitos que se extravasan hacia los tejidos, diferenciándose en macrófagos.
 - 3) La acción conjunta de estas células inmunitarias genera una respuesta citotóxica, con destrucción tisular y

aparición de lesiones por pérdida de sustancia (aftas o úlceras)

No se cuenta con un agente etiológico específico, pero se reportan agentes desencadenantes, tales como:

- Psicológicos: estrés, ansiedad, depresión.
- Alimentarios: cítricos, tomates, uvas, melón, chocolate, nueces y queso.
- Traumatismos locales.
- Estados carenciales: hipovitaminosis, hipoproteinemias, déficit de minerales.
- Procesos endocrinológicos: fase premenstrual, diabetes mellitus, etc.
- Cese del tabaquismo (disminución de la hiperqueratinización de la mucosa oral).
- Agentes infecciosos: bacterianos, virales y micóticos, entre otros, los cuales están más relacionados con la sobreinfección y el mantenimiento de las aftas previamente establecidas.

EVOLUCIÓN:

Prodrómica. La zona de la mucosa donde aparecerá la lesión tiene un aspecto normal. Algunos pacientes tienen sensación de ligero picor y quemazón en el lugar donde surgirá la lesión. Puede tener una duración de 24 horas.

Preulcerativa. Dura entre 1 y 3 días en los que se forman máculas eritematosas puntiformes o pápulas con halo eritematoso, moderadamente dolorosa. La sintomatología se hace más evidente con un ligero dolor.

Ulcerativa. Aparece el afta (úlceras), una lesión dolorosa, de fondo fibrinoide, de color blanco-amarillento, rodeada de un característico halo eritematoso. La duración de este periodo tiene relación con la variedad de afta.

Curación. Se produce la resolución del proceso con la restitución íntegra de la mucosa, retracción de los bordes y disminución del dolor; sin dejar cicatriz, salvo en el caso de algunas aftas mayores. La duración de esta etapa es de 2 a 4 días.

CLÍNICA

En todos los tipos de úlceras aparece una lesión de color amarillo o blanco en los estadios iniciales. El borde de la úlcera está bien definido con un halo de eritema marginal, pero la forma puede volverse irregular a medida que la úlcera cicatriza. Algunos pacientes experimentan pródromos de escozor o dolor antes de la aparición de las ulceraciones, lo cual representa una ventaja práctica para el establecimiento de una terapéutica precoz. En pacientes con SIDA, cuando los niveles de linfocitos CD4 están muy bajos, las aftas aumentan de intensidad y de gravedad. Desde el punto de vista clínico, la enfermedad puede presentarse en tres variedades:

Aftas menores. Llamadas también de Mickulicz. Es la forma más frecuente de la enfermedad (aproximadamente 80% de todas las EAR) y se caracteriza por la aparición de una o varias úlceras (1 a 5 lesiones), de forma redondeada u ovalada, de 10 mm o menos de diámetro, poco profundas, cubiertas por una pseudomembrana blanquecino-grisácea, debido a necrosis, y rodeadas de un halo eritematoso ligeramente elevado. La mayoría de las lesiones remiten espontáneamente entre 4 y 14 días, pero

algunos pacientes padecen erupciones continuas y repetidas, por lo que nunca se encuentran libres de lesiones por intervalos prolongados. Este tipo de casos se registra como de notable tendencia familiar. Las manifestaciones de inicio son variadas, pero suele incluir un edema generalizado de la mucosa bucal. Las lesiones se localizan especialmente en la lengua (punta y bordes), mucosa labial, el fondo del vestíbulo, el piso de la boca y la mucosa yugal. Pueden estar acompañadas de parestesia de la mucosa bucal, leve fiebre y linfadenopatía localizada en los ganglios relacionados con la zona. Interfieren con la alimentación y se acompaña de sialorrea. Cicatrizan sin compromisos, ni secuelas. Las recurrencias de los brotes pueden variar mucho de un paciente a otro, pero en general aparecen cada tres o cuatro meses.



Figura 1.

Se muestra un ejemplo de afta menor, nótese su ubicación en el epitelio no queratinizado, su tamaño menor a 1 cm de diámetro, su borde eritematoso y fondo amarillo-grisáceo característico.

Aftas mayores. Enfermedad de Sutton o periadenitis mucosa necrótica recurrente, representa aproximadamente 10% de todas las EAR y es la forma más severa de todas ellas. Se caracteriza por la aparición de entre 1 y 10 úlceras de gran tamaño, generalmente mayores de 1 cm de diámetro, redondeadas u ovaladas, pero si adquieren un tamaño más grande pueden adoptar formas irregulares. El fondo es más profundo que en las aftas menores. Tienen una especial predilección por la mucosa labial, el paladar blando y el istmo de las fauces. El dolor que producen es intenso y pueden acompañarse de otros síntomas secundarios como disfagia o disfonía. Las úlceras pueden persistir durante un periodo de hasta cuatro o seis semanas y, en ocasiones, al resolverse, dejan cicatrices. Puede observarse con mayor frecuencia en pacientes infectados con VIH.



Figura 2.

Se observa un ejemplo de UOR mayor caracterizada por su diámetro mayor a 1 cm, profundidad y ubicación en la mucosa labial.

Aftas herpetiformes. Es el otro 10% de todas las formas de EAR. Presentan numerosas úlceras (desde 10 hasta 100 o incluso más) en cualquier lugar de la cavidad bucal, aunque la mayoría suele

asentarse en la mucosa glandular y en la mucosa queratinizada, a veces se extiende hacia la mucosa faríngea; de pequeño tamaño (puntiforme), entre 1 y 3 mm, muy dolorosas, tienden a coalescer y provocar úlceras mayores de forma irregular. El aspecto clínico es semejante a las lesiones producidas en las infecciones por virus herpes, de donde les viene el nombre. Suelen resolverse entre siete y diez días. Parecen tener una predilección por el sexo femenino y tienden a presentarse a una edad más tardía que los otros tipos de EAR.

DIAGNÓSTICO

Sin pruebas de laboratorio específicas para diagnosticar la enfermedad, un buen examen clínico y un detallado interrogatorio son suficientes para establecer un adecuado diagnóstico positivo y diferencial. Es importante conocer los antecedentes patológicos personales y familiares del paciente (diabético, inmunodeprimido, enfermedad hematológica, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa idiopática, etc.), traumatismo bucal, uso de prótesis o material dental, quemaduras e infecciones, obtenidos todos durante la anamnesis. El análisis histopatológico revela únicamente alteraciones inespecíficas y los cultivos microbiológicos o virológicos sólo sirven para excluir otros trastornos.

TRATAMIENTO

El tratamiento de estas lesiones es paliativo y persigue dos objetivos principales: minimizar la sintomatología y prevenir las recurrencias.

Como medidas generales, una atención cuidadosa a la higiene oral acelerará la curación ya que disminuye el riesgo de infección sobreañadida y mejora la salud global de la mucosa oral.

En los casos leves, con pocas lesiones y de pequeño tamaño, un tratamiento de sostén puede bastar. Por tanto, los enjuagues bucales con agua oxigenada y agua templada a partes iguales actuarán como agentes queratolíticos y facilitarán la cicatrización. Cuando el dolor es muy intenso se pueden emplear corticoides tópicos fluorados. Se realizarán enjuagues previos con solución oxigenante. Se aplicará ahora la crema con corticoides sin frotar, humedeciendo un dedo que ejercerá presión sobre el afta y sellará el emplasto.

Se puede frotar la úlcera con ungüentos a base de tetraciclinas y corticoides, o bien pulverizar aerosoles de corticoides en los lugares de difícil acceso. Así mismo, los enjuagues con una solución de xilocaína, nistatina y Oralidine a partes iguales son una medida útil en el tratamiento sintomático. En las formas herpetiformes una solución de tetraciclinas mantenida en la boca durante cinco minutos, 3-4 veces al día, es una opción válida. En los casos de úlceras aisladas, con evolución tórpida y afectación extensa, pueden estar indicados los antibióticos y corticoides sistémicos. La polivinilpirrolidona yodada al 2% y la glicerina boricada al 3% también han sido utilizadas como tratamiento sintomático.

Cuando existen deficiencias nutricionales, para el déficit de:

- Hierro, se da sulfato ferroso por vía oral, 2 veces/día
- Ácido fólico, ácido fólico por vía oral 5 mg./día.
- Vitamina B12, se aplica una inyección intramuscular de vitamina B12 1 vez/día

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amparo Pérez B., Dra. María. Guntiñas. Estomatitis aftosa recurrente. Revista Mexicana de Odontología Clínica. Año 2, Nro 3. 10-14
- Paola Toche P. et al. Úlceras Orales Recurrentes: Características y Diagnóstico Diferencial. RevChilInfect 2007; 24(3): 215-219
- Emilio Cechini et al. Infectología Y Enfermedades Infecciosas. Aftas en Estomatología. Ediciones Journal. Pag: 449-454
- Morales Salas, Ventura Diaz. Estomatitis Aftosa Recidivante. Medicina General 2000; 25: 549-551

CORRESPONDENCIA:

karimveronica@gmail.com

Recibido: 20/08//2013

Aceptado: 20/09/2013

HEPATITIS E ENFERMEDAD EMERGENTE A NIVEL MUNDIAL

Claudio Ramirez Atencio

Medico Cirujano- Abogado, Magister en Salud Pública, Dr en Medicina Humana, Docente Asociado ee la Escuela de Medicina Human de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna

INTRODUCCION

La hepatitis por virus E (HVE), producida por el virus del mismo nombre, HVE es considerada una importante enfermedad emergente a nivel mundial; décadas atrás se denominó hepatitis no-A no-B de transmisión entérica. Fue reconocida como una entidad distinta desde el punto de vista clínico en los años ochenta, cuando se observó que sus sueros de personas infectadas durante grandes epidemias de hepatitis viral a partir de agua contaminada (una, durante 1955-56 en Delhi, India; otra, en el territorio de Kashmir, en 1978) carecían de marcadores serológicos para hepatitis aguda A y B.

La primera prueba de la existencia de un nuevo agente viral fue obtenida en 1983, cuando mediante microscopía electrónica, se detectaron partículas similares al virus en la materia fecal de un voluntario infectado con heces de un paciente del cual se sospechaba la hepatitis no-A no-B de transmisión entérica. La enfermedad pudo ser transmitida exitosamente en monos *cynomolgus*, que excretaron partículas similares en heces y permitieron el estudio de las propiedades biofísicas de la partícula viral. El genoma de este virus se conoció en 1990 y ya en 1991, pudo ser secuenciado de manera total.

DATOS Y CIFRAS

Cada año se registran 20 millones de casos de infección por el virus de la hepatitis E, más de tres millones de casos agudos por hepatitis E, y 70 000 defunciones relacionadas con esa hepatitis.

La hepatitis E es una dolencia por lo general autolimitada, pero puede convertirse en una hepatitis fulminante (insuficiencia hepática aguda).

El virus de la hepatitis E se transmite por vía fecal-oral, principalmente a través de agua contaminada.

La hepatitis E afecta a todas las zonas del mundo, pero la prevalencia es mayor en Asia oriental y meridional.

China ha producido y autorizado la primera vacuna capaz de prevenir la infección por el virus de la hepatitis E, aunque todavía no está disponible a nivel mundial.

EPIDEMIOLOGIA

La hepatitis E es una enfermedad enigmática, ya que desde el punto de vista epidemiológico, plantea interrogantes que aún carecen de respuesta.

Prevalece en los países en vías de desarrollo, pero los anticuerpos (Ac) anti-HVE poseen una distribución global; en tanto, en los países desarrollados.

Se ignora la causa por la cual muchos países endémicos experimentan reiteradas epidemias a partir de agua contaminada que afectan a cientos de miles de personas. La vía de infección en casos esporádicos es desconocida: la transmisión persona a persona resulta infrecuente (0,7 a 2,2% en contactos de personas con hepatitis E, en contraste con el 50 al 75% en contactos de pacientes infectados con virus de la hepatitis A [VHA]); tampoco se transmite por vía sexual; la transmisión por sangre ha sido escasamente documentada; sin embargo, sí se ha demostrado la transmisión intranoso-comial. También se desconoce la causa por la cual la mayor tasa de ataque se produce en adultos jóvenes y en hombres.

Dado que ambos virus (VHE y VELA.) son transmitidos entericamente, resulta imposible dilucidar la diferencia en la adquisición de Ac. Esta circunstancia puede sugerir que los Ac anti-VHE desaparecen y que la protección frente a una reinfección no es duradera.

Aunque aún no se ha establecido la causa, la enfermedad tiene mayor incidencia y es muy grave en las mujeres embarazadas (tasa de mortalidad: 15 al 25%); lo que no sucede en la hepatitis A. El virus puede transmitirse de la madre al feto y causar enfermedad fetal y neonatal grave.

No se ha podido determinar cuál es la fuente de infección en las personas de países desarrollados que nunca viajaron a zonas endémicas, excepto en Japón, donde se demostró la infección aguda (en algunos casos fatal) a partir de la ingestión de hígado de cerdo y carne cruda o escasamente cocida de jabalí y ciervo.

Una de las vías de transmisión podría ser la zoonosis, ya que se detectaron Ac anti VHE en gran cantidad de animales (gatos, vacas, ovejas, monos y ratas), además de observarse una prevalencia mayor de anti-VHE en personas que trabajan con cerdos; sin embargo, no se ha podido determinar qué rol desempeñan estos animales en zonas endémicas.

Recientemente, se ha descrito la presencia de virus de hepatitis E en tres casos de falla hepática fulminante (FHF) en niños.

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

Etiología

El VHE es un virus desnudo y pequeño: mide entre 32 y 34 nm de diámetro (Tabla 28.1). Años atrás se lo clasificó en el marco de la familia *Caliciviridae*, pero recientemente fue reclasificado en el género *Hepevirus*, dentro de la nueva familia *Hepeviridae* (Figura 28.2). El VHE posee un genoma ARN, de cadena simple, polaridad positiva, de aproximadamente 7,2 kb. Contiene una región 5' no codificante corta, seguida de 3 marcos de lectura (ORF) discontinuos, parcialmente superpuestos, y finaliza en una región 3' no codificante. El ORF 1 codifica para proteínas no estructurales y contiene elementos comunes como metiltransferasa, pro-teasas, ARN helicasa y ARN polimerasa ARN dependiente. El ORF 2 codifica la cápside polipeptídica, y el ORF 3, que se superpone con los ORF 1 y 2, codifica una fosfoproteína pequeña e inmunogénica, asociada con el citoesqueleto.

Si bien se ha reconocido un solo serotipo, se observó gran variabilidad genómica en distintos aislamientos. Recientemente, se ha aceptado su clasificación en 4 genotipos principales. La mayoría de las infecciones por VHE pertenecen al genotipo 1, incluidas las grandes epidemias. Al genotipo 2 pertenece el único brote documentado en América (1986), hallado también recientemente en Nigeria y en Namibia. Al genotipo 3 corresponden las variantes descubiertas en casos esporádicos producidos en algunos países occidentales (Estados Unidos, España, Grecia, Italia, Inglaterra, Holanda, Austria, Francia, Argentina, etc.) y Japón. El genotipo 4 se ha caracterizado en Japón, Taiwán y China. En cerdos y otros animales se han observado variantes del genotipo 3 y 4, con una elevada similitud genética a la descubierta en humanos en la misma región." De acuerdo con los conocimientos alcanzados, se cree que los genotipos 1 y 2 infectan sólo a humanos y serían más patogénicos. El genotipo 3 parece ser menos virulento que el 4, pero ambos han sido observados también en asociación con FHF.

Se han publicado recientemente evidencias sobre la circulación del VHE como cuasiespecies, en el que distintos genotipos infectarían simultáneamente a un mismo paciente, en tanto que los genomas podrían recombinarse.¹³⁻¹⁷ Se desconoce qué impacto podría tener este hallazgo en la historia natural de la infección.

FISIOPATOGENIA

En base a infecciones experimentales tanto en personas como en animales, se han podido documentar varios elementos de la patogénesis: 1 luego de la ingestión, el periodo de incubación en personas voluntarias fue de cuatro a cinco semanas, pero aún se ignora la ruta y el mecanismo mediante los cuales el virus alcanza el hígado a partir del tracto intestinal. En un comienzo, el virus puede ser detectado en las heces producidas durante la primera semana previa a la manifestación de la enfermedad; persiste al menos durante dos semanas, y en algunos casos, puede localizarse mediante técnicas moleculares hasta los 52 días posteriores. El VHE ARN ha sido detectado en suero por técnicas de amplificación genómica (PCR-TR), en el transcurso de las primeras dos semanas luego de comenzada la enfermedad. Se han descubierto casos con una detección prolongada durante 4 a 16 semanas.

El VHE replica en el citoplasma celular. El incremento de transaminasas y la manifestación de cambios histopatológicos en el hígado (variaciones inflamatorias inespecíficas características de hepatitis virales agudas o variaciones de tipo colestático) corresponden generalmente al periodo de detección de Ac anti-VHE en suero y niveles decrecientes de antígeno VHE en hepatocitos. Estos resultados indican que el daño hepático es producido por la respuesta inmune.

CUADRO CLÍNICO

Las manifestaciones clínicas de la infección con VHE son similares a las de las infecciones por otros virus de hepatitis, y se caracterizan por presentar un gran espectro de síntomas.¹

La fase prodrómica limitada (pocos días) puede presentarse con una combinación variable de síntomas de tipo gripal, fiebre, escalofríos, dolor abdominal, anorexia, náusea, vómitos, heces hipocólicas, orina oscura, diarrea, astenia, hepatomegalia, etc. Posteriormente, puede manifestarse ictericia.

Las anomalías de laboratorio incluyen: aumento variable de bilirrubina sérica (predominantemente conjugada), incremento significativo de transaminasas (alanina amino-transferasa [ALT] y amino aspartato-transferasa [AST]) y γ -GT con elevación moderada de fosfatasa alcalina. La magnitud del aumento de transaminasas no está relacionada con la gravedad de la infección. Luego del inicio de la enfermedad, los niveles de aminotransferasas y bilirrubina comienzan a disminuir, y se normalizan aproximadamente a las seis semanas.

La enfermedad es autolimitada y dura entre una y cuatro semanas, sin evolución a la cronicidad.

Unos pocos pacientes pueden presentar una enfermedad más prolongada, con colestasis significativa. El pronóstico es bueno, ya que la ictericia se resuelve espontáneamente al cabo de dos a seis meses.

Algunas personas infectadas presentan formas anicréricas (sólo con anomalías detectadas en el laboratorio), e incluso formas asintomáticas.

Unos pocos pacientes presentan un curso más grave, con FHF y subfulminante.

DIAGNOSTICO

En el diagnóstico de laboratorio se emplea la detección de Ac específicos en suero, fundamentalmente mediante ELISA.

Los equipos diagnósticos disponibles en el mercado utilizan como antígenos de captura a proteínas recombinantes y péptidos sintéticos correspondientes a epítopos inmunodominantes de

proteínas estructurales (ORF 2 y 3).

Los estudios realizados en zonas endémicas indican que durante la infección aguda, la manifestación de Ac de clase IgM anti-VHE precede durante pocos días el surgimiento de Ac de clase IgG, y desaparece rápidamente; no obstante, en algunos casos puede llegar a prolongarse hasta cuatro o cinco meses.

La respuesta de Ac de clase IgG se manifiesta poco después de la clase IgM; su título se incrementa en la fase aguda y comienza a descender en la fase convaleciente. Su duración promedio se estima entre 1 y 4,5 años. En algunos trabajos se ha demostrado su persistencia aun después de 14 años, aunque no ha podido determinarse con exactitud si se trata de la consecuencia de una reexposición. Se ha demostrado que en zonas endémicas, los niños tienen una respuesta anti-VHE IgG mucho más débil que los adultos; sin embargo, aun en adultos los Ac anti-VHE IgG pueden perderse rápidamente luego de la infección aguda; incluso, pueden no ser nunca detectables en pacientes sintomáticos o asintomáticos.

El diagnóstico también puede llevarse a cabo mediante la detección de fragmentos del genoma por técnicas moleculares (PCR-RT), tanto en suero como en materia fecal. Estas técnicas presentan limitaciones (debido al tiempo de duración de la viremia y la excreción fecal, los bajos títulos de virus excretado y la labilidad del genoma).

HEPATITIS E Y EMBARAZO

La hepatitis E ictericia ocurre más comúnmente y con más severidad en mujeres gestantes. De hecho, la principal causa de mortalidad en la enfermedad epidémica es la alta tasa de hepatitis fulminante en las gestantes. Una severidad incrementada de la hepatitis viral en mujeres gestantes ha sido reportada en el subcontinente Indio, Irán, y muchos otros países en desarrollo. Los datos recolectados en un brote de hepatitis E, mostraron que la frecuencia de la hepatitis era mayor en mujeres gestantes que en no gestantes o que en hombres. La enfermedad grave, en forma de insuficiencia hepática fulminante también se desarrolla más a menudo en las mujeres en gestación que en las que no lo están o que en hombres. La hepatitis fulminante se desarrolló exclusivamente en el tercer trimestre. El estado nutricional de las mujeres en el área afectada por el brote, o el de las mujeres que desarrollaron insuficiencia hepática fulminante, fue también evaluada como bueno. Se encontró que la mortalidad general en las mujeres en gestación era de 20%.

Similares altas tasas de mortalidad en gestantes infectadas, han sido observadas en casi todas las epidemias de hepatitis E. La muerte se produce, usualmente, como consecuencia de encefalopatía, diátesis hemorrágica o insuficiencia renal. Además, se ha observado que, a diferencia de otros virus de hepatitis, es común que el VHE cause infección intrauterina, así como también una sustancial morbilidad y mortalidad perinatal.

Aunque el mecanismo asociado con la patogenia de la hepatitis fulminante en la infección por VHE no es conocido, se ha notado una alta incidencia de coagulación intravascular diseminada, asociada con la enfermedad en mujeres gestantes. Se ha propuesto una hipótesis para la patogenia de la hepatitis E fulminante en gestantes. Brevemente, la hipótesis es como sigue: daño por el virus a las células sinusoidales, particularmente a las de Kupffer, lo que disminuye su habilidad para proteger los hepatocitos contra las endotoxinas originadas por las bacterias Gram negativas del tracto intestinal; daño directo de los hepatocitos por las endotoxinas; y daño secundario mediado por la liberación de eicosenoides, que conduce a una atracción quimiotáctica de neutrófilos mediada por prostaglandinas, y edema y colestasis mediados por leucotrienos. La mayor sensibilidad de las mujeres gestantes ante tal efecto mediado por las endotoxinas, está bien reconocida y podría explicar la mortalidad de la hepatitis E durante el embarazo.

TRATAMIENTO

No existe actualmente un tratamiento específico para esta enfermedad. El único modo de combatirla es la prevención

PREVENCIÓN

De la misma manera que en la mayoría de las enfermedades que se transmiten por la vía enteral, la prevención de la VHE tiene su base en la aplicación de medidas higiénico-sanitarias en la población, fundamentalmente provisión de agua potable y adecuada eliminación de excretas. A esto se suma la promoción de hábitos apropiados de higiene personal.

Actualmente, el mercado mundial no cuenta con vacunas, aunque

sí existen varios estudios tendientes a desarrollarlas. Como el virus no puede cultivarse con facilidad, no ha sido posible el desarrollo de vacunas de virus atenuados o inactivados; por eso, se ha apelado a otras estrategias de producción de agentes inmunizantes. Hasta el momento, el desarrollo más avanzado consiste en una vacuna Recombinante, cuyo agente inmunizante se obtiene a través de un sistema que expresa antígenos de la cápside del VHE en células de insectos a partir de un vector (baculovirus). Actualmente, esta vacuna se encuentra en fase III, en la India. Asimismo, se encuentran en ensayo vacunas ADN y vacunas cuyo agente inmunizante está constituido por partículas recombinantes similares a VHE. Otra estrategia, aunque menos desarrollada, es la utilización de tomates y papas transgénicos, que expresan epítopes de proteínas de VHE que podrían actuar como agentes inmunizantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Vishwanathan R. Infectious hepatitis in Delhi (1955-56), a critical study: epidemiology. Indian J Med Res. 1957.
Balayan MS, Andjaparidze AG, Savinskaya SS, Ketiladze ES, Braginsky DM, Savinov AP, et-al. Evidence for a virus in non-A, non-B hepatitis transmitted via the fecal-oral route. Intervirology. 1983;.

Tam AW, Smith MM, Guerra ME, Huang CC, Bradley DW, Fry KE, et-al. Hepatitis E virus (HEV): molecular cloning and sequencing of the full-length viral genome. Virology. 1991.
Pavio N, Meng XJ, Renou C. Zoonotic hepatitis: animal reservoirs and emerging risk. Vet Res. 2010.

CORRESPONDENCIA:

claudioramirez@gmail.com

Recibido: 15/08/2013

Aceptado: 14/09/2013

ESCRIBAMOS SOBRE LA HISTORIA DE ENFERMERÍA

Ingrid María Manrique Tejada

Mgr. en Salud Pública. Docente de la Escuela de Enfermería. FACS-UNJBG

El hombre desde sus orígenes ha tenido la necesidad de transmitir, dejar rasgos y legados de su presencia, rol protagónico que ha desarrollado a lo largo de su vida, donde su accionar ha generado cambios circunstanciales y vitales en la vida de una comunidad. Conocer la historia es conocer sus raíces, es meditar sobre cómo fue un pasado en relación al presente y visionar un futuro.

Enfermería es una disciplina profesional, donde sus protagonistas han desempeñado un rol importante en el aspecto de la salud del ser humano desde las dimensiones persona, familia comunidad y entorno. El rol que realizó, realiza y realizará la enfermera (o) es transcendental en la historia, en la sociedades, en la vida del ser humano.

Es una disciplina profesional desarrollada según Colliere, en 1993 en cuatro etapas:

La primera fue la Doméstica abarcando desde la prehistoria, edad antigua como la Sociedades Arcaicas Superiores (Babilonia, el Pueblo Hebreo, Egipto, la India, China y el Nuevo Mundo) y el Mundo Clásico (Grecia Antigua y Roma). En este periodo los cuidados están centrados en lo que es el mantenimiento de la vida, frente a las difíciles condiciones del medio. La figura que desempeña esta labor es la mujer, como madre de familia y como responsable de todo lo que tiene que ver con el hogar. Los elementos empleados son los básicos: la promoción de la higiene, una adecuada alimentación y vestido.

La segunda etapa fue la vocacional, comprende el inicio del Mundo Cristiano, la Edad Media y el Mundo Moderno (siglos XVI, XVII y XVIII). El calificativo vocacional se asocia con el nacimiento de la religión cristiana: el enfermo, el que sufre, es un elegido de Dios y, quien lo cuida, también se consagra a él. En esta época, los conocimientos teóricos eran casi inexistentes y los procedimientos aplicados muy rudimentarios. Lo importante era la actitud mostrada, centrada en la caridad, la sumisión, la religiosidad y la obediencia.

La tercera etapa fue la técnica, engloba el Mundo Contemporáneo (siglos XIX y XX), haciendo especial hincapié en la nueva concepción de la enfermería y en el inicio de la profesionalización del cuidado. La salud ya no se entiende como una gracia de Dios, sino como el fruto de la lucha contra la enfermedad. El gran desarrollo científico y tecnológico de este periodo propicia la aparición de un personal que asumirá algunas de las tareas que hasta entonces realizaban los médicos. Por otro lado, la separación de los poderes religioso y político, permite el inicio de la profesionalización.

La cuarta etapa es la profesional, aborda cómo se ha desarrollado y consolidado la profesionalización de los cuidados, centrándose posteriormente en el campo de actuación y en la disciplina enfermera en el momento actual.

Entonces es conocido y reconocido el ser y quehacer de la disciplina profesional en toda las etapas que vivió y vive la humanidad; tiene el legado del cuidado enfermero brindado al hombre desde el recién nacido hasta la adultez mayor, tanto la persona sana como la enferma, entonces escribir la historia de enfermería es colocar el sello a tan noble disciplina profesional.

Ahora frente a esta sociedad, la enfermera (o) también debe preguntarse y responder ¿Quién cuida de la enfermera o enfermero?, ¿Quién logrará que la enfermera o enfermero brille?, ¿Quién dará a conocer el valor de la enfermera o enfermero?

Siendo la respuesta la enfermera o enfermero. Quizás esta es una razón para participar en escribir parte de la historia de enfermería en la Región Tacna.

Conocer la historia de enfermería e interpretarla será un reconocimiento también significativo a las enfermeras y enfermeros que construyeron y construyen diariamente el desarrollo de enfermería a nivel, mundial, latinoamericano, nacional y también en la Región de Tacna. Permitirá también la revaloración de las enfermeras (os) dentro de la disciplina profesional y el aprendizaje para las futuras generaciones de enfermeros y enfermeras el desarrollar de enfermería creando mayor identidad profesional.

Ahora si observamos el desarrollo histórico de la Enfermería desde el prisma de género constata que hitos históricos han permitido a la mujer y a la enfermería conquistar espacios en la sociedad y el campo laboral. A pesar de los estereotipos ligados al sexo y vinculados al quehacer doméstico. La evolución de la enfermería desde sus inicios como profesión, fue lenta con un periodo letárgico, silencioso, que paulatinamente consiguió espacios y reconocimiento en la sociedad, de ser un profesional al servicio del médico, logró ser su colaborador, en una relación horizontal dejando atrás estereotipos de sumisión y servilismo.

La enfermera ha conseguido empoderarse gradualmente de espacios en los que se desempeña, destacándose por su preparación, luchando por su autonomía.

Las políticas mundiales sociales, de salud y otras, se han orientado a conseguir la equidad de género, en todos los ámbitos de la sociedad actual, desde las oportunidades de educación, acceso a la salud y oportunidades en la esfera laboral entre otras. La enfermería siendo una profesión mayoritariamente compuesta por mujeres ha tenido que luchar por conseguir y mantener los espacios y el status que se merece. (Zúñiga C. Yolanda 2009) Quizás esta es otra razón por que debemos participar en escribir la historia de enfermería en la Región Tacna.

Desde el punto de vista sociológico lo conducen hacia una perspectiva que fusiona el interés tanto en el pasado como el presente a través del uso de entrevistas basadas en una única historia oral o grupo de entrevistas transgeneracionales realizadas a determinadas personas. ((Thompson 2004) Permitiendo transmitir la experiencia de otra cultura.

Las visiones de mundo son formas abstractas de ver la realidad y reflejan las pretensiones que desde el punto de vista ontológico (ser) y epistémico (conocer) tienen las diferentes disciplinas, en este caso en particular, la enfermería a través de los años ha estado perdurando por diferentes momentos histórico-culturales y corrientes filosóficas que han contribuido al desarrollo del conocimiento, la práctica y la investigación. Se requiere entender que la evolución de enfermería ha avanzado no sólo por la indagación científica sino por los aportes de la filosofía en los aspectos ontológicos y epistemológicos emergentes en las visiones de enfermería. (Bueno Robles 2011). Otras razones para escribir.

El legado es inmenso y de gran responsabilidad entonces que se escriba con tinta imborrable la historia de enfermería en la Región Tacna, por que más de una (o) es protagonista de algún momento histórico de enfermería y los testigos son muchos... ¡quien se anima escribir un capítulo de la historia de enfermería en la Región Tacna!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COLLIÈRE MF. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill; 1993
- ARANDA, Lucia, LAVADO, Sofia. (2005). Transitando por la Historia de Enfermería impreso en el Perú, Chiclayo.
- Thompson Paul. Historia, memoria y pasado reciente, Ediciones Homosapiens anuario N° 20 Argentina. 2003-2004
- Durán de Villalobos María Mercedes. Marco epistemológico de la enfermería. Revista Aquichan Vol N° 02 Universidad de la Sabana. Colombia. 2002 <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17>
- Bueno Robles Luz. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. Revista CIENCIA Y ENFERMERIA XVII (1): 37-43, Colombia. 2011. http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_05.pdf
- Zúñiga C. Yolanda. Paravick K. Tatiana. El género en el desarrollo de la enfermería. Universidad de concepción. Chile. 2009 http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf091_209.htm
- Concha G. Historia de la Institución de La enfermería Universitaria. Análisis y perspectiva de Género. Universidad de Zaragoza España 2006. Disponible en : http://www.google.com.pe/#sclient=psy-ab&hl=es&site=&source=hp&q=Concha+G.++Historia+de+la+Instituci%C3%B3n+de+La+enfermer%C3%ADa+Universitaria&oq=Concha+G.++Historia+de+la+Instituci%C3%B3n+de+La+enfermer%C3%ADa+Universitaria&aq=f&aqi=&aql=&gs_sm=3&gs_upl=37691965710110614141010101253187210.1.31410&gs_l=hp.3...37691965710110614141010101253187210j1j31410.lsin.&pbx=1&rlz=1W1ADF A_esPE468&av=on.2.or_r_gc.r_pw.,cf.osb&fp=f4fb0c93be407b0d&biw=1024&bih=465

CORRESPONDENCIA:

ingridmaría@gmail.com

Recibido: 15/08//2013

Aceptado: 14/09/2013

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

La Revista Médica Basadrina órgano oficial de publicación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú, Indizada en LatIndex; destinada a la difusión de la producción científica en el área de la Ciencias de la Salud, con la finalidad de contribuir primariamente con el desarrollo de la situación sanitaria en nuestra región: no obstante, nuestra revista acepta la solicitud de publicación de artículos no solo locales sino también nacionales e internacionales que sean originales, inéditos y de Interés en salud, que no hayan sido publicados previamente, ni enviados simultáneamente a otras revistas científicas. Esta dirigido a docentes, alumnos y profesionales de la salud. Es de periodicidad semestral y sus artículos son arbitrados por los miembros del Comité Consultor Externo.

NORMAS GENERALES

Los artículos pueden pertenecer a una de las siguientes categorías: Editorial, Artículos Originales. Originales cortos, Artículos de Revisión, Reporte de Casos y Cartas al Editor.

La Revista Médica Basadrina se reservará el derecho de aceptar los artículos que sean presentados y de solicitar las modificaciones que consideren necesarias para cumplir con las exigencias de la publicación. Del mismo modo, se reserva el derecho de uniformizar el manuscrito de acuerdo al estilo de la revista

Los artículos deberán ser enviados en original y una copia, en paginas numeradas, escritos a maquina, en papel A4(212x297mm.), en una sola cara, tipo de letra Arial, tamaño de fuentes 12 picas, a doble espacio y con márgenes de 25mm. Además de las copias del manuscrito, deberán enviarse un disquete o disco compacto debidamente grabado en Word para Windows. El numerado de paginas seguirá las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, Cada parte del artículo deberá empezar en página aparte, numeras en forma consecutiva. Las tablas, gráficos y figuras deben colocarse al final del texto en página aparte con el título del trabajo en español, nombre o nombres de los autores, lugar de trabajo de los autores, Instituciones u organismos que apoyaron la investigación, nombre y dirección del autor, a quien puede enviarse correspondencia respecto al artículo.

NORMAS ESPECIFICAS:

EDITORIALES: Son a solicitud del Comité Editor.

ARTÍCULOS ORIGINALES: Producción científica que deberá estar redactado según el siguiente esquema:

Resumen y palabras clave: En español e inglés. No debe contener más de 250 palabras y de tres hasta cinco palabras clave. Introducción: exposición del planteamiento del problema, antecedentes, justificación y objetivo del estudio.

Material y Métodos: Se describe la metodología usada. Se debe describir el tipo de estudio, las características de la población y forma de selección de la muestra. En algunos casos, es conveniente describir el área de estudio. Cuando se usen plantas medicinales, describir los procedimientos de recolección e identificación.

Precisar la forma como se midieron o definieron las variables de interés. Mencionar los procedimientos estadísticos empleados. Detallas los aspectos éticos involucrados en la realización del estudio, como la aprobación por un Comité de Ética Institucional, el uso de consentimiento informado, entre otras.

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

Discusión: Se debe interpretar los resultados, comparándolos con los resultados de otros autores, exponiendo las sugerencias o conclusiones. Además, se deben incluir las limitaciones que hubieran en el estudio.

Agradecimientos y Conflictos de Intereses.

Referencias bibliográficas: siguiendo el estilo Vancouver.

ORIGINALES CORTOS: Se aceptaran las comunicaciones de estudios preliminares y también reporte de brotes, El Esquema será similar al de los artículos originales.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN: Será a solicitud del Comité Editor.

REPORTE DE CASOS: Los casos a reportarse deben ser de enfermedades o situaciones de interés en salud.

El resumen en español e Inglés es no estructurado y tiene un límite de 250 palabras con tres a cinco palabras clave. Contiene una introducción, una sección denominada reporte de caso y una discusión.

CARTAS AL EDITOR: Esta sección esta abierta para todos los lectores, a la que pueden enviar sus preguntas, comentarlos o críticas a los artículos que hayan sido publicados en los últimos números, teniendo en cuenta la posibilidad de que los autores aludidos puedan responder, Así también, algunos comentarlos sobre problemas de salud.

La publicación de artículos por nuestra revista es sus diferentes categorías no necesariamente se solidariza con las opiniones vertidas por los autores.

Los artículos se recepcionan en secretaria de la Escuela de Medicina de la Facultas de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; situada en la Ciudad Universitaria Av. Cusco esquina calle Miraflores s/n, Tacna-Perú; o mediante correo electrónico al comité editora las siguientes direcciones electrónicas:

facs@principal.unjbg.edu.pe; manuelticonar@yahoo.es; del mismo modo, ante cualquier duda, puede consultar con nosotros en las direcciones citadas anteriormente.



Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

Av. Miraflores s/n - Ciudad Universitaria - Tacna, Perú.

Teléfono: 58-3000 Anexo 2296 -229 /Casilla Postal 316 Telefax: 052 -583000 -2296.

Correo electrónico: facs@principal.unjbg.edu.pe

Página web: www.unjbg.edu.pe/